



Themanummer: De therapeutische relatie

Voorwoord

Jos de Keijser, Lieke Christenhusz en Joanneke Bruins

Uitzicht

Swanny Kremer

De invloed van zelfvertrouwen en de kwaliteit van de therapeutische relatie op de ernst van psychotische klachten

Nadine Middelkoop, Joanneke Bruins

De invloed van de kwaliteit van de therapeutische relatie op het zelfstigma bij mensen met een psychotische aandoening

Arzu Mazlum

De fundamenteën van de werkalliantie in (F)ACT teams

M. van Haaren, S. de Jong en D. P. K. Roeg

Gedeelde besluitvorming in het gedwongen kader: vier casestudies uit de tbs

F.D.A. den Besten, S. Castelein, E. Schuringa, S. de Jong

Versterking van het effect van psychotherapie door systematische cliëntfeedback in de ambulante GGZ: een cluster-gerandomiseerde studie

Bram Bovendeerd

De behandelrelatie

S. de Jong, H.J.R. Hoenders, J. Bruins, H. Steinebach, S. Castelein

Boekbespreking: 'Het begint voordat het gebeurt' van Femke den Besten

Lieke Christenhusz

Het bespreken van cannabisgebruik in de GGZ-behandelrelatie

Joanneke Bruins

VOICE project - onderzoek naar de therapeutische relatie

Themanummer: De therapeutische relatie

- 3** **Voorwoord**
Jos de Keijser, Lieke Christenhusz en Jojanneke Bruins
- 4** **Uitzicht**
Swanny Kremer
- 7** **De invloed van zelfvertrouwen en de kwaliteit van de therapeutische relatie op de ernst van psychotische klachten**
Nadine Middelkoop, Jojanneke Bruins
- 20** **De invloed van de kwaliteit van de therapeutische relatie op het zelfstigma bij mensen met een psychotische aandoening**
Arzu Mazlum
- 34** **De fundamenteën van de werkalliantie in (F)ACT teams**
M. van Haaren, S. de Jong en D. P. K. Roeg
- 55** **Gedeelde besluitvorming in het gedwongen kader: vier casestudies uit de tbs**
F.D.A. den Besten, S. Castelein, E. Schuringa, S. de Jong
- 60** **Versterking van het effect van psychotherapie door systematische cliëntfeedback in de ambulante GGZ: een cluster-gerandomiseerde studie**
Bram Bovendeerd
- 63** **De behandelrelatie**
S. de Jong, H.J.R. Hoenders, J. Bruins, H. Steinebach, S. Castelein
- 88** **Boekbespreking: 'Het begint voordat het gebeurt' van Femke den Besten**
Lieke Christenhusz
- 91** **Het bespreken van cannabisgebruik in de GGZ-behandelrelatie**
Jojanneke Bruins
- 98** **VOICE project - onderzoek naar de therapeutische relatie**
- 100** **Over de auteurs**

Erratum

In het vorige nummer van GGzet Wetenschappelijk, jaargang 25 nr. 2 2022, is in de inhoudsopgave bij het artikel *'Het geweten, een integratieve theorie'* een foutieve auteursnaam vermeld nl. Maaike Verkade in plaats van Marion Verkade. De juiste vermelding is: Marion Verkade *'Het geweten, een integratieve theorie'*. In de onlineversie staan de gegevens goed vermeld.

Voorwoord themanummer

De therapeutische relatie

Het behandelcontact. De therapeutische alliantie. De werkrelatie. Het zijn allemaal benamingen voor het contact tussen cliënten en hun behandelaren. Welke naam je het beestje precies wilt geven is minder belangrijk dan de rol die het speelt in de behandeling. We weten namelijk dat de kwaliteit van de behandelrelatie veel bijdraagt aan het effect van de behandeling. Soms nog wel meer dan de specifieke methoden en technieken die we onze cliënten voor hun problemen aanbieden.

Anton Hafkenscheid – onze noordoostelijke collega, klinisch psycholoog-psychotherapeut die veel onderzoek doet naar de therapeutische relatie - noemt de behandelrelatie het veranderings-instrument bij uitstek. De kwaliteit van deze relatie wordt volgens hem niet bepaald door de mate van vriendelijkheid waarmee cliënt en therapeut met elkaar omgaan. Het gaat juist om vertrouwen, oprechtheid en respect, waarin de behandelaar de cliënt helpt om zich bewust te worden van disfunctionele interactiepatronen en deze te veranderen. Niet alleen de cliënt, maar ook de behandelaar komt zichzelf tegen tijdens dit behandelproces, omdat iedere therapeutische relatie weer anders is. In Antons boek “De therapeutische relatie” (Boom, 2021) zijn vele handvaten te vinden om te leren hoe je een therapeutische relatie aan kunt gaan.

Al met al vonden we het tijd worden om dit belangrijke onderwerp eens goed te belichten. Dat is uitgemond in dit themanummer. We hebben ons best gedaan om de therapeutische relatie vanuit meerdere invalshoeken te bespreken. Naast wat er onder deze relatie verstaan kan worden, en hoe je deze relatie het beste vorm zou kunnen geven, wordt er ook stilgestaan bij de effecten van deze werkrelatie op interventies in de dagelijkse praktijk. Zo is er bijvoorbeeld aandacht voor het feit dat we in de GGZ veelal werken met zorgteams, terwijl de therapeutische relatie voornamelijk gemeten wordt als een één-op-één relatie tussen een behandelaar en een cliënt, gezinnen en binnen groepsbehandeling. En worden de manier waarop je deze therapeutisch relaties kunt meten en hoe je deze metingen kunt toepassen op je werk beschreven. Naast de gebruikelijke wetenschappelijke onderzoeken bevat dit themanummer ook een boekhoofdstuk, een boek- en een proefschrift-bespreking en enkele korte bijdragen, die betrekking hebben op de therapeutische relatie. Ook vindt u aan het einde informatie over een lopend onderzoek naar de therapeutische relatie, in de context van GGZ-behandelteams. Verder hebben we gekeken naar de invloed en het belang van de behandelrelatie in verschillende doelgroepen en settingen, en hoe je de professionaliteit hierin kunt bewaren en bewaken. Uiteraard zijn bij alle onderdelen mensen betrokken vanuit de instellingen die bij GGZet Wetenschappelijk zijn aangesloten. Wat zijn we toch een lekker veelzijdige club met z'n allen!

*Jos de Keijser
Lieke Christenhusz
Joanneke Bruins*

Uitzicht

Hij zit in het gangetje voor het kantoor. Een verkreukelde oudere man. Door het glas in de ijzeren deur tuurt hij naar de medewerkers die druk bezig zijn. De ene praat door de intercom met een patiënt die op zijn kamer zit, de andere tuurt net naar het ‘verzorgingsrooster’, en de derde medewerker heet mij welkom. We zijn op een afdeling voor zeer intensieve specialistische zorg in een tbs-instelling. Mijn blik wordt gevangen door deze meneer achter het glas, hij lacht naar mij en ik lach terug. ‘Ik mocht eens komen kijken’, zeg ik tegen mijn collega terwijl ik nog steeds oogcontact heb. ‘Het gaat over Hendrik¹’, zeg ik, ‘en jullie zorgen over zijn kamer zonder uitzicht.’ Mijn collega lijkt even verrast maar gaat meteen over tot actie. ‘Wat leuk dat je er bent’, zegt hij, ‘wil je even kijken?’

Ondertussen begint Hendrik te mompelen en naar mij te wenken. Hij lijkt nieuwsgierig. Samen met mijn collega loop ik naar hem toe. Hij hangt scheef in een groene geplastificeerde leunstoel waar hij aan ‘vastgekleefd’ lijkt. Ik steek mijn hand uit en hij aanvaardt die. We schudden de handen terwijl we naar elkaar lachen. ‘Zo, een hand Hendrik?’, zegt de collega. Ik bedenk dat hij misschien niet altijd een hand geeft of een hand krijgt. ‘Hoe gaat het me u’, vraag ik. Hendrik mompelt iets maar ik versta hem heel slecht. Zegt hij nu zoiets als ‘elke dag is hetzelfde?’ Misschien interpreteer ik zijn klanken wel verkeerd.

Kamer

‘Mag ik uw kamer zien?’, vraag ik. Hendrik knikt en mompelt weer iets dat ik niet goed versta. Mijn collega zegt: ‘Deze dame wil graag zien in wat voor kamer jij zit Hendrik. Is dat goed?’ Hendrik knikt.

Ik zie een bijna lege kamer. Het ruikt niet fris maar het is wel schoon. ‘Er ligt geen beddengoed op het bed’, zeg ik, het is het eerste dat mij opvalt. ‘Hij plast veel in en naast bed en braakt ook wel eens in zijn kamer’, zegt mijn collega. ‘We moeten zijn bed iedere dag verschonen.’ Mijn collega haalt een ijzeren kastje dat op het gangetje aan de wand hangt van het slot en ik zie een tuinslang: ‘Die is hier speciaal opgehangen, iedere dag spuiten we zijn kamer schoon.’ Hij wijst vervolgens naar de grond en zegt: ‘Die goot is daar speciaal voor aangelegd.’

Ik slik een emotie weg, ik weet nog niet welke dat is. Wat vind ik hier nu van dat deze man in een soort ‘verblijf’ wordt verzorgd? Mijn collega gaat (n)ietsvermoedend door en zegt: ‘Waar ik moeite mee heb is dat zijn raam zo hoog is. Hij heeft wel wat daglicht, maar kan als voormalig tuinder niet op groen uitkijken, er is alleen een muur. Hij heeft geen uitzicht.’ Ik knik en zeg: ‘En het vooruitzicht is dat hij hier nog heel lang blijft.’ Mijn collega knikt: ‘Hendrik heeft hersenletsel. Veel zal hij niet meer veranderen.’

1 Gefingeerde naam

Collega's

'Hendrik zit nu al heel lang op deze kamer die speciaal voor hem is aangepast', legt mijn collega uit. 'Maar het is een kamer die eigenlijk ooit bedoeld was voor 'nood', dus voor tijdelijk.' Ik begrijp dat deze kamer daarom ook geen raam met uitzicht heeft. Een andere collega vult aan dat het niet mogelijk is om een extra raam te plaatsen vanwege veiligheidsregels, en Hendrik moet ook een beetje op afstand van de rest van de groep zitten omdat hij geluidsoverlast veroorzaakt. Ondertussen brengt hij Hendrik wat te drinken.

En Hendrik zit daar. Op het gangetje voor zijn schoongemaakte kamer. Op zijn groene plastic stoel. Hij neemt een slok. Hij glimlacht. Ik bedank hem dat ik zijn kamer mocht zien. Hendrik pakt mijn hand weer en zegt iets. Ik baal ervan dat ik hem niet goed versta, maar mijn collega verstaat hem wel: 'Hij zegt: 'Dag mevrouw''. Ik glimlach en schud zijn hand weer, 'Dag meneer.'

Terwijl ik afscheid neem denk ik: 'Zij 'verstaan' hem'. Niet alleen zijn woorden, maar zijn hele wezen wordt verstaan. En ook al klopt het dat zijn raam heel hoog zit. Het klopt volgens mij niet dat hij geen uitzicht heeft.

Hendrik heeft weliswaar geen zicht op de wandelplaats buiten. Maar hij heeft wel een uitkijk op het mooiste uitzicht dat er voor hem mogelijk is. Namelijk op het kantoor. Door het veiligheidsglas heen kijkt hij naar de mensen die 'alles' voor hem doen. Keer op keer. Dag in, dag uit. Jaar in, jaar uit. En hij glimlacht.

Swanny Kremer

De invloed van zelfvertrouwen en de kwaliteit van de therapeutische relatie op de ernst van psychotische klachten

Nadine Middelkoop, Jozanneke Bruins

Samenvatting

Achtergrond

Studies hebben associaties gevonden tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie, de mate van zelfvertrouwen en de ernst van de klinische symptomen bij mensen met een psychose. Een aantal onderzoeken suggereren dat de kwaliteit van de therapeutische relatie mogelijk de relatie tussen zelfvertrouwen en de ernst van de psychotische klachten medieert. In deze studie hebben we daarom de relatie tussen deze drie factoren onderzocht bij mensen met langdurige psychotische stoornissen, waarbij we, op basis van bevindingen uit eerder onderzoek, verwachten dat de kwaliteit van de therapeutische relatie de associatie tussen de ernst van de symptomen en zelfvertrouwen medieert.

Methode

We hebben 66 deelnemers geïnccludeerd in deze cross-sectionele studie. De associaties tussen de ernst van psychotische klachten, zelfvertrouwen en kwaliteit van de therapeutische relatie werden berekend met behulp van Pearson-correlaties. De maat voor de therapeutische relatie had een linksscheve, niet-normale verdeling, daarom werden alle analyses uitgevoerd met behulp van een log-getransformeerde schaal.

Resultaten

We vonden een significante negatieve correlatie tussen zelfvertrouwen en psychotische symptomen ($r = -.487$; $p = <.001$) en een significant positieve correlatie tussen therapeutische relatie en zelfvertrouwen ($r = .387$; $p = <.001$). Er werd geen significant verband gevonden tussen therapeutische relatie en psychotische symptomen ($r = -.136$; $p = .138$), daarom werden er geen mediatieanalyses uitgevoerd.

Conclusies

In deze studie vonden we dat bij mensen met psychotische stoornissen een groter zelfvertrouwen geassocieerd is met minder ernstige psychotische symptomen en een betere therapeutische relatie. Er werd geen significant verband gevonden tussen therapeutische relatie en psychotische symptomen. We hebben aanbevolen om de definitie van de therapeutische relatie binnen de chronische populatie opnieuw te evalueren. Alle huidige meetinstrumenten gaan ervan uit dat er een 1 op 1 relatie is tussen cliënt en zorgverlener, terwijl in werkelijkheid meerdere professionals bij cliënten betrokken zijn.

Introductie

Mensen met een psychotische stoornis krijgen naast hun klinische symptomen te maken met veel andere zaken die hun leven en herstel kunnen beïnvloeden. De focus van een behandeling kan dan ook op meerdere gebieden liggen (De Haan et al., 2013), maar niet alleen de inhoud van de behandeling is hierbij van belang. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat ook specifieke factoren die niet rechtstreeks verband houden met de behandelinhoud van invloed zijn op de werking van verschillende therapeutische methoden (Kehle & Bray, 2003). Naast factoren als de persoonlijke omgeving van de cliënt en karaktertrekken van de therapeut, blijkt met name de kwaliteit van de therapeutische relatie erg belangrijk te zijn (Cooper, 2008; Horvath & Symonds, 1991; Shattock et al., 2018). Met de therapeutische relatie wordt in het huidige onderzoek de mate waarin cliënt het gevoel heeft dat de therapeut hem/haar apprecieert, aardig vindt, respecteert en om hem/haar geeft bedoeld. De kwaliteit van de therapeutische relatie wordt al jaren gezien als een van de meest belangrijke factoren voor het slagen van een therapie (Bordin, 1979; Flückiger et al., 2018). Tientallen jaren aan onderzoek hebben een positieve relatie aangetoond tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en uitkomsten van psychotherapie (Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000; Shattock et al., 2018). Zo laat gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek verdeeld over twee meetmomenten zien dat cliënten met een psychotische stoornis die de therapeutische relatie met hun behandelaar als goed ervaren meer therapiesessies bezoeken en minder last rapporteren te hebben van (ernstige) klinische symptomen (Goldsmith et al., 2015). Ook wordt de kwaliteit van de therapeutische relatie gelinkt aan een hogere kwaliteit van leven en betere rehabilitatie (Krupnick et al., 1996; Shattock et al., 2018). Sterker nog, verschillende behandelvormen en behandelprotocollen kunnen de uitkomst van psychotherapie weliswaar beïnvloeden, maar de kwaliteit van de therapeutische relatie blijkt een van de beste voorspellers voor positieve behandeluitkomsten te zijn (Shattock et al., 2018). Uit onderzoek blijkt dat onder andere een negatieve houding ten opzichte van therapie, een gebrek aan zelfinzicht en een slechte leefsituatie een belemmering kunnen vormen bij het opbouwen van een goede therapeutische relatie (Barrowclough et al., 2010). Het blijft echter onduidelijk of een goede therapeutische relatie nu het gevolg is van een open en toegankelijke houding van de cliënt of dat een goede therapeutische relatie juist een open en toegankelijke houding van de cliënt creëert (Bruins et al., 2018).

Interessant is dat mensen met een psychotische stoornis de therapeutische relatie zelf veelal positiever beoordelen dan de therapeuten (Lysaker et al., 2011). Dit lijkt echter geen negatieve invloed te hebben op de behandeluitkomsten. De waardering van de cliënt van de therapeutische relatie blijkt namelijk van groter belang te zijn voor de klinische behandeluitkomsten dan de waardering van de therapeut (Lysaker et al., 2011).

Naast de associatie met klinische behandeluitkomsten lijkt de kwaliteit van de therapeutische relatie ook geassocieerd aan de mate van ervaren zelfvertrouwen van cliënten met een psychotische stoornis (Shattock et al., 2018). Zelfvertrouwen kan in dezen worden omschreven als de weergave van hoe een persoon naar zichzelf kijkt en hoe iemand zichzelf waardeert (Robinson et al., 1991). Hierbij valt te denken aan of iemand het gevoel heeft sociaal contact te kunnen onderhouden, gewaardeerd te worden door anderen en competent te zijn. Zelfvertrouwen is een

belangrijke voorspeller van psychische gezondheid (Salsali & Silverstone, 2003) en ontwikkelt zich door ervaringen in sociale interactie en de feedback van anderen op deze interacties (Werner et al., 2008). Een goede mate van zelfvertrouwen lijkt daarbij een belangrijke voorspeller te zijn voor het kunnen opbouwen van een goede therapeutische relatie bij mensen met een psychotische stoornis (Lecomte et al., 2012). In de praktijk blijkt er bij deze groep mensen echter vaak sprake te zijn van een lage mate van zelfvertrouwen (Ciufolini et al., 2015), welke het opbouwen van een goede behandelrelatie dus negatief kan beïnvloeden. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat deze mensen juist moeite hebben sociale relaties aan te gaan en er vaak sprake is van een uitgebreide voorgeschiedenis waarin negatieve sociale interacties zich hebben opgestapeld (Yanos et al., 2001). Ook kan het daadwerkelijk hebben van psychotische symptomen zorgen voor een verslechtering in zelfvertrouwen (Birchwood & Iqbal, 1998). Een gebrek aan zelfvertrouwen wordt andersom ook weer gezien als een risicofactor voor het ontwikkelen van een psychose (Janssen et al., 2003). Een lage mate van zelfvertrouwen is gerelateerd aan het ervaren van zowel meer positieve symptomen, zoals hallucinaties en achtervolgingswanen (Jongeneel et al., 2018; Lincoln et al., 2011), als meer negatieve symptomen, zoals gebrek aan spontaniteit en terugtrekken uit sociaal contact (Lincoln et al., 2011; MacDougall et al., 2017).

Samengevat lijkt er een samenhang te zijn tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie, de mate van zelfvertrouwen en de ernst van de klinische symptomen bij mensen met een psychose. Eerdere bevindingen uit gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek en uit meta-analyses suggereren dat de kwaliteit van de therapeutische relatie mogelijk de relatie tussen zelfvertrouwen en de ernst van de psychotische klachten medieert (Bourke et al., 2021; Lecomte et al., 2012). De systematische review van Shattock et al. (2018) toont namelijk aan dat de kwaliteit van de therapeutische relatie voorspellend kan zijn voor de mate van zelfvertrouwen. Daarbij toont longitudinaal onderzoek van Goldsmith et al. (2015) aan dat een goede therapeutische relatie voorspellend is voor de ernst van de psychotische klachten. In dit onderzoek kijken we daarom naar de relatie tussen deze drie factoren bij mensen met psychotische klachten, met een uiteenlopende ziekteduur, waarbij we verwachten dat de kwaliteit van de therapeutische relatie zal optreden als mediator. Allereerst bekijken we de onderlinge verbanden, waarbij we verwachten dat een lage kwaliteit van de therapeutische relatie en een lage mate van zelfvertrouwen samenhangen met ernstigere psychotische klachten. Tevens verwachten we een positieve samenhang te vinden tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en mate van zelfvertrouwen. Als laatste onderzoeken we of de relatie tussen zelfvertrouwen en de ernst van de psychotische klachten wordt gemedieerd door de kwaliteit van de therapeutische relatie.

Methode

Participanten

Dit onderzoek vond plaats in het kader van een grootschalig onderzoek genaamd het Voices Attachment en Trauma (VAT) onderzoek. In dit onderzoek wordt gekeken naar verschillende factoren die het herstel van mensen met een psychotische kwetsbaarheid bevorderen en belemmeren. Voor het onderzoek komen cliënten

in aanmerking die in zorg zijn binnen een GGZ instelling 1) bij wie sprake is van een psychotische aandoening volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 5 (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013), zoals vastgesteld door een clinicus middels diagnostisch onderzoek bij aanvang van het behandeltraject, 2) die 18 jaar of ouder zijn, 3) die naar inschatting van de behandelaar klinisch voldoende stabiel waren om aan het onderzoek deel te nemen, en 4) die de Nederlandse taal voldoende beheersen.

Procedure

Mensen die in aanmerking kwamen werden via hun eigen hulpverlener of door onderzoeker (met toestemming van eigen hulpverlener) met een informatiebrief uitgenodigd voor deelname aan het overkoepelende VAT onderzoek. Wanneer cliënt akkoord gaf voor deelname tekende deze een geïnformeerde toestemming (*informed consent*) voor geanonimiseerd gebruik van hun gegevens voor onderzoeksdoeleinden. Na de afspraak ontvingen zij een cadeaubon (€10,-) als dank voor hun deelname. De afspraken vonden plaats op een Lentis-locatie of bij de cliënt thuis onder begeleiding van de onderzoeker. In verband met de COVID-19-crisis werden sinds mei 2020 ook digitaal metingen verricht. Vragenlijsten werden dan aan deelnemers voorgelezen en konden worden meegelezen.

Medisch ethische toetsing

Het VAT-onderzoek is opgesteld naar de verklaring van Helsinki en is goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Groningen: METc nummer 2017.456 en ABR nummer NL64523.042.17.

Meetinstrumenten

Om psychotische symptomen te meten werd gebruik gemaakt van de Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay et al., 1987). Het PANSS-interview is een gestandaardiseerd en semigestructureerd interview welke de klachten van de afgelopen 7 dagen meet. Het bestaat uit dertig items die elk op een zevendelige schaal (1=afwezig, 7= in extreme mate aanwezig) worden gescoord door getrainde onderzoekers, met een range van 30-210. De items werden opgeteld tot een totaalscore en verdeeld over drie subschalen: positieve symptomen, negatieve symptomen en algemene psychopathologie, waarbij hogere scores staan voor een hogere ernst van de symptomen en schizofrene aandoening. Een vraag om de psychotische symptomen te kunnen meten is bijvoorbeeld 'Heeft u last van hallucinaties'. Om de negatieve symptomen in kaart te brengen wordt onder andere gevraagd of cliënt moeite heeft interesse in anderen te tonen. Een vraag om de algemene psychopathologie in kaart te brengen betreft 'Heeft u last van zorgen om uw gezondheid?'. De PANSS-vragenlijst heeft een goede validiteit en betrouwbaarheid met Cronbach's alpha (α) variërend tussen 0.73 en 0.83 en een acceptabele interbeoordelaars betrouwbaarheid ($\kappa > 0.40$ voor 90% van de PANSS-items en $\kappa > 0.60$ voor 80% van de items (Müller & Wetzel, 1998). Om de kwaliteit van de therapeutische relatie in kaart te brengen werd gebruik gemaakt van de cliënt-versie van de Verkorte Werk Alliantie vragenlijst (WAV-SF), een zelfrapportage-vragenlijst over de zorgverlener met wie in de afgelopen 6 maanden het meeste contact is geweest, bestaande uit twaalf items (Stinckens et al., 2009). De items werden door de cliënt gescoord op een vijfpunt-Likert schaal (1 =

zelden of nooit, 5 = altijd), met een range van 12-60. De twaalf items zijn verdeeld over drie subschalen (vier items per schaal). De Taakschaal gaat de taakgerichtheid van de cliënt na, de Doelschaal gaat de doelgerichtheid van de cliënt na en de Bandschaal gaat de perceptie van de band met de therapeut na. In dit onderzoek werd enkel gebruik gemaakt van de Bandschaal als maat voor de kwaliteit van de therapeutische relatie, waarbij een hogere score stond voor een betere kwaliteit van de therapeutische relatie. De Bandschaal betreft 4 items, te weten: 'Ik geloof dat mijn therapeut(e) mij aardig vindt'; 'Mijn therapeut(e) en ik respecteren elkaar'; 'Ik voel dat mijn therapeut(e) mij apprecieert' en 'Ik voel dat mijn therapeut(e) om mij geeft, zelfs wanneer ik dingen doe die hij/ zij niet goedkeurt' (range: 4-20).

De mate waarin iemand zelfvertrouwen ervaart werd gemeten door de Self Esteem Rating Scale (SERS) (Lecomte et al., 2006). Deze zelfrapportage-vragenlijst bestaat uit 20 stellingen. Cliënten gaven op een 7-punt Likertschaal aan in hoeverre ze het eens waren met de stelling (1=helemaal niet mee eens, 7= helemaal mee eens). De 20 items worden verdeeld over 2 schalen: positief en negatief zelfvertrouwen. Een vraag om positief zelfvertrouwen te meten is bijvoorbeeld 'Ik kan goed met andere mensen omgaan'. Een vraag die negatief zelfvertrouwen meet is bijvoorbeeld 'Ik schaam me voor mezelf'. In dit onderzoek werd gebruikt gemaakt van de totaalscore van de SERS, die werd berekend door de scores op de schaal van negatief zelfvertrouwen af te trekken van de score op positief zelfvertrouwen. De totaalscore kan dus positief of negatief uitvallen en heeft daarom een range van -120 tot 120. Een hogere totaalscore betekende dat er sprake is van meer zelfvertrouwen. Deze schaal heeft een adequate convergente validiteit en hoge betrouwbaarheid met Cronbach's $\alpha=0.91$ (Nugent & Thomas, 1993).

Statistische analyses

Dit onderzoek betreft een cross-sectioneel onderzoek. Beschrijvende diagnostiek met gemiddelden (standaarddeviaties) en frequenties (percentages) werd gebruikt om demografische variabelen (leeftijd, geslacht, diagnose en ziekteduur) weer te geven. Om de samenhang tussen de ernst van de psychotische klachten (PANSS-totaalscore), mate van zelfvertrouwen (SERS-totaalscore) en kwaliteit van de therapeutische relatie (WAI-SF Bandschaalscore) te onderzoeken zijn drie individuele correlaties berekend met Pearson's correlatiecoëfficiënt r . Bij significante correlaties tussen alle drie variabelen was de intentie om een mediatoranalyse uit te voeren middels de bootstrapping methode van Preacher en Hayes (Preacher & Hayes, 2004). De Shapiro Wilk test wees uit dat de scores op de WAI- Bandschaal niet normaal verdeeld bleken te zijn ($W = .936, p = .005$), waarbij visuele inspectie van het histogram een linksscheve (negatieve) verdeling aantoonde. Daarom werd gebruik gemaakt van een logtransformatie en werden de analyses uitgevoerd met deze log getransformeerde variabele (log-WAI-SF Bandschaal). De statistische analyses werden uitgevoerd met Statistical Package for Social Sciences (SPSS (IBM SPSS Statistics version 26.0)). Om rekening te houden met kans kapitalisatie is significantie (eenzijdig) getoetst tegen $\alpha = 0.025$. Op basis van eerdere literatuur is uitgegaan van een geschatte correlatie van $r=0.25$ (Lysaker et al., 2011; Shattock et al., 2018). Dit in combinatie met een $\alpha=0.025$ om te corrigeren voor kanskapitalisatie en 80% power werd beoogd $n=149$ deelnemers te includeren. We hebben een sensitiviteitsanalyse in G*power uitgevoerd om te bepalen vanaf welke effectgrootte we een relatie betrouwbaar konden aantonen, met de uiteindelijk geïncludeerde steekproef.

Resultaten

Demografische gegevens

In totaal werden er 66 deelnemers geworven die aan de inclusiecriteria voldeden en zijn meegenomen in de analyses. Zie Tabel 1 voor karakteristieken van de deelnemers. Schizofrenie was de meest voorkomende diagnose. De gemiddelde leeftijd bedroeg 48.7 jaar (range: 19-78 jaar). De gemiddelde ziekteduur bedroeg 19.5 jaar (range: 1-54 jaar).

Tabel 1 Karakteristieken van de deelnemers

Patiëntkarakteristieken	%
Leeftijd, M (SD)	48.7 (15.7)
Geslacht, % man (n)	56.1 (37)
Ziekteduur M (SD)	19.5 (14.1)
Diagnose n (%)	27 (40,9)
Schizofrenie	
Schizofreniform	2 (3.0)
Schizoaffectief	14 (21.2)
Waanstoornis	3 (4,5)
Psychotische stoornis door middelengebruik	2 (3.0)
Psychose niet anderszins omschreven	18 (27.3)
Psychotische symptomen (PANSS-score), M (SD)	58.4 (16.4)
Zelfvertrouwen (SERS-score), M (SD)	18.0 (21.6)
Therapeutische relatie (WAV-Bandschaal), M (SD)	15.1 (3.8)

*M=Mean (gemiddelde); SD= standaarddeviatie; N= aantal deelnemers; %=percentage.

PANSS= Positive And Negative Syndrome Scale.

SERS= Self Esteem Rating Scale

WAV-Bandschaal= Verkorte Werk Alliantie Vragenlijst, Bandschaal

Zelfvertrouwen en psychotische klachten

Er was een matige significante negatieve correlatie tussen SERS en PANSS ($r = -.487$; $p < .001$). Dit betekent dat een lagere mate van zelfvertrouwen samenhangt met ernstigere psychotische klachten. Er was sprake van 1 outlier op de PANSS, met een score van >3 standaarddeviaties boven het gemiddelde. De analyse werd herhaald na (pairwise) verwijdering van deze outlier, waarbij de correlatie onveranderd bleef ($r = -.487$; $p = < .001$).

Therapeutische relatie en zelfvertrouwen

We vonden een matige significante positieve correlatie tussen Log-WAI-SF Bandschaal en SERS ($r = .387$; $p = < .001$). Dit betekent dat bij mensen met een psychotische aandoening het ervaren van de therapeutische relatie als positief, samenhangt met een hogere mate van zelfvertrouwen.

Therapeutische relatie en psychotische klachten

De Pearson's correlatie wees uit dat er geen gemiddeld significant verband bestaat tussen Log-WAI-SF Bandschaal en PANSS ($r = -.060$; $p = .316$). Ook na verwijdering van de outlier op de PANSS bleef de Pearson-correlatie niet significant ($r = -.136$; $p = .138$). Gezien deze niet-significante relatie is er per definitie geen sprake van een mediatie-effect. De mediatoranalyse is daarom niet uitgevoerd.

Sensitiviteitsanalyse

De beoogde inclusie van $n=149$ deelnemers werd helaas als gevolg van de wereldwijde COVID-19 crisis niet behaald. In totaal bedroeg de steekproefgrootte $n=66$ deelnemers. Op basis van deze $n=66$, een power van 80% en een α van 0,025 werd middels een sensitiviteitsanalyse berekend dat er betrouwbare correlaties gevonden kunnen worden vanaf $r = |.336|$.

Discussie

In deze studie werden bij een groep mensen met een psychotische aandoening de onderlinge verbanden tussen zelfvertrouwen, de kwaliteit van de therapeutische en de ernst van de psychotische klachten onderzocht. Zoals verwacht bleek een grotere mate van zelfvertrouwen samen te hangen met een beperktere ernst van psychotische klachten en een betere kwaliteit van de therapeutische relatie. Op basis van het huidige onderzoek kunnen we niet concluderen dat er een relatie was tussen de therapeutische relatie en de ernst van psychotische klachten. Daarmee vonden we ook geen steun voor onze hypothese dat de kwaliteit van de therapeutische relatie het verband tussen zelfvertrouwen en ernst van de psychotische klachten medieert. Onze bevindingen zijn in lijn met de resultaten van eerdere bevindingen dat een hogere mate van zelfvertrouwen was gerelateerd aan het ervaren van minder psychotische symptomen (Jongeneel et al., 2018; Lincoln et al., 2011; MacDougall et al., 2017). Vergelijkbaar vond eerder onderzoek dat een hogere mate van zelfvertrouwen samenhangt met het ervaren van een positievere therapeutische relatie (Lecomte et al., 2012). Van belang is hierbij te noemen dat huidig onderzoek werd uitgevoerd binnen het volledige ziektespectrum. Dit houdt in dat deelnemers werden geïncludeerd met een zeer uiteenlopende ziekteduur (1-54 jaar).

Onderzoek van Goldsmith et al. (2015) werd echter uitgevoerd bij mensen in een vroeg stadium van de ziekte, met een eerste (80%) of een tweede psychotische episode (20%). Met een gemiddelde ziekteduur van 19.5 jaar zoals in huidig onderzoek, is het aannemelijk dat deelnemers reeds dusdanig veel verschillende behandelingen hebben meegemaakt dat het vertrouwen in, en de impact van, de therapeutische relatie kleiner zal zijn dan bij een populatie die beduidend minder vaak een relatie met een behandelaar heeft moeten opbouwen. Bij patiënten met bijvoorbeeld schizofrenie is bekend dat het opbouwen van een goede therapeutische relatie voor veel uitdagingen zorgt en kan samengaan met angst en onbegrip (Lysaker & Gumley, 2010). Toekomstig onderzoek naar de therapeutische relatie zou rekening kunnen houden met de factor ziekteduur. Daarnaast zijn de klachten van de deelnemers uit huidig onderzoek naast veelal langdurig, ook relatief mild van aard vergeleken met de steekproef uit het onderzoek van Goldsmith et al. (2015) (gemiddelde PANSS-scores 79.97-100.51). Bij relatief milde klachten zal er ook

minder verbetering mogelijk zijn in de ernst van de klachten, en zal de impact van de therapeutische relatie dus ook kleiner zijn, dan bij deelnemers met een ernstiger klachtenpatroon.

Tevens lijkt het ons zinvol te kijken naar hoe wij de therapeutische relatie binnen de geestelijke gezondheidszorg definiëren. Van oudsher betreft de therapeutische relatie een relatie tussen twee personen, te weten behandelaar en cliënt. De context van cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening kenmerkt zich conform behandelrichtlijn echter juist door veelvuldig en langdurige betrokkenheid van een breed scala aan professionals, zoals huisartsen, psychologen, maatschappelijk werkers en psychiaters (Delespaul, 2013). Ondanks tientallen jaren van onderzoek naar de therapeutische relatie, is het onbekend hoe het werken in multidisciplinaire teams met gedeelde caseloads de therapeutische relatie tussen en cliënt met zijn/haar behandelaars en de uitkomsten van de behandeling beïnvloeden (Van Haaren et al., 2021). In het kader van huidig onderzoek werd de vraag beantwoord over de ervaren kwaliteit van de therapeutische relatie betreffende de behandelaar waar cliënt de laatste 6 maanden het meeste contact mee heeft gehad. Ook in andere wetenschappelijke onderzoeken wordt doorgaans gebruik gemaakt van meetinstrumenten die vragen naar het contact met één hulpverlener (McGuire-Snieckus et al., 2007; Stinckens et al., 2009). Wellicht is deze vorm van meten van de therapeutische relatie, tenminste binnen de populatie van GGZ-cliënten die langdurig zorg ontvangen, ontoereikend en zou er binnen deze doelgroep juist naar de ervaren kwaliteit van de relatie met een behandelteam moeten worden gekeken. Hiervoor zijn andere meetinstrumenten nodig, zoals bijvoorbeeld de recent gepubliceerde Working Alliance in Multidisciplinary teams (WAM), die speciaal voor het meten van de therapeutische relatie in GGZ-behandelteams werd ontwikkeld (Van Haaren et al., 2021).

Krachten en beperkingen van deze studie

Een sterk punt van de huidige studie is dat deze werd verricht in een populatie met een zeer uiteenlopende ziekteduur (1-54 jaar). Met name de cliënten bij wie sprake is van langdurige problematiek is een groep die is ondervertegenwoordigd in eerder onderzoek waarin de therapeutische relatie een rol speelt. Een van de beperkingen van huidig onderzoek is de relatief kleine steekproef, waardoor er geen betrouwbare uitspraak kan worden gedaan over de correlatie tussen de therapeutische relatie en de ernst van de psychotische klachten. Onder andere de Covid-19 crisis heeft de snelheid van de inclusies flink vertraagd. Ondanks dat de vooraf vastgestelde steekproefgrootte niet kon worden behaald, wees een sensitiviteitsanalyse uit dat er op basis van de huidige steekproefgrootte wél betrouwbare uitspraken over de andere twee correlaties kunnen worden gedaan. Gezien de brede range in ziekteduur van de doelgroep en de lage mate van gevonden samenhang tussen de therapeutische relatie en psychotische symptomen, lijkt het niet aannemelijk dat een grotere steekproef wel een significante correlatie tussen deze factoren had aangetoond. Gezien de drempelwaarde van de sensitiviteitsanalyse ($r=|.336|$) kunnen we hier echter niet met zekerheid uitspraken over doen.

Een tweede beperking van dit onderzoek is de cross-sectionele onderzoeksopzet. Hoewel er verbanden zijn gevonden tussen zelfvertrouwen, kwaliteit van de therapeutische relatie en ernst van de psychische klachten, kunnen we op basis van het huidige onderzoeksdesign geen uitspraken doen over causaliteit binnen deze relaties.

Een derde, mogelijke beperking van dit onderzoek is dat metingen weliswaar zijn gedaan bij een populatie met een uiteenlopende ziekteduur, maar dat het een groep betrof met relatief milde klachten, vergeleken met de normgroep (Leucht et al., 2005). Wellicht was hierdoor onvoldoende fluctuatie om een duidelijke relatie aan te kunnen tonen tussen ernst van psychotische klachten en de kwaliteit van de therapeutische relatie.

Een laatste beperking zou kunnen zijn dat de vragenlijst die in dit onderzoek is gebruikt om de therapeutische relatie te onderzoeken, vraagt hoe de cliënt inschat dat de therapeut hem/haar waardeert. Dit vergt een bepaalde mate van sociale cognitie, waarvan juist bij mensen met psychotische problematiek bekend is dat zij hierin tekorten ervaren (Savla et al., 2013). Het is daardoor niet uit te sluiten dat cliënten moeite hebben dit in te kunnen schatten en daarmee moeite hebben deze vragen juist te kunnen beantwoorden.

Klinische implicaties

Huidig onderzoek demonstreert dat het hebben van zelfvertrouwen bij mensen met een psychotische stoornis samenhangt met zowel het ervaren van minder psychotische symptomen, als op het ervaren van een meer positieve therapeutische relatie. Ondanks dat op basis van huidig onderzoek geen uitspraken gedaan kunnen worden over causaliteit, zou het interessant zijn om te onderzoeken of zelfvertrouwen ten grondslag ligt aan de therapeutische relatie én psychotische symptomen. Mogelijk zou longitudinaal onderzoek kunnen uitwijzen of er sprake is van een causaal verband, waarbij een verbetering in de mate van zelfvertrouwen mogelijk zal leiden tot een verbetering van therapeutische relatie en psychotische symptomen. Het feit dat de Competitive Memory Training (COMET) (Korrelboom, 2011) gericht op zelfbeeldproblematiek reeds is opgenomen in de behandelrichtlijnen voor psychose (Van Alphen et al., 2012; Veling et al., 2017), lijkt het belang van de factor zelfvertrouwen in de behandeling van mensen met een psychotische aandoening te onderstrepen. Deze effectieve cognitief-gedragstherapeutische training kan de mate van zelfvertrouwen helpen verhogen (Bloemers & De Vogel, 2020; De Valk et al., 2012). Bij een aangetoond causaal verband zou het interessant zijn om te monitoren of het aanbieden van interventies gericht op zelfvertrouwen, zoals de COMET-training, dan ook daadwerkelijk leidt tot verbeteringen in de therapeutische relatie en de ernst van de psychotische klachten. Daarnaast sluiten wij ons aan bij het advies van Bourke et al. (2021) om meer onderzoek te verrichten binnen grotere steekproeven. Tevens adviseren we nieuw onderzoek ook binnen een populatie met een uiteenlopende ziekteduur te verrichten, om de samenhang tussen deze factoren binnen een wijde ziekteterange te kunnen onderzoeken.

Referenties

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
- Barrowclough, C., Meier, P., Beardmore, R., & Emsley, R. (2010). Predicting therapeutic alliance in clients with psychosis and substance misuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(5), 373-377. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3181da4d4e>
- Birchwood, M., & Iqbal, Z. (1998). Depression and suicidal thinking in psychosis: A cognitive approach. In T. Wykes, N. Tarrier, & S. Lewis (Eds.), *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia* (pp. 81-100). John Wiley & Sons.
- Bloemers, E. & De Vogel, V. (2020). COMET voor zelfbeeld en paranoia bij paranoïde patiënten: Een kleinschalig RCT binnen de forensische psychiatrie. *Gedragstherapie*, 53, 82-102.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bourke, E., Barker, C., & Fornells-Ambrojo, M. (2021). Systematic review and meta-analysis of therapeutic alliance, engagement, and outcome in psychological therapies for psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(3), 822-853. <https://doi.org/10.1111/papt.12330>
- Bruins, J., Van der Velde, J., Tolsma, M., Delespaul, P., & Castelein, S. (2018). Onderzoek naar de therapeutische relatie: Golden oldie of toekomstmuziek? *GZ -Psychologie*, 10(1), 34-37. <https://doi.org/10.1007/s41480-018-0013-z>
- Ciufolini, S., Morgan, C., Morgan, K., Fearon, P., Boydell, J., Hutchinson, G., Demjaha, A., Girardi, P., Doody, G. A., Jones, P. B., Murray, R., & Dazzan, P. (2015). Self esteem and self agency in first episode psychosis: Ethnic variation and relationship with clinical presentation. *Psychiatry Research*, 227(2-3), 213-218. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.03.030>
- Cooper, M. (2008). *Essential research findings in counselling and psychotherapy: The facts are friendly*. SAGE Publications.
- De Haan, E., Duckworth, A., Birch, D., & Jones, C. (2013). Executive coaching outcome research: The contribution of common factors such as relationship, personality match, and self-efficacy. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 65(1), 40-57. <https://doi.org/10.1037/a0031635>
- De Valk, R., Van der Drift, S., & Korrelboom, K. (2012). Versterken van het zelfbeeld bij mensen met een psychotische kwetsbaarheid. *Directieve Therapie*, 32(3), 212-229.
- Delespaul, P. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 55(6), 427-438.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Goldsmith, L. P., Lewis, S. W., Dunn, G., & Bentall, R. P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: An instrumental variable analysis. *Psychological Medicine*, 45(11), 2365-2373. <https://doi.org/10.1017/S003329171500032X>

- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139>
- Janssen, I., Hanssen, M., Bak, M., Bijl, R. V., De Graaf, R., Vollebergh, W., McKenzie, K., & Van Os, J. (2003). Discrimination and delusional ideation. *British Journal of Psychiatry*, 182(1), 71-76. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.1.71>
- Jongeneel, A., Pot-Kolder, R., Counotte, J., Van der Gaag, M., & Veling, W. (2018). Self-esteem moderates affective and psychotic responses to social stress in psychosis: A virtual reality study. *Schizophrenia Research*, 202, 80-85. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.06.042>
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Kehle, T. J., & Bray, M. A. (2003). The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings. *Psychology in the Schools*, 40(6), 701-702. <https://doi.org/10.1002/pits.10115>
- Korrelboom, K. (2011). *COMET voor negatief zelfbeeld: Competitive memory training bij lage zelfwaardering en negatief zelfbeeld*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, S., George, J. M., Atlanta, J. W., Elkin, I., & Pilkonis, P. A. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 532-539. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.532>
- Lecomte, T., Corbière, M., & Laisné, F. (2006). Investigating self-esteem in individuals with schizophrenia: Relevance of the self-esteem rating scale-short form. *Psychiatry Research*, 143(1), 99-108. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.08.019>
- Lecomte, T., Laferrière-Simard, M.-C., & Leclerc, C. (2012). What does the alliance predict in group interventions for early psychosis? *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42, 55-61. <https://doi.org/10.1007/s10879-011-9184-2>
- Leucht, S., Kane, J. M., Kissling, W., Hamann, J., Etschel, E., & Engel, R. R. (2005). What does the PANSS mean? *Schizophrenia Research*, 79(2-3), 231-238. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.04.008>
- Lincoln, T. M., Mehl, S., Kesting, M. L., & Rief, W. (2011). Negative symptoms and social cognition: Identifying targets for psychological interventions. *Schizophrenia Bulletin*, 37(SUPPL. 2), 23-32. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr066>
- Lysaker, P. H., Davis, L. W., Buck, K. D., Outcalt, S., & Ringer, J. M. (2011). Negative symptoms and poor insight as predictors of the similarity between client and therapist ratings of therapeutic alliance in cognitive behavior therapy for patients with schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(3), 191-195. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31820c73eb>
- Lysaker, P. H., & Gumley, A. (2010). Psychotherapeutic and relational processes and the development of metacognitive capacity following five years of individual psychotherapy: A case study of a person with psychotic symptoms. *Psychosis*, 2(1), 70-78. <https://doi.org/10.1080/17522430903026385>

- MacDougall, A. G., Vandermeer, M. R. J., & Norman, R. M. G. (2017). Determinants of self-esteem in early psychosis: The role of perceived social dominance. *Psychiatry Research*, 258, 583-586. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.050>
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.68.3.438>
- McGuire-Snieckus, R., McCabe, R., Catty, J., Hansson, L., & Priebe, S. (2007). A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR. *Psychological Medicine*, 37(1), 85-95. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009299>
- Müller, M. J., & Wetzel, H. (1998). Improvement of inter-rater reliability of PANSS items and subscales by a standardized rater training. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(2), 135-139. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10055.x>
- Nugent, W. R., & Thomas, J. W. (1993). Validation of a clinical measure of self-esteem. *Research on Social Work Practice*, 3(2), 191-207. <https://doi.org/10.1177/104973159300300205>
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 36(4), 717-731. <https://doi.org/10.3758/bf03206553>
- Robinson, J. P., Shaver, P. R., & Wrightsman, L. S. (Eds.). (1991). *Measures of personality and social psychological attitudes. Volume 1 series: Measures of social psychological attitudes*. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-590241-0.50004-6>
- Salsali, M., & Silverstone, P. H. (2003). Low self-esteem an psychiatric patients: Part II - The relationship between self-esteem and demographic factors and psychosocial stressors in psychiatric patients. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2, article number 3. <https://doi.org/10.1186/1475-2832-2-3>
- Savla, G. N., Vella, L., Armstrong, C. C., Penn, D. L., & Twamley, E. W. (2013). Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: A meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 39(5), 979-992. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs080>
- Shattock, L., Berry, K., Degnan, A., & Edge, D. (2018). Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25(1), e60-e85. <https://doi.org/10.1002/cpp.2135>
- Stinckens, N., Ulburghs, A., & Claes, L. (2009). De werkaliantie als sleutelement in het therapiegebeuren: Meting met behulp van de WAV-12, de Nederlandstalige verkorte versie van de Working Alliance Inventory. *Tijdschrift voor Klinische Psychologie*, 39(1), 44-60.
- Van Alphen, A., Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., Bruggeman, R., Castelein, S., Dekker, F.L., Van Duin, D., Van Ewijk, W.M., Van Der Gaag, M., Van Gool, R., De Haas, O., Henquet, C., Hermens, M.L.M., Ketelaars, T., Knegtering, H., Krans, M.J. (. .), Van Zon, L. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. De Tijdstroom uitgeverij.

- Van Haaren, M., De Jong, S., & Roeg, D. P. K. (2021). The foundations of the working alliance in assertive community treatment teams. *BMC Psychiatry*, 21, article number 559. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03563-x>
- Veling, W., Bak, M., Boonstra, N., Castelein, S., Gaag, M., & Gijsman, H. (2017). *Zorgstandaard psychotische stoornissen*. Trimbosinstituut.
- Werner, P., Aviv, A., & Barak, Y. (2008). Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *International Psychogeriatrics*, 20(1), 174-187. <https://doi.org/10.1017/S1041610207005340>
- Yanos, P. T., Rosenfield, S., & Horwitz, A. V. (2001). Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 37(5), 405-419. <https://doi.org/10.1023/a:1017528029127>

De invloed van de kwaliteit van de therapeutische relatie op het zelfstigma bij mensen met een psychotische aandoening

Arzu Mazlum

Samenvatting

Achtergrond

De kwaliteit van de therapeutische relatie is consistent in verband gebracht met positieve behandeluitkomsten, terwijl zelfstigma een belemmering kan vormen voor herstel en maatschappelijke participatie bij mensen met psychotische aandoeningen. Enkele cross sectioneel studies hebben het verband tussen de therapeutische relatie en zelfstigma onderzocht en hebben aangetoond dat zelfstigma negatief geassocieerd is met de therapeutische relatie. Er wordt gesuggereerd dat een positieve therapeutische relatie een veilige omgeving kan creëren waarin patiënten zich begrepen en geaccepteerd voelen, wat kan leiden tot vermindering van zelfstigmatiserende gedachten en gevoelens.

Methode

Dit longitudinale onderzoek had als doel om te onderzoeken of veranderingen in de kwaliteit van de therapeutische relatie over een periode van zes maanden veranderingen in zelfstigma konden voorspellen bij mensen met een chronische psychotische aandoening (gemiddelde ziekteduur 19 jaar).

Resultaten

De resultaten lieten geen significant effect van de kwaliteit van de therapeutische relatie op de mate van zelfstigma zien na zes maanden behandeling. Bovendien, blijken de veranderingen in de kwaliteit van de therapeutische relatie van het eerste naar het tweede meetmoment geen veranderingen in zelfstigma te kunnen voorspellen van het eerste naar het tweede meetmoment.

Discussie

Onze bevindingen suggereren dat het verband tussen therapeutische relatie en zelfstigma mogelijk niet relevant is voor mensen met een langdurige, stabiele psychotische aandoening. Daarom zou toekomstig onderzoek naar dit verband rekening moeten houden met het stadium van de aandoening en de ernst van de symptomen. Het verband tussen therapeutische relatie en zelfstigma kan van groter belang zijn bij patiënten in een vroeger stadium van de aandoening, die mogelijk meer zelfstigma en ernst van de symptomen ervaren.

Introductie

Mensen met een psychotische aandoening doorlopen over het algemeen langdurige behandel- en begeleidingstrajecten (Castelein, Timmerman, PHAMOUS investigators, van der Gaag, & Visser, 2021). Een goede kwaliteit van de therapeutische relatie blijkt daarbij van belang voor het behandelsucces (Shattock, Berry, Degnan, & Edge, 2018).

Volgens Bordin (1979) is de therapeutische relatie opgebouwd uit drie componenten die min of meer onafhankelijk zijn van elkaar: overeenstemming over de doelen van de behandeling, overeenstemming over de taken van de behandeling en de kwaliteit van de persoonlijke band tussen patiënt en hulpverlener. Een goede therapeutische relatie leidt tot verbetering van behandeluitkomsten, terwijl een slechte therapeutische relatie mogelijk juist tot schade kan leiden (Goldsmith, Lewis, Dunn, & Bentall, 2015). Uit onderzoek blijkt dat de kwaliteit van de therapeutische relatie de meest consistente en robuuste voorspeller is van behandeluitkomsten (Flückiger, Del Re, Wampold, & Horvath, 2018; Martin, Garske, & Davis, 2000; Shattock et al., 2018). Er zijn echter ook andere factoren die het herstel van mensen met een psychotische aandoening beïnvloeden.

Voor veel mensen met een psychotische aandoening vormt stigma een belangrijk obstakel voor hun herstel en maatschappelijke participatie (Yanos, 2018). Stigma is de overkoepelende term die het proces van stereotypering, uitsluiting, statusverlies en discriminatie samenvat. Het treedt sterker en eerder op bij ongelijke sociale machtsverhoudingen en bij afwijking van de sociale norm, zoals in dit geval het hebben van een psychiatrische diagnose (Link & Phelan, 2001). Aanhoudende vooroordelen over mensen met psychische aandoeningen komen in alle samenlevingen en culturen voor. De meest overheersende stereotypen over mensen met een psychotische aandoening zijn dat ze gevaarlijk, incompetent en niet in staat zijn om weloverwogen beslissingen te nemen (Angermeyer & Dietrich, 2006; Pescosolido, B. A., Medina, Martin, & Long, 2013; Pescosolido, B. A., Halpern-Manners, Luo, & Perry, 2021). Volgens een omvangrijk onderzoek in de VS uit 2018 heeft de meerderheid van de algemene bevolking negatieve opvattingen over mensen met psychotische aandoeningen (Pescosolido, Bernice A., Manago, & Monahan, 2019). Deze sociale afstand lijkt in de afgelopen 20 jaar nauwelijks veranderd te zijn (Ten Have, van Weeghel, van Dorsselaer, Tuithof, & de Graaf, 2015). Ook binnen de GGZ speelt stigma een rol. Mensen met een psychotische aandoening wijzen de hulpverlener vaak aan als de belangrijkste persoon in hun leven (Borge, Martinsen, Ruud, Watne, & Friis, 1999). Tegelijkertijd is gebleken dat zij vaker gestigmatiseerd worden door GGZ-hulpverleners dan mensen met andere psychische aandoeningen (Valery & Prouteau, 2020).

Onderzoek toont aan dat de meeste mensen met een psychotische aandoening zich bewust zijn van het stigma dat anderen over hen hebben (Krajewski, Burazeri, & Brand, 2013; Thornicroft et al., 2009). Wanneer mensen met een psychotische aandoening zich identificeren met de gestigmatiseerde groep en vinden dat de stereotypen terecht zijn, ontstaat er zelfstigma (Corrigan & Watson, 2002). Een uitgebreid onderzoek toont aan dat 41% van de mensen met een psychotische aandoening een grote mate van zelfstigma ervaart (Brohan, Elgie, Sartorius, Thornicroft, & GAMIAN-Europe Study Group, 2010). Veel studies wijzen uit dat zelfstigma bij mensen met een psychotische aandoening vele negatieve gevolgen

kan hebben, zoals langere ziekteduur, minder herstel, minder hulpzoekend gedrag, lagere kwaliteit van leven, minder medicatietrouw en een verminderd gevoel van eigenwaarde en hoop (Akouri-Shan et al., 2022; Eliasson, McNamee, Swanson, Lawrie, & Schwannauer, 2021; Gronholm, Thornicroft, Laurens, & Evans-Lacko, 2017; Ihalaainen, Löyttyniemi, & Välimäki, 2022; Yanos, Roe, & Lysaker, 2010). Daarnaast wordt zelfstigma ook negatief geassocieerd met de therapeutische relatie bij mensen met een psychotische aandoening (Kvrgic, Cavelti, Beck, Rüsch, & Vauth, 2013). Het is echter nog onduidelijk of zelfstigma het opbouwen van een goede therapeutische relatie in de weg staat, of dat een slechte therapeutische relatie tot meer zelfstigma leidt. Het verband tussen de therapeutische relatie en zelfstigma is nog maar weinig onderzocht en het beschikbare onderzoek is vaak cross-sectioneel van aard (Deres, Bürkner, Klauke, & Buhlmann, 2020; Kendra, Mohr, & Pollard, 2014; Kondrat, 2012; Nakash, Nagar, & Levav, 2015; Wade, Post, Cornish, Vogel, & Tucker, 2011). Een relevante studie is uitgevoerd door Deres et al. (2020) werpt het licht op het verband tussen de therapeutische relatie en zelfstigma. Zij onderzochten het verband tussen de therapeutische relatie en zelfstigma bij klinische psychotherapiepatiënten met depressie. Deze studie richtte zich specifiek op deze patientengroep die intensieve behandeling kreeg, met minimaal twee psychotherapiesessies per dag, waarbij intensief werd gebouwd aan de therapeutische relatie. Uit de studie bleek dat de mate van zelfstigma afnam naarmate de behandeling vorderde. De auteurs suggereren daarom dat een betere kwaliteit van de therapeutische relatie kan bijdragen aan het ontwikkelen van hoop en het vergroten van zelfvertrouwen, wat kan leiden tot afname van zelfstigma.

Doel studie

We wilden onderzoeken of de therapeutische relatie nog steeds voorspellende waarde heeft op zelfstigma op de langere termijn. Hoewel het natuurlijk beloop werd gevolgd, wilden we kijken of er nog steeds toekomstige veranderingen kunnen optreden in zelfstigma. In deze longitudinale studie onderzoeken we daarom de voorspellende waarde van de kwaliteit van de therapeutische relatie voor het zelfstigma tijdens reeds lopende behandeltrajecten bij mensen met een (veelal langdurige) psychotische aandoening. Omdat deze mensen vaak al jaren in zorg zijn, is het niet reëel om in de tijdspanne van enkele weken een grote verandering in de kwaliteit van de therapeutische relatie te verwachten. Daarom meten we fluctuatie over een langere periode, van zes maanden. Hierbij is de verwachting dat bij mensen die een goede therapeutische relatie op het eerste meetmoment hebben, zelfstigma na een behandelperiode van zes maanden lager is dan bij mensen die een slechte therapeutische relatie op het eerste meetmoment hebben. Tevens is de verwachting dat een verbetering in de therapeutische relatie over een periode van zes maanden gepaard gaat met een afname in zelfstigma.

Methode

Het huidige onderzoek maakt deel uit van het overkoepelende Voices, Attachment & Trauma in psychosis (VAT) onderzoek. De deelnemers waren in behandeling bij

specialistische GGZ-instelling Lentis in de provincie Groningen. Het betreft een longitudinaal onderzoek, waarbij data wordt verzameld om het natuurlijk beloop van diverse herstelgerelateerde processen een jaar lang te monitoren. Therapeutische relatie in het kader van monitoring van het natuurlijk beloop verwijst naar de relatie tussen de hulpverlener en de patient tijdens de follow-up van de aandoening zonder directe interventies of behandelingen. Het betreft de interacties, communicatie en vertrouwensband tussen de hulpverlener en de patient gedurende zes maanden. De therapeutische relatie werd niet actief beïnvloed, maar werd op natuurlijke wijze gevormd en ontwikkeld tijdens de behandeling.

Ethiek

Het VAT onderzoek is goedgekeurd door de Medische Ethische Toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Groningen (METc UMCG, registratienummer 2017.456) en voldoet aan de ethische normen voor wetenschappelijk onderzoek beschreven in de declaratie van Helsinki en de Wet Bescherming Persoonsgegevens. Voorafgaand aan deelname ondertekenden deelnemers een informed consent formulier om hun toestemming te geven voor deelname aan het onderzoek en geanonimiseerd gebruik van hun data.

Participanten

Deelnemers waren in zorg voor een psychotische aandoening bij GGZ instelling Lentis. Zij kwamen in aanmerking voor deelname aan het onderzoek wanneer 1) er sprake was van een psychotische aandoening volgens de DSM-5; 2) hij of zij ≥ 18 jaar was; 3) hij of zij in staat en bereid was om deel te nemen aan de meting; 4) hij of zij de Nederlandse taal goed beheerste. Alle deelnemers met twee opeenvolgende metingen die op 1 augustus 2022 waren geïnccludeerd, zijn meegenomen in dit onderzoek.

Procedure

De deelnemers voor de studie werden verworven via uitnodigingen van hun eigen hulpverlener of door de onderzoeker zelf, met toestemming van de hulpverlener. Na een positieve reactie van de deelnemer, werd er telefonisch contact opgenomen om het doel en de aard van het onderzoek verder toe te lichten en eventuele vragen te beantwoorden.

De metingen bestonden uit een semigestructureerd interview en diverse vragenlijsten, die op een adaptieve manier werden aangeboden. Dit hield in dat deelnemers alleen vragen kregen die voor hen relevant waren. Vanwege de situatie rondom het coronavirus werden metingen in de periode van 17 maart 2020 tot 2 juli 2020 telefonisch of via beeldbellen verricht. Vanaf 2 juli 2020 konden deelnemers in overleg met de onderzoeker beslissen of de meting telefonisch, via beeldbellen of in persoon zou plaatsvinden. Elk deelnemer ontving aan het eind van iedere afgeronde meting een deelnemersvergoeding van €10,- in de vorm van een VVV-bon.

Meetinstrumenten

De Werkalliantievragenlijst (WAV-12)

De WAV-12 meet de kwaliteit van de therapeutische relatie (Vertommen & Vervaeke, 1990) en is een gevalideerde vertaling van de Working Alliance Inventory (Horvath & Greenberg, 1989). De WAI is een van de meest gebruikte instrumenten wereldwijd om de therapeutische relatie te meten en is gebaseerd op de drie kernaspecten die (Bordin, 1979) heeft gedefinieerd bij therapeutische relatie: overeenstemming over de doelen van de therapie, overeenstemming over therapeutische taken en affectieve band tussen therapeut en cliënt. Voor dit onderzoek werd de korte cliëntversie gebruikt, de WAV-12, die bestaat uit twaalf items. Elk item dient beoordeeld te worden op een vijf-puntschaal (1= zelden of nooit, 5= altijd). Naast een totaalscore worden drie subschalen onderscheiden: “Doelschaal”, “Taakschaal” en “Bandschaal”. In dit onderzoek wordt de totaalscore van de WAV-12 gebruikt, die een globale indicatie geeft over de kwaliteit van de therapeutische relatie. De WAV-12 totaalscore heeft een range van 12 - 60, waarbij een hogere score een betere kwaliteit van de therapeutische relatie weergeeft. De totaalscore van de WAV-12 heeft een goede interne consistentie ($\alpha = 0.92$) (Stinckens, Ulburghs, & Claes, 2009; Vertommen & Vervaeke, 1990).

Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI)

De Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) is een meetinstrument dat de mate van zelfstigma meet bij een cliënt. De ISMI is een zelfinvul-lijst bestaande uit 29 items met een Likertschaal van 1 (sterk mee oneens) tot 4 (sterk mee eens). De ISMI is verdeeld over vijf subschalen: Vervreemding (zes items), Bekrachtiging van stereotypes (zeven items), Waargenomen discriminatie (vijf items), Sociaal terugtrekken (zes items) en Weerstand tegen stigma (vijf items). De items van de subschaal Weerstand tegen stigma wordt bij het scoren omgekeerd gecodeerd. De totaalscore wordt gebruikt in dit onderzoek en heeft een range van 29-116. Hoe hoger de score, hoe hoger de mate van zelfstigma. Er is geen psychometrische evaluatie gedaan op de Nederlandse versie van de ISMI, maar de oorspronkelijke ISMI wordt gezien als een zeer betrouwbaar en valide instrument met $\alpha = 0.90$ en een betrouwbaarheidscoëfficiënt $r = 0.92$ bij een $N = 127$ studie (Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003).

Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS)

De PANSS is in dit onderzoek gebruikt om de steekproef te beschrijven in termen van de ernst van de psychotische aandoening. Het is een semigestructueerd interview waarmee de positieve, negatieve en algemene psychopathologie symptomen bij mensen met een psychotische aandoening in kaart gebracht kunnen worden. De PANSS is opgebouwd uit 30 items met per item een score van 1-7 (afwezig tot extreem) en heeft een score range van 30-210, waarbij een hogere score staat voor ernstigere psychotische klachten (Peuskens, 2006). De PANSS heeft een goede interne consistentie ($\alpha = 0.70 - 0.85$) (Van den Oord, Edwin J C G et al., 2006) en een goede constructvaliditeit, criteriumvaliditeit en predicatieve validiteit (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987).

Steekproefgrootte

Een poweranalyse is uitgevoerd met G*Power 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) om het minimum aantal deelnemers te bepalen om een bestaand effect aan te tonen voor de hoofdvraag. Hierbij werd gekozen voor $\alpha = 0.05$ en een power = 0.80. Uitgaande van eenzijdige toetsing met behulp van lineaire multiple regressie, bleek een minimum van 55 deelnemers vereist voor de hoofdvraag. Op basis van het eerdere onderzoek werd een matige correlatie van -0,35 tussen de therapeutische relatie en zelfstigma verwacht (Kendra et al., 2014).

Statistische Analyses

De demografische gegevens van de proefpersonen worden beschreven met gemiddelden en standaarddeviaties (leeftijd, ziekteduur, PANSS scores) en percentages (geslacht, diagnose, opleidingsniveau, woonsituatie).

Om te onderzoeken of een goede kwaliteit van de therapeutische relatie op het eerste meetmoment zelfstigma op het tweede meetmoment voorspelt, werd een enkelvoudige lineaire regressieanalyse uitgevoerd met de totaalscore op de ISMI op het tweede meetmoment als afhankelijke variabele en de totaalscore op de WAV-12 op het eerste meetmoment als predictor. We hadden geen specifieke verwachtingen ten aanzien van de ISMI-scores, maar wilden de voorspellende waarde van de therapeutische relatie onderzoeken bij mensen met een psychotische aandoening. Aangezien de ISMI-score op tweede meetmoment niet voldeed aan de assumpties horende bij ANOVA is deze variabele logaritmisch getransformeerd en is de analyse uitgevoerd met de logaritmisch getransformeerde ISMI (Log_ISMI).

Om te onderzoeken of een verandering in de kwaliteit van de therapeutische relatie van het eerste naar het tweede meetmoment een verandering voorspelt in de mate van zelfstigma van het eerste naar het tweede meetmoment, werd een verschilscore berekend van de WAV-12 van meting 1 naar meting 2 (Δ -WAV-12) en van de ISMI van meting 1 naar meting 2 (Δ -ISMI). Vervolgens werd er een enkelvoudige lineaire regressieanalyse uitgevoerd met de Δ -ISMI als afhankelijke variabele en Δ -WAV-12 als predictor.

Ziekteduur werd als mogelijke confounder meegenomen in beide analyses, vanuit de gedachte dat een langere ziekteduur ook vaak meer behandelcontacten in het verleden betekent en een grotere kans om met (zelf)stigma over de aandoening in aanraking te zijn geweest.

Naast de bovenstaande analyses werden er subgroepenanalyses uitgevoerd om te onderzoeken of er verschillen zijn tussen specifieke groepen deelnemers. In een van de subgroepenanalyses vergeleken we de ISMI-scores op het tweede meetmoment tussen de deelnemers die hoog scoorden op de WAV-12 en de deelnemers die laag scoorden op de WAV-12. Daarnaast werden er analyses uitgevoerd met deelnemers die hoog scoorden op de ISMI. Deze aanvullende analyses werden uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in het verband tussen de therapeutische relatie en zelfstigma'. Statistische analyses werden uitgevoerd met SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versie 26.0 (Faul et al., 2009).

Resultaten

Deelnemers

Op het moment van analyse waren er $n = 85$ patiënten met een psychotische aandoening geïnccludeerd in de VAT-studie. Hiervan hadden $n = 62$ deelnemers reeds de tweede meting afgerond en deze zijn geïnccludeerd in het huidige onderzoek. Tabel 1 toont de kenmerken van de deelnemers ten tijde van de eerste meting. De gemiddelde leeftijd was 49 jaar en de gemiddelde ziekteduur was 19 jaar. Van de 62 deelnemers was 55% man. De meeste deelnemers waren gediagnosticeerd met schizofrenie. De PANSS-scores laten zien dat de deelnemers gemiddeld genomen milde psychotische klachten ervaren. Slechts 8,1% van de deelnemers had een relatief hoge score op de PANSS, wat volgens de criteria van Leucht et al (2005) kan worden gezien als matig tot ernstige mate van psychotische klachten. Er was een significante afname op de subschaal Positieve symptomen van de eerste naar de tweede meting ($p = 0,003$). De overige verschillen in PANSS-scores waren niet significant.

Tabel 1 Kenmerken van de deelnemers

Kenmerken van deelnemers	M (SD) of % (n)
n	62
Leeftijd in jaren, M (SD)	49.2 (15.41)
Ziekteduur in jaren, M (SD)	19.2 (14.05)
Geslacht, % (n) man	54.8% (34)
DSM 5 diagnoses	
Schizofreniform	3.2% (2)
Schizoaffectief	22.6% (14)
Waanstoornis	1.6% (1)
Psychose niet anders omschreven	25.8% (16)
Opleidingsniveau	
Basisschool of lager	19.4% (12)
Middelbare school	33.9% (21)
MBO	29 % (18)
HBO	9.7% (6)
Universiteit of hoger	4.8% (3)
Woonsituatie	
Zelfstandig, alleen	45.2% (28)
Begeleid wonen	24.2% (15)
Opgenomen	12.9% (8)
Anders, namelijk	1.6% (1)
Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS)	
PANSS-totaal	59.94 (15.88)
PANSS Positieve subschaal	13.94 (4.74)
PANSS Negatieve subschaal	14.37 (5.04)
PANSS Algemene psychopathologie	31.70 (8.73)

***PANSS:** De Positieve And Negative Syndrome Scale meet de ernst van de psychotische aandoening. De totaalscore heeft een range van 30-210, waarbij een hogere score staat voor ernstigere psychotische klachten

Typering van de deelnemers op basis van de ISMI en WAV-12

De resultaten in Tabel 2 tonen de scores van de deelnemers op de ISMI en WAV-12 op de twee meetmomenten. Volgens de ISMI-scores ervaren de deelnemers een milde mate van zelfstigma op basis van de indeling van Komatsu et al. (2021). Bij 25% van de deelnemers op het eerste meetmoment en bij 32% van de deelnemers op het tweede meetmoment was er sprake van matig tot ernstig zelfstigma ($ISMI < 54$). De kwaliteit van de therapeutische relatie gemeten met de WAV-12 toonde een relatief hoge score. Dit geeft aan dat de deelnemers een redelijk goede waardering hadden voor de therapeutische relatie. Op beide meetmomenten rapporteerden respectievelijk 14 % en 15 % van de deelnemers een matige tot slechte therapeutische relatie ($WAV < 36$).

Tabel 2 ISMI en WAV-12 op meting 1 en meting 2

Variabelen	Meting 1 M(SD)	Meting 2 M(SD)
Werkalliantievragenlijst (WAV-12)		
n	62	
WAV-12 totaal	40.81 (10.26)	42.27 (9.96)
WAV-12 Doel	20.00 (12.67)	20.00 (13.59)
WAV-12 Taak	12.84 (3.84)	13.29 (3.67)
WAV-12 Band	15.28 (4.00)	15.40 (3.76)
Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI)		
n	62	
ISMI-totaal	63.10 (13.18)	62.69 (14.09)
ISMI Vervreemding	14.84 (4.41)	14.32 (4.10)
ISMI Bekrachtiging van stereotypes	13.13 (3.64)	13.7 (4.29)
ISMI Waargenomen discriminatie	10.76 (3.40)	10.74 (3.51)
ISMI Sociaal terugtrekken	12.72 (3.42)	12.53 (3.83)
ISMI Weerstand tegen stigma	11.62 (2.68)	11.8 (2.81)

***WAV-12:** De Werkalliantievragenlijst meet de kwaliteit van de therapeutische relatie. De WAV-12 totaalscore heeft een range van 12-60 waarbij een hogere score een betere kwaliteit van de therapeutische relatie weergeeft.

***ISMI:** De Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) meet de mate van zelfstigma. De totaalscore heeft een range van 29-116, waarbij een hogere score duidt op een hogere mate van zelfstigma.

Therapeutische relatie als voorspeller van zelfstigma na zes maanden

De enkelvoudige lineaire regressieanalyse toont aan dat er geen significant verband is tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en het zelfstigma na

een behandelperiode van zes maanden ($B = -0,001$, $p = 0,339$). De R^2 waarde van deze analyse was 0,016, wat betekent dat slechts 1,6 % van de variatie in de Log_ISMI score op meting 2 kan worden verklaard door de WAI-12 totaalscore op meting 1 ($F(1,57) = 0,931$, $p = 0,339$). Na correctie van ziekte duur blijft de relatie tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en zelfstigma na zes maanden behandeling onveranderd ($B = 0,000$, $t = 0,257$, $p = 0,798$), evenals de verklaarde variantie ($R^2 = 0,017$, $F(2,56) = 0,491$, $p = 0,615$).

Posthoc analyse

Een posthoc analyse laat zien dat de 25% deelnemers met de beste therapeutische relatie een afname ($M = -5,0$, $SD = 11,62$) van zelfstigma lieten zien na zes maanden, terwijl de 25% met de slechtste therapeutische relatie een toename in zelfstigma had ($M = 2,5$, $SD = 9,12$). Dit verschil was statistisch significant ($p = 0,041$).

Samenhang veranderproces therapeutische relatie en zelfstigma

De resultaten van de analyse tonen aan dat er geen significante samenhang bestaat tussen Δ -ISMI scores en de Δ -WAV-12 scores ($B = -0,120$, $t = 0,833$, $p = 0,408$), ook niet na correctie voor ziekte duur ($B = -0,121$, $t = -0,818$, $p = 0,417$). De R^2 van 0,012 toont aan dat slechts 1,2% van de variantie in de Δ -ISMI kan worden verklaard door de Δ -WAV-12 scores ($F(1,56) = 0,694$, $p = 0,408$). Na correctie voor ziekte duur, bleef de R^2 waarde 0,012 ($F(2,55) = 0,342$, $p = 0,712$).

Discussie

Deze studie richtte zich op het verband tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en zelfstigma bij mensen met een psychotische aandoening. In dit longitudinale onderzoek met twee meetmomenten in een behandelperiode van zes maanden is geprobeerd inzicht te krijgen in de richting van het verband. De deelnemers aan deze studie waren relatief langdurig ziek (gemiddeld negentien jaar) en rapporteerden slechts een milde mate van zelfstigma en psychotische klachten. Over het algemeen hadden zij een goede waardering voor de kwaliteit van de therapeutische relatie. De resultaten laten geen significant verband zien tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en de mate van zelfstigma, al was er bij de deelnemers met de beste therapeutische relatie een lichte afname te zien in zelfstigma en bij de mensen met de slechtste therapeutische relatie een kleine toename. Er is geen significant verband gevonden tussen veranderingen in de therapeutische relatie en veranderingen in zelfstigma over een periode van zes maanden.

De suggestie van Deres et al. (2020) dat een goede therapeutische relatie tot minder zelfstigma leidt is daarmee door onze resultaten niet bevestigd. De opzet van onze studie verschilt echter wezenlijk van de studieopzet van Deres et al. (2020). In de huidige studie werd de therapeutische relatie als voorspeller op het eerste meetmoment en zelfstigma op het tweede meetmoment gemeten, in een

observationeel cohort waarin niet werd geïntervenieerd, terwijl Deres et al. (2020) een klinische interventiestudie is waarbij intensief aan de therapeutische relatie werd gewerkt. Deze opzet kan mogelijk verklaren waarom onze resultaten niet overeenkomen met de bevindingen van Deres et al. (2020). Desondanks is het mogelijk dat de hoge scores in therapeutische relatie op het eerste meetmoment en milde scores op zelfstigma op het tweede meetmoment het resultaat zijn van het proces dat Deres et al. beschrijven. Dit suggereert dat de kwaliteit van de therapeutische relatie mogelijk van invloed is op het zelfstigma, maar dat dit effect zich mogelijk pas later in het behandeltraject aan het licht komt. Dit wordt verder ondersteund door onze bevinding dat zelfstigma afnam bij de deelnemers met de beste therapeutische relatie en juist iets toenam bij de deelnemers met de slechtste therapeutische relatie. De bevindingen van Wade et al. (2011) waarbij deelname aan één groepssessie significant kon bijdragen aan een vermindering van zelfstigma rondom zoeken van hulp, sluit hierbij ook aan. In onze studie, waarbij deelnemers al langdurig ziek waren en mild klachtenpatroon hadden, was er wellicht beperkte ruimte voor verdere verbetering in de kwaliteit van de therapeutische relatie, wat het ontbreken van een significant verband zou kunnen verklaren.

Hierop voortbordurend kan een mogelijke verklaring voor het ontbreken van een significant verband in onze studie zijn dat 85% van de deelnemers een goede kwaliteit van de therapeutische relatie rapporteerde (gemiddelde WAV itemscore ≥ 3). Hierdoor kan er een plafondeffect zijn ontstaan, waardoor weinig verbeteringen hierin nog mogelijk waren. De beperkte fluctuatie in scores over tijd maakt het vinden van verbanden moeilijk. De overwegend positieve beoordeling van de deelnemers over de kwaliteit van de therapeutische relatie is in lijn met een meta-analyse van Fluckger et al. (2012), die suggereren dat de therapeutische relatie na ongeveer vijf sessies vrij stabiel is.

Mogelijk is de periode van dataverzameling in dit onderzoek ook te kort geweest om veranderingen in de mate van zelfstigma te kunnen aantonen (Kendra et al., 2014). Dit roept echter de vraag op over welke periode er bij deze doelgroep dan wel een meetbare verandering zou optreden. Caqueo- Urizar et al. (2022) volgden 26 patiënten met een psychotische aandoening over een periode van 10 jaar in de stabiele fase van hun aandoening. Hoewel de tijdspanne groot was, bleken er geen significante veranderingen te zijn in de scores van zelfstigma gemeten met de ISMI ten opzichte van de baseline. De deelnemers hadden een milde mate zelfstigma en een relatief lange ziekte duur, vergelijkbaar met de deelnemers van de huidige studie. Het lijkt er op dat zelfstigma bij mensen met een psychotische aandoening in de chronische en stabiele fase een mild beloop kent en weinig fluctuatie vertoont. Het is dus mogelijk dat de interactie tussen therapeutische relatie en zelfstigma zich eerder afspeelde bij deze groep.

Krachten en beperkingen van het onderzoek

De niet-experimentele setting, het longitudinale opzet van deze studie en voldoende power door de grootte van de geïncludeerde steekproef zijn de sterke punten van dit onderzoek, die het mogelijk maken de resultaten te generaliseren naar de klinische praktijk.

Een beperking van deze studie is dat de kwaliteit van de therapeutische relatie alleen

was gebaseerd op de waardering van de patiënt. Uit onderzoek blijkt dat wat er zich binnen de relatie tussen therapeut en patiënt afspeelt een belangrijke invloed heeft op het behandelresultaat (Uckelstam, Holmqvist, Philips, & Falkenström, 2020). Het zou zinvol zijn om ook de waardering van de therapeuten mee te nemen in de analyse om een vollediger beeld te verkrijgen.

Aanbevelingen verder onderzoek

Het verband tussen therapeutische relatie en zelfstigma kan van belang zijn, maar lijkt geen belangrijke rol te spelen bij mensen met een psychotische aandoening die reeds langdurig ziek zijn en een stabiel, mild klachtenpatroon hebben. Het is wel van belang om dit te onderzoeken bij mensen in de vroege fase van een psychotische aandoening waarbij ze de therapeutische relatie nog moeten opbouwen. Zoals beschreven in het onderzoek van Grover et al. (2017), ervaren mensen in de vroege fase van een psychotische aandoening vaak een hoge mate van zelfstigma. Een aanbeveling is daarom om middels een prospectief onderzoek het verband tussen de therapeutische relatie en zelfstigma te monitoren in deze beginfase van de behandeling. Zo kan onderzocht worden of veranderingen in de therapeutische relatie inderdaad voorspellend zijn voor veranderingen in zelfstigma, of dat er sprake is van een circulair verband waarbij ze elkaar versterken. Verbetering van de therapeutische relatie in deze vroege fase van behandeling kan mogelijk bijdragen aan het verminderen van zelfstigma en daarmee voorkomen van chroniciteit.

Conclusie

Deze studie vond geen significant verband tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en de afname van zelfstigma bij mensen met een psychotische aandoening met een lange ziekteduur en een mild, stabiel klachtenpatroon. De bevindingen van de huidige studie is niet in lijn met de bevindingen van Deres et al. (2020), verschillen in onderzoeksopzet en kenmerken van de onderzochte populatie speelden mogelijk een rol in de resultaten.

Referenties

- Akouri-Shan, L., DeLuca, J. S., Pitts, S. C., Jay, S. Y., Redman, S. L., Petti, E., et al. (2022). Internalized stigma mediates the relation between psychosis-risk symptoms and subjective quality of life in a help-seeking sample. *Schizophrenia Research*, 241, 298-305.
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163-179.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252.
- Borge, L., Martinsen, E. W., Ruud, T., Watne, Ø, & Friis, S. (1999). Quality of life, loneliness, and social contact among long-term psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 50(1), 81-84.

- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., & GAMIAN-Europe Study Group. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 european countries: The GAMIAN-europe study. *Schizophrenia Research*, 122(1-3), 232-238.
- Caqueo-Uriázar, A., Ponce-Correa, F., Urzúa, A., Irrarrázaval, M., Fond, G., & Boyer, L. (2022). Predictors of internalized stigma in patients with schizophrenia in northern chile: A longitudinal study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(11), 2269. doi: 10.3390/healthcare10112269.
- Castelein, S., Timmerman, M. E., PHAMOUS investigators, 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: The Journal of Mental Science*, 219(1), 401-408.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16.
- Deres, A. T., Bürkner, P. C., Klauke, B., & Buhlmann, U. (2020). The role of stigma during the course of inpatient psychotherapeutic treatment in a german sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(2), 239-248.
- Eliasson, E. T., McNamee, L., Swanson, L., Lawrie, S. M., & Schwannauer, M. (2021). Unpacking stigma: Meta-analyses of correlates and moderators of personal stigma in psychosis. *Clinical Psychology Review*, 89, 102077.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. (2009). Statistical power analyses using G* power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 316-340.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10-17.
- Goldsmith, L. P., Lewis, S., Dunn, G., & Bentall, R. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: An instrumental variable analysis. *Psychological Medicine*, 45(11), 2365-2373.
- Gronholm, P. C., Thornicroft, G., Laurens, K. R., & Evans-Lacko, S. (2017). Mental health-related stigma and pathways to care for people at risk of psychotic disorders or experiencing first-episode psychosis: A systematic review. *Psychological Medicine*, 47(11), 1867-1879.
- Grover, S., Avasthi, A., Singh, A., Dan, A., Neogi, R., Kaur, D., et al. (2017). Stigma experienced by patients with severe mental disorders: A nationwide multicentric study from india. *Psychiatry Research*, 257, 550-558.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223.
- Ihalaainen, N., Löyttyniemi, E., & Välimäki, M. (2022). Self-stigma among clients of outpatient psychiatric clinics: A cross-sectional survey. *PloS One*, 17(7), e0269465.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.

- Kendra, M. S., Mohr, J. J., & Pollard, J. W. (2014). The stigma of having psychological problems: Relations with engagement, working alliance, and depression in psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 51(4), 563-573.
- Komatsu, H., Ono, T., Onoguchi, G., Tomita, H., & Kakuto, Y. (2021). Mediating effects of self-stigma and depression on the association between autistic symptoms and recovery in patients with schizophrenia-spectrum disorders: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1-10.
- Kondrat, D. C. (2012). Do treatment processes matter more than stigma? the relative impacts of working alliance, provider effects, and self-stigma on consumers' perceived quality of life. *Best Practices in Mental Health*, 8(1), 85-103.
- Krajewski, C., Burazeri, G., & Brand, H. (2013). Self-stigma, perceived discrimination and empowerment among people with a mental illness in six countries: Pan european stigma study. *Psychiatry Research*, 210(3), 1136-1146.
- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Elkin, I., Simmens, S., Moyer, J., Watkins, J., et al. (2006). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Focus*, 64(2), 532-277.
- Kvrjic, S., Cavelti, M., Beck, E., Rüsch, N., & Vauth, R. (2013). Therapeutic alliance in schizophrenia: The role of recovery orientation, self-stigma, and insight. *Psychiatry Research*, 209(1), 15-20.
- Leucht, S., Kane, J. M., Kissling, W., Hamann, J., Etschel, E., & Engel, R. R. (2005). What does the PANSS mean? *Schizophrenia Research*, 79(2), 231-238. doi:<https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.04.008>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 363-385.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- Pescosolido, B. A., Halpern-Manners, A., Luo, L., & Perry, B. (2021). Trends in public stigma of mental illness in the US, 1996-2018. *JAMA Network Open*, 4(12), e2140202.
- Pescosolido, B. A., Medina, T. R., Martin, J. K., & Long, J. S. (2013). The "backbone" of stigma: Identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. *American Journal of Public Health*, 103(5), 853-860.
- Pescosolido, B. A., Manago, B., & Monahan, J. (2019). Evolving public views on the likelihood of violence from people with mental illness: Stigma and its consequences. *Health Affairs*, 38(10), 1735-1743.
- Peuskens, J. (2006). Remissie bij schizofrenie: Standaardisatie van de resultaten van de behandeling. (patient care, 2, 1-11.)
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121(1), 31-49.
- Shattock, L., Berry, K., Degnan, A., & Edge, D. (2018). Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1), e60-e85.
- Stinckens, N., Ulburghs, A., & Claes, L. (2009). De werkalliantie als sleutelement in het therapiegebeuren. *Meting Met Behulp Van De WAV-12, De Nederlandstalige Verkorte Versie Van De Working Alliance Inventory*. *Tijdschr Klin Psychol*, 39, 44-60.

- Ten Have, M., van Weeghel, J., van Dorsselaer, S., Tuithof, M., & de Graaf, R. (2015). The attitude of the general public towards (discharged) psychiatric patients: Results from NEMESIS-2. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 57(11), 785-794.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M., & INDIGO Study Group. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408-415.
- Uckelstam, C. J., Holmqvist, R., Philips, B., & Falkenström, F. (2020). A relational perspective on the association between working alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 30(1), 13-22.
- Valery, K., & Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry Research*, 290, 113068.
- Van den Oord, Edwin J C G, Rujescu, D., Robles, J. R., Giegling, I., Birrell, C., Bukszár, J., et al. (2006). Factor structure and external validity of the PANSS revisited. *Schizophrenia Research*, 82(2), 213-223. doi:<https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.09.002>
- Vertommen, H., & Vervaeke, G. (1990). Werkalliantievragenlijst (wav). *Vertaling Voor Experimenteel Gebruik Van De WAI (Horvart & Greenberg, 1986). Departement Psychologie KU Leuven*,
- Wade, N. G., Post, B. C., Cornish, M. A., Vogel, D. L., & Tucker, J. R. (2011). Predictors of the change in self-stigma following a single session of group counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 58(2), 170-182.
- Yanos, P. T. (2018). *Written-off: Mental health stigma and the loss of human potential* Cambridge University Press.
- Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2010). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *13*(2), 73-93.

De fundamenten van de werkalliantie in (F)ACT teams

M. van Haaren, S. de Jong en D. P. K. Roeg*

Samenvatting

Achtergrond

Doel van deze studie is het identificeren en definiëren van de fundamentele componenten van de werkalliantie in multidisciplinaire (Flexible) Assertive Community Treatment ((F)ACT) teams met gedeelde caseloads, ter ondersteuning van hun dagelijkse praktijk en verder onderzoek.

Methoden

Na bestudering van de literatuur is concept mapping met professionals en cliënten gebruikt om de werkalliantie in (F)ACT-teams te definiëren. De resulterende concept maps hebben de basis gevormd voor het beoordelingsinstrument voor de werkalliantie, dat bij professionals en cliënten is getest door middel van cognitieve interviews met een hardop-denken procedure.

Resultaten

Het onderzoek heeft geleid tot de ontwikkeling van een beoordelingsinstrument van vijftientig items om de WerkAllianties in Multidisciplinaire teams (WAM) te evalueren, dat bestaat uit drie subschalen: band, taak/doel en team. Er zijn twee verschillende versies ontwikkeld, één voor cliënten en één voor professionals.

Conclusies

Het instrument WAM is ontwikkeld om de kwaliteit van de werkalliantie in (F)ACT-teams te bepalen. Toekomstig onderzoek zal zich richten op het testen van de psychometrische eigenschappen en de voorspellende waarde ervan.
Trefwoorden: Werkalliantie, Assertive community treatment, Gedeelde caseload, Multidisciplinair team, Beoordelingsinstrument

Trefwoorden

Werkalliantie, Assertive community treatment, Gedeelde caseload, Multidisciplinair team, Beoordelingsinstrument

*Correspondentie: d.p.k.roeg@tilburguniversity.edu

Tilburg University, Tilburg, Nederland/Tranzo & Kwintes begeleid wonen, Zeist, Nederland.

De volledige lijst met auteursinformatie is beschikbaar aan het einde van dit nummer.

Inleiding

De laatste jaren is de zorg voor cliënten met ernstige psychische aandoeningen (EPA) steeds meer verschoven van institutionele zorg naar ambulante zorg in de gemeenschap. Er zijn verschillende interventies ontwikkeld om de zorg voor cliënten met EPA in de gemeenschap vorm te geven, waaronder Assertive Community Treatment (ACT) en Flexible Assertive Community Treatment^[1, 2] (FACT). Flexible Assertive Community Treatment is een variant van Assertive Community Treatment en is het dominante model voor de geestelijke gezondheidszorg voor cliënten met EPA in Nederland. Terwijl ACT zich richt op cliënten met EPA en acute behoeften door middel van een intensieve aanpak met gedeelde caseloads, integreert FACT aspecten van de ACT-aanpak met individueel casemanagement en huisbezoeken voor cliënten die momenteel stabiel zijn. FACT is met name ontwikkeld omdat er geen effectief behandelmodel bestond voor deze groep cliënten met EPA. Terwijl ACT-teams cliënten met EPA bedienen die zich in een crisis bevinden of de grootste zorgbehoeften hebben, bedienen FACT-teams een meer diverse populatie met variabele zorgbehoeften; daarom bieden zij meer continuïteit van zorg en zorgen zij voor unieke samenwerkingsverbanden tussen zorgverleners en cliënten^[3]. Er zijn modelgetrouwheidsschalen beschikbaar voor zowel ACT- als FACT-teams^[2]. Meta-analyses hebben aangetoond dat dit soort community-based behandelprogramma's effectief zijn in het bevorderen van symptomatische remissie bij daklozen met EPA en het verbeteren van het psychosociaal functioneren^[4-8]. Ondanks decennia van onderzoek naar de werkaliantie is onbekend hoe het werken in multidisciplinaire teams met gedeelde caseloads de werkaliantie en de resultaten van de zorg beïnvloedt.

Onderzoek naar de werkaliantie

Het is algemeen bekend dat de relatie tussen cliënt en therapeut samenhangt met de effectiviteit van behandelingen en interventies. Meta-analyses laten een consistente relatie zien tussen de kwaliteit van de werkaliantie en het effect van psychotherapie op de ernst van de symptomen^[9-18]. Er bestaat geen consensus over de definitie van 'werkaliantie'; echter, de meeste onderzoekers gebruiken de transdiagnostische definitie van de alliantie van Bordin^[19, 20]. Bordin formuleerde de werkaliantie als de mate waarin in de therapeutische relatie doelgericht wordt samengewerkt. Uit zijn theorie zijn drie domeinen afgeleid die gemeten kunnen worden met de Working Alliance Inventory^[21]. Deze domeinen zijn: de band tussen therapeut en cliënt, de doelen voor de therapie en de taken die therapeut en cliënt afspreken om de doelen te bereiken.

Voor cliënten met EPA is een sterke werkaliantie met hun casemanager of individuele zorgverlener in verband gebracht met diverse positieve resultaten, waaronder een grotere therapietrouw, afname van de ernst van de symptomen, een beter algemeen functioneren, een hogere levenskwaliteit en vermindering van probleemgedrag^[22-26].

Werkalliantie in het ACT/FACT-paradigma

De primaire functie van community-based behandelprogramma's zoals ACT en FACT is dat ambulante zorg geboden wordt door een multidisciplinair team dat de caseload deelt. Bij multidisciplinaire zorg wordt de werkalliantie complexer en zijn er verschillende soorten relaties. De effecten van deze verschillen ten opzichte van de traditionele therapeut-cliënt relatie zijn door verschillende auteurs onderzocht. Ten eerste stellen cliënten dat de relatie tussen cliënt en team in (F)ACT teams de vorm kan aannemen van een meer primaire relatie en integreert deze relatie informele en formele rollen^[27]. Voorbeelden van informele rollen zijn onder meer de rol van vertrouwenspersoon, kennis of sociaal contact, voorbeelden van formele rollen zijn die van psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker of verpleegkundige. Ten tweede is de ervaring dat zorg in de gemeenschap, zoals (F)ACT, een breder scala aan meer praktische activiteiten inhoudt dan institutionele zorg^[28]. Ten derde blijkt uit de toepassing van het (F)ACT model dat er meer onenigheid en conflict kan zijn in de therapeutische relatie, omdat het team zowel sociale controlefuncties vervult, zoals het in beeld houden van patiënten die niet meewerken of patiënten die zorg mijden om de maatschappelijke veiligheid te waarborgen, als therapeutische en ondersteunende functies^[29]. Tenslotte waarderen professionals het dat ze de emotionele en praktische last van de behandeling van cliënten met EPA kunnen delen met andere zorgverleners^[30]. Met betrekking tot het samenwerken in multidisciplinaire teams hebben verschillende studies aangetoond dat de werkalliantie (zoals gemeten met traditionele beoordelingsinstrumenten) weinig tot geen effect heeft op het resultaat van de behandeling^[31-36]. Bovenstaande, beperkte, resultaten zijn niet gerepliceerd en er zijn geen meta-analyses uitgevoerd. Het is onduidelijk waarom de bevindingen van studies naar de werkalliantie tussen cliënten en individuele (psycho)therapeuten zich niet lijken uit te strekken naar cliënten en multidisciplinaire teams. Sommige auteurs veronderstellen dat dit te wijten is aan de instrumenten die gebruikt zijn om de werkalliantie te beoordelen. Op basis van deze hypothese besloten Klinkenberg e.a. de manier waarop zij de werkalliantie tussen cliënten met EPA en een casemanager evalueerden aan te vullen door items toe te voegen aan de veelgebruikte Working Alliance Inventory^[35, 36], zoals het aantal contacten met de casemanager en verschillende cliëntvariabelen. Zij vonden echter nog steeds geen relatie tussen de sterkte van de werkalliantie en behandeluitkomsten.

Een uitdaging bij het meten van de invloed van gedeelde caseloads op de werkalliantie is het ontbreken van een meetinstrument dat specifiek is toegesneden op gebruik in multidisciplinaire teams met gedeelde caseloads. In de huidige studie wilden we daarom de belangrijkste componenten van de werkalliantie in multidisciplinaire teams met gedeelde caseloads identificeren en verfijnen, om zo een meetinstrument te ontwikkelen voor gebruik in de dagelijkse praktijk en onderzoek.

Methoden

De ontwikkeling van het meetinstrument is opgesplitst in vier fasen: literatuuronderzoek, concept mapping, opstellen van het meetinstrument, en pilot

testing en afronding van het instrument. Ethische goedkeuring werd verleend door de Wetenschapscommisise van GGzE (registratienummer IMBB/2017022). De concept map sessies en de pilottesten zijn uitgevoerd in het Nederlands. De concept maps en het instrument zijn door de auteurs in het Engels vertaald voor publicatie.

Fase 1: literatuuronderzoek

De literatuur is uitgebreid onderzocht op instrumenten om de werkalliantie te beoordelen en op studies naar de relatie tussen werkalliantie en behandelresultaten voor (F)ACT-cliënten met EPA. De zoektermen waren als volgt: ‘working alliance’, ‘working relationship’, ‘therapeutic alliance’, ‘therapeutic relation’, ‘helping alliance’, ‘alliance’ EN ‘instrument’, ‘questionnaire’ EN ‘case management’, ‘assertive case management’, ‘flexible assertive case management’, ‘community mental health care’, ‘severe mental illness’ EN ‘(treatment) outcome’, en ‘recovery’. Artikelen die door de geïdentificeerde studies werden geciteerd, werden ook beoordeeld voor opname in deze studie. Het onderwerp, de doelgroep en de analysemethode van elke studie werden geregistreerd om gemeenschappelijke thema's te identificeren.

Fase 2: concept mapping

Er zijn twee concept mapping sessies georganiseerd om de belangrijkste componenten van de werkalliantie tussen cliënten en (F)ACT-teams in kaart te brengen. Concept mapping is een gemengde kwalitatief-kwantitatieve participatieve aanpak die resulteert in een grafische weergave van de concepten, de manier waarop deze concepten zijn georganiseerd en hun relatieve belang ^[37]. Concept mapping is eerder gebruikt in FACT-onderzoek om kwaliteitsindicatoren te meten ^[38, 39]. Beide sessies werden geleid door de eerste auteur en de scenario's voor de sessies zijn geschreven door de eerste auteur met feedback van de derde auteur.

De eerste concept mapping sessie is uitgevoerd met teamleden van (F)ACT teams van GGzE (een grote instelling voor geestelijke gezondheidszorg in Eindhoven en omliggende steden, een regio in het zuiden van Nederland) en andere Nederlandse deskundigen op dit gebied.

De tweede sessie is gehouden met cliënten en ex-cliënten van (F)ACT-teams en ervaringsdeskundig werkers die zorg ontvangen (hebben) van één van de teams in de regio Eindhoven. GGzE heeft acht FACT-teams die regelmatig worden gecontroleerd door een certificeringscommissie (CCAF) en één ACT-team. Elk FACT-team heeft een caseload van ongeveer 200 cliënten met EPA. In totaal worden jaarlijks ongeveer 12.000 cliënten door GGzE behandeld.

Er zijn flyers en informatiebrieven gemaakt en verspreid onder de teams om deelnemers te werven. De zorgprofessionals verstrekten informatiebrieven aan cliënten; geïnteresseerde cliënten zijn door de onderzoekers benaderd met nadere informatie. Hierna konden cliënten al dan niet instemmen met deelname. Professionals zijn hiernaast geïnformeerd over het onderzoek via mondelinge presentaties in teamvergaderingen door de eerste auteur. Experts in het veld zijn per e-mail benaderd. Informatie over het onderzoek is ook verstrekt aan een cliëntencoördinatiecentrum binnen GGzE dat bezocht wordt door cliënten, ex-cliënten en ervaringsdeskundig werkers. Ten slotte is informatie geplaatst op een website die onderzoek binnen GGzE promoot (www.ggzei.nl). Twee deskundigen uit het werkveld en 13 GGzE professionals hebben deelgenomen aan de eerste

concept mapping sessie. Vijf cliënten, één cliënt in opleiding tot ervaringsdeskundig werker en één ex-client hebben deelgenomen aan de tweede concept mapping sessie. Een gerichte steekproefprocedure is gebruikt om maximale variatie in de antwoorden te genereren. Beide groepen zijn divers wat betreft geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en jaren ervaring met multidisciplinaire ambulante teams met gedeelde caseloads (tabel 1). In de tweede concept mapping sessie, met cliënten en ervaringsdeskundig werkers, is getracht gevoelens van druk of dwang te voorkomen door te benadrukken dat de onderzoekers onafhankelijk zijn van de (F)ACT-teams waar de deelnemers zorg ontvangen (hebben) en dat alle antwoorden vertrouwelijk worden behandeld.)

Tabel 1

Professionals (N = 15)

Gender	8 females, 7 males
Age, mean (range)	45.2 years (34–59 years)
Profession	Psychiatrist (1) Clinical psychologist/ psychotherapist (2) Mental health care psychologist (2) Case manager (4) Social psychiatric nurse (3), in training (1) Director of FACT certification board in the Netherlands (1) Professor specialized in community care (1)
Mean number of years of experience working in (F) ACT teams (range)	8.4 years (1–26 years)
Clients and former clients (N = 7)	
Gender	4 males, 3 females
Age, mean (range)	41.4 years (26–56 years)
Level of education	3 secondary vocational education, 2 BSc, 1 MSc, 1 primary education
Living situation	7 independent living
Employment status	3 paid work, 3 no work or daily occupation services*, 1 daily occupation services
Mean number of years receiving care from (F) ACT teams (range)	3.2 years (1–8.5 years)

* Daily occupation services include volunteer work, spending time in an activity centre, and informal care

Aan het begin van elke sessie hebben alle deelnemers toestemmingsformulieren ingevuld in het kader van informed consent en hebben ze persoonlijke demografische informatie verstrekt. De sessies zijn uitgevoerd volgens een uitgeschreven scenario, gebaseerd op literatuur over concept mapping [37, 40-42]. Het doel van de studie is uitgelegd, waarna het genereren van stellingen is begonnen. Alle deelnemers hebben een blad papier gekregen met aan de ene kant de agenda van de dag en aan de andere kant de focus van de bijeenkomst en de definitie van een werkalliantie. De focus van de bijeenkomst en de definitie van een werkalliantie zijn ook op een whiteboard opgeschreven en in het zicht van alle deelnemers geplaatst. De definitie van een werkalliantie is zo ruim mogelijk geformuleerd om de invloed van de onderzoekers te minimaliseren. Concreet is een werkalliantie gedefinieerd als 'de relatie tussen een professional/het behandelteam en de cliënt aan wie zorg verleend wordt door deze professional/dat team'. De focus van de concept map sessie is als volgt geformuleerd: 'het volgende onderdeel is van belang in de werkrelatie tussen cliënten en het (F)ACT team waarbij meerdere disciplines en medewerkers betrokken zijn bij een cliënt en de medewerkers ook bij de cliënt thuiskomen'. Tijdens het brainstormen is de deelnemers gevraagd om buiten het kader te denken en na te denken over alle mogelijke elementen van de zorg, inclusief relaties en behandelingen, die mogelijk van invloed kunnen zijn op de werkalliantie. Na een uur is de deelnemers gevraagd om de in de brainstorm verzamelde uitspraken over de werkalliantie te sorteren in categorieën en ze te beoordelen op hun belang voor het concept werkalliantie met behulp van een vijfpunts-Likertschaal, variërend van 'niet erg belangrijk' tot 'erg belangrijk'. Deelnemers hebben de uitspraken individueel gesorteerd en beoordeeld. Ariadne is gebruikt om de gegevens te analyseren [43]; eerst is voor elke deelnemer een binaire symmetrische similariteitsmatrix berekend. Vervolgens heeft de software de overeenkomst tussen twee uitspraken op dezelfde stapel berekend om een geaggregeerde groepsmatrix te maken. Een hoge waarde in de groepsmatrix geeft aan dat veel deelnemers die specifieke uitspraken veelal samen gegroepeerd hebben en impliceert dat de uitspraken op de een of andere manier conceptueel vergelijkbaar zijn. De geaggregeerde similariteitsmatrix is gebruikt als input voor een principale componentenanalyse die de correlaties tussen uitspraken vertaald heeft in coördinaten in een multidimensionale ruimte. Vervolgens is clusteranalyse gebruikt met de coördinaten om de uitspraken verder te classificeren en soortgelijke uitspraken te groeperen in clusters [41, 42]. Tijdens de laatste fase van de concept mapping sessie zijn de deelnemers betrokken bij de interpretatie van de concept maps in een gestructureerde groepsdiscussie. Elke concept mapping-sessie heeft ongeveer 4 uur geduurd. Professionals hebben de sessie geregistreerd als werktijd en alle reiskosten zijn voor beide groepen vergoed. Alle deelnemers hebben na de sessie een doos bonbons ontvangen.

Fase 3: ontwikkeling van het meetinstrument

De twee concept maps hebben de basis gevormd voor de constructie van het meetinstrument. De eerste stap in het ontwerp van het instrument is identificatie van overkoepelende domeinen die beide concept maps gemeen hebben en integratie van de concepten. De interpretatie van de deelnemers is gebruikt als leidraad voor deze stap en verder uitgewerkt door de onderzoekers.

De tweede stap is het zoeken naar specifieke uitspraken binnen de geïdentificeerde domeinen die zowel door cliënten als professionals als het meest belangrijk

beschouwd worden. Daartoe is een overzicht van de domeinen met de onderliggende concepten uit elk van de concept maps en de bijbehorende uitspraken samengesteld; de uitspraken zijn vervolgens gecategoriseerd naar hun prioriteitsscore. Bij het genereren van items voor het instrument is onderscheid gemaakt tussen uitspraken uit de concept map sessies met prioriteitsscores van 3,5 tot 4, 4 tot 4,5 en 4,5 tot 5.

Alle uitspraken met een score van 4,5 of hoger zijn opgenomen in de voorlopige itemlijst. De uitspraken zijn herschreven tot items voor het instrument.

De derde stap is de constructie van het instrument. Als antwoordschalen is voor Visueel Analoge Schalen (VAS) gekozen, variërend van 'helemaal niet akkoord' tot 'helemaal akkoord' en van 'zeer onbelangrijk' tot 'zeer belangrijk'. VAS-schalen zijn gebruikt vanwege hun relatieve gebruiksgemak en hun gevoeligheid voor kleine scoreverschillen^[44-46]. De deelnemers is gevraagd bij ieder item de mate van overeenstemming te beoordelen, evenals hun perceptie van het belang van ieder item.

Alle gegenereerde items zijn tweemaal geformuleerd, eenmaal voor de cliëntenversie en eenmaal voor de versie voor professionals. Een inleiding op het instrument en een open vraag die de deelnemer vraagt of belangrijke details van de werkalliantie gemist worden in het instrument, zijn eveneens toegevoegd. De items zijn gerandomiseerd om te voorkomen dat items uit hetzelfde domein achter elkaar worden gescoord en daarmee beïnvloeding van de scores door priming of vooroordelen te voorkomen.

In de laatste stap is het instrument beoordeeld door de tweede en derde auteur en een geregistreerd verpleegkundige die niet bij deze studie betrokken is.

Fase 4: pilot testen en cognitieve interviews

De cliënten en professionals die deelgenomen hebben aan de concept mapping sessies en cliënten die zich hadden aangemeld voor de concept mapping sessies maar niet konden komen, zijn via e-mail benaderd en uitgenodigd om deel te nemen aan het testen van het instrument. Zes professionals hebben zowel de concept mapping sessie als de pilottest bijgewoond. Vijf cliënten hebben deelgenomen aan de pilottest, waaronder twee ex-clieënten die niet deelgenomen hadden aan de concept mapping sessies. Onder de deelnemers zijn twee cadeaubonnen (€10) verloot (één in elke groep). De deelnemers verschillen van elkaar qua geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en jaren ervaring in/met (F)ACT-teams (tabel 2).

De deelnemers zijn geïnterviewd door de eerste auteur volgens een hardop-denken procedure waarbij hen is gevraagd al hun gedachten te verwoorden terwijl ze het instrument lezen en de items beantwoorden. Voordeel van cognitieve interviews met een hardop-denken procedure ten opzichte van andere vormen van itemtoetsing, zoals herbeoordeling door deskundigen en coderingen van antwoordgedrag, is dat problemen met vragen items opgespoord kunnen worden. Ook biedt cognitief interviewen de mogelijkheid om het vermogen van de deelnemers om de items te begrijpen, terug te halen te beoordelen en te beantwoorden, expliciet te beoordelen. Ook is deze methode bijzonder nuttig bij het beoordelen van dubbelzinnigheden die zich voordoen tijdens het cognitieve proces van het beantwoorden van een item^[47, 48]. Een deel van de instructie aan de deelnemers is als volgt: 'Ik wil u vragen de vragenlijst goed door te lezen en uw gedachten hardop uit te spreken. Ik wil niet zozeer weten wat uw antwoord op de vragen is, maar ik wil vooral begrijpen hoe u bij uw antwoord komt en welke problemen en tegenstrijdigheden u tegenkomt

in uw denkproces. [...] Ik wil graag weten wat er in u omgaat als u de vragenlijst leest en welke denkprocessen daarin een rol spelen. Het is misschien onnatuurlijk voor u om uw gedachten hardop uit te spreken, maar het gaat niet om een test van uw vaardigheden, maar om een test van de vragenlijst. U mag de vragenlijst dan ook hardop bekritisieren, ik wil graag weten of er wat u betreft iets mis is met de vragen en zo ja, wat dan. Er zijn geen goede of foute antwoorden mogelijk.’

Na de instructies zijn de interviews begonnen met een kleine oefening waarin de deelnemers is gevraagd hun huis te visualiseren en aan de interviewer te vertellen wat zij zien. De deelnemers zijn ondervraagd over verschillende onderdelen van het instrument, waaronder de inleiding, de afzonderlijke items, het scoren van de items en het gebruik van de VAS-schaal. Alle interviews zijn opgenomen en de eerste auteur heeft aanvullende aantekeningen gemaakt. De opnames zijn getranscribeerd en geanalyseerd door de eerste en derde auteur om algemene strategieën voor het beantwoorden van de items en moeilijkheden met bepaalde items aan het licht te brengen. Alle feedback uit de interviews is voor elk item samengevat en de items zijn vervolgens in overleg met de derde auteur aangepast naar aanleiding van de feedback.

Tabel 2

Professionals (N = 6)

Gender	4 females, 2 males
Age, mean (range)	42.5 years (38–49 years)
Profession	Clinical psychologist/ psychotherapist (2) Mental health care psychologist (1) Casemanager (1) Social psychiatric nurse (2)
Mean number of years of experience working in (F) ACT teams (range)	6.8 years (3–10 years)
Clients and former clients (N = 5)	
Gender	3 males, 2 females
Age, mean (range)	43.4 years (34–56 years)
Level of education	4 secondary vocational education, 1 BSc
Living situation	5 independent living
Employment status	2 daily occupation services*, 2 no work or daily occupation services, 1 paid work
Mean number of years receiving care from (F) ACT teams (range)	5.4 years (1.5–11 years)

* Daily occupation services include volunteer work, spending time in an activity centre, and informal care

Resultaten

Fase 1: literatuuronderzoek

Uit het literatuuronderzoek bleek dat de meeste instrumenten voor het beoordelen van werkalianties onderscheid maken tussen het perspectief van de cliënt en dat van de zorgverlener ^[49]. Aangezien de ervaring van de professional met de werkrelatie kan verschillen van die van de cliënt, is het waardevol om twee verschillende versies van het meetinstrument te hebben - één voor professionals en één voor cliënten ^[26, 49, 50].

De hypothese die uit het literatuuronderzoek naar voren kwam was dat cliënten van ambulante, multidisciplinaire teams met gedeelde caseloads bepaalde aspecten van de werkaliantie meer waarderen dan andere aspecten, en dat mensen specifieke aspecten meer of minder kunnen waarderen en dat mensen specifieke aspecten in meer of mindere mate belangrijk kunnen vinden. Het eerste ontwerp van ons instrument ging daarom zowel in op de mate waarin professionals en cliënten het eens waren met de uitspraken als op het belang van deze uitspraken voor het individu.

Fase 2: concept mapping

De figuren 1 en 2 tonen de conceptuele kaarten op basis van de 98 en 61 uitspraken die door respectievelijk professionals/deskundigen en cliënten genoemd zijn in de concept map sessies. De dikte van de lijnen rond de concepten geeft de gemiddelde score van belangrijkheid aan. De concepten zijn vervolgens gerangschikt in afnemende volgorde van belangrijkheid, waarbij 1 het belangrijkste concept aangeeft.

In de concept map van de sessie van de professionals bleek 'de persoon als geheel erkennen' het belangrijkste item te zijn. Het unieke karakter laat zien dat de deelnemers dit item niet aan andere items koppelden; het is dus als één concept opgenomen in de concept map. De concept map van de sessie van de cliënten laat meer diversiteit zien in de items die aan de concepten ten grondslag liggen dan de concept map van de professionals, waardoor het moeilijker is om de concepten in één woord of zin te vatten (Fig. 2). Zowel cliënten als professionals vonden de uitspraken over het humaan behandelen van cliënten erg belangrijk.

In de conceptmap van de sessie van de professionals gaan de concepten op de horizontale as van teamgericht naar meer individueel gericht. De teamgerichte concepten omvatten aspecten van team functioneren zoals team cultuur, flexibiliteit en beschikbaarheid. Sommige van deze concepten zijn nauw verbonden met het principe van gedeelde caseloads dat in (F) ACT-teams wordt gebruikt. De op het individu gebaseerde concepten omvatten zorgverlenersattributen zoals houding, vaardigheden en professionaliteit. De verticale as vertegenwoordigt een continuüm van de zorgverlener als persoon naar de zorgverlener als professional in beide concept maps. De bovenste helft van de concept map geeft dus persoonlijke kenmerken weer, zoals belangstelling tonen voor de cliënt, terwijl de onderste helft professionele aspecten van de zorgverlener weergeeft, zoals professionele vaardigheden.

Zowel cliënten als professionals maakten een expliciet onderscheid tussen de professionele en persoonlijke rol van de zorgverlener. Cliënten maakten echter geen onderscheid tussen zorgteams en individuele zorgverleners zoals de professionals

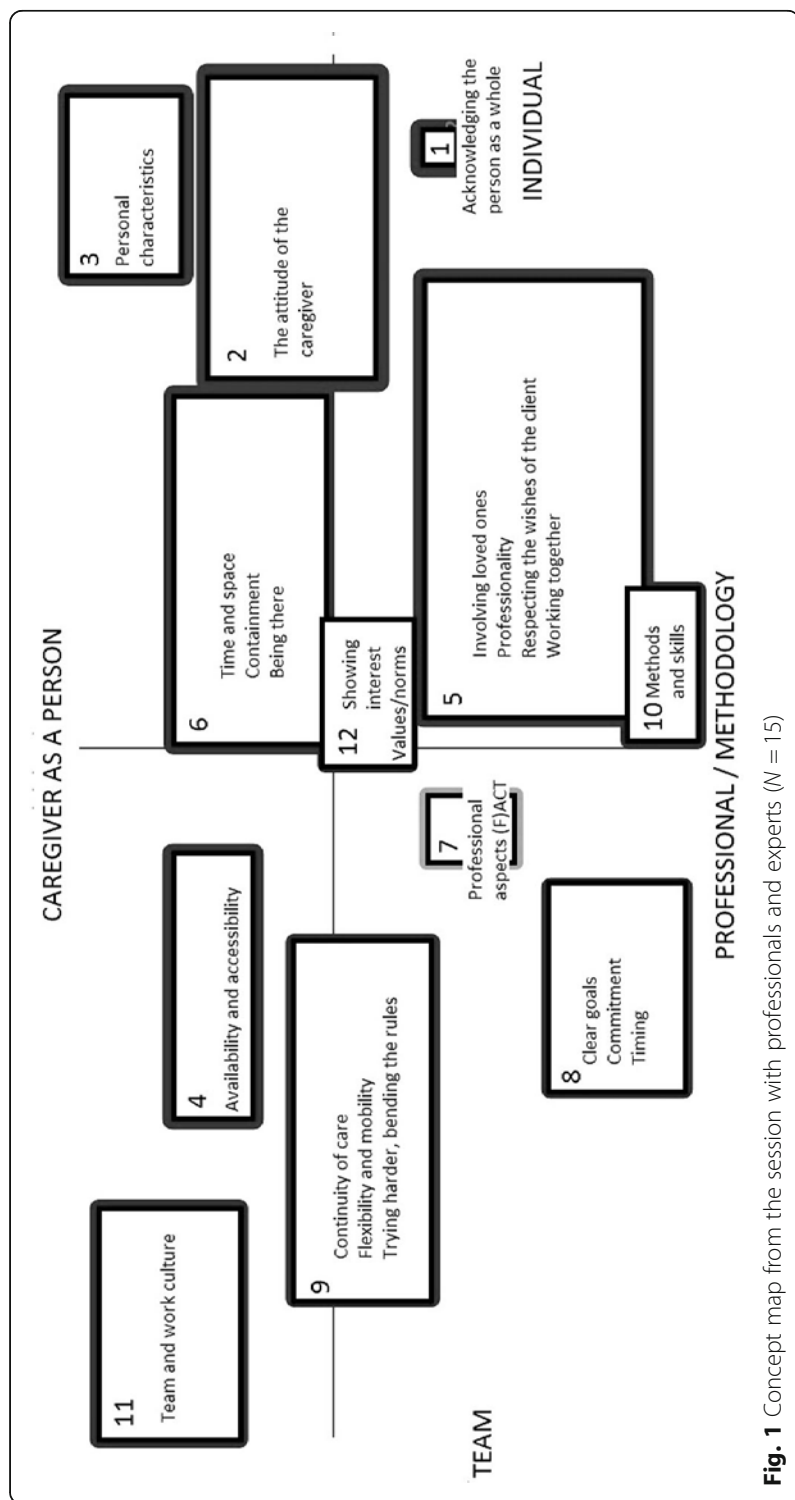


Fig. 1 Concept map from the session with professionals and experts ($N = 15$)

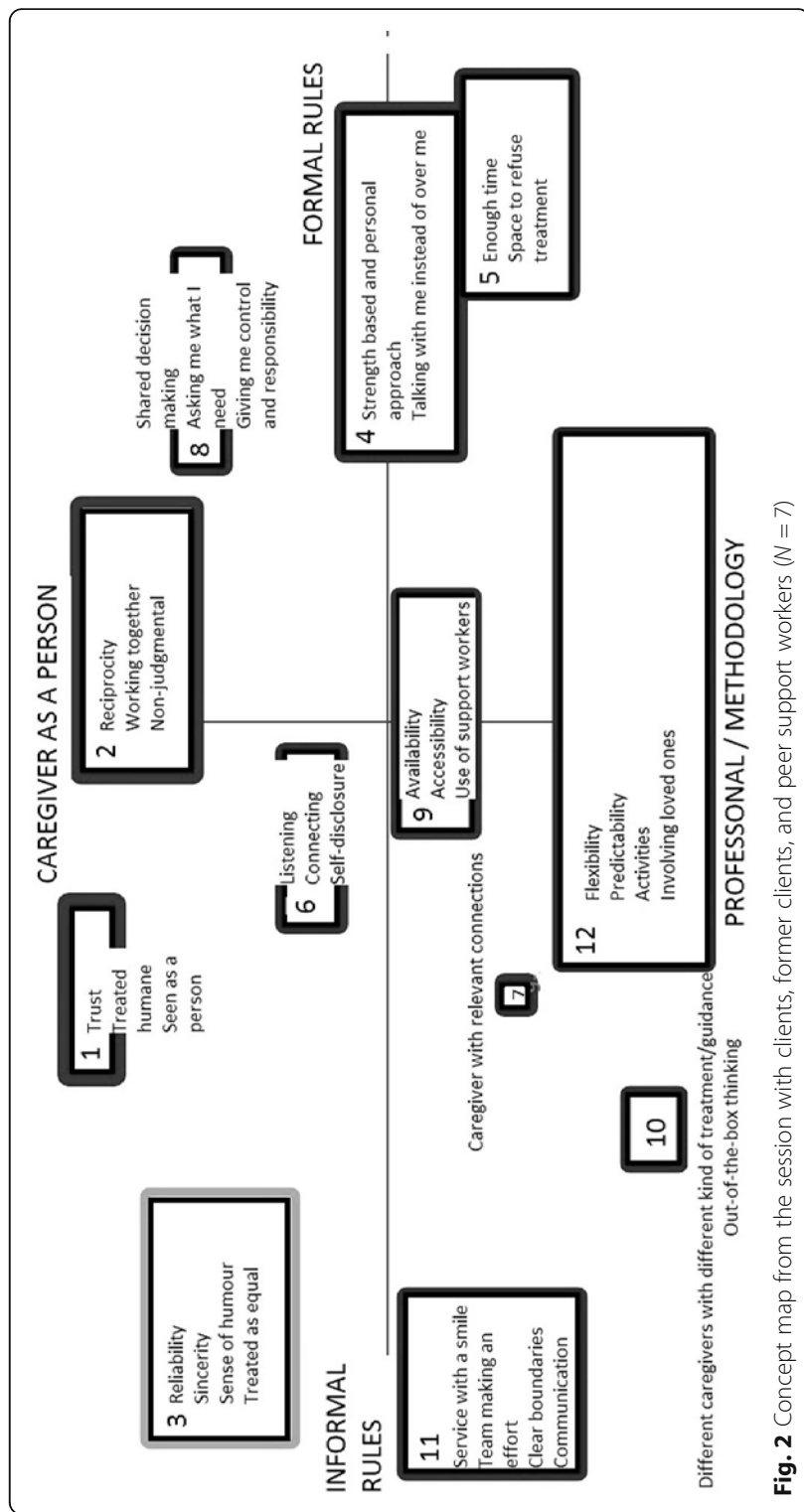


Fig. 2 Concept map from the session with clients, former clients, and peer support workers ($N = 7$)

dat deden; de horizontale as toont een continuüm van meer formele tot meer informele regels (fig. 2). Het formele deel van het continuüm omvat elementen als gedeelde besluitvorming, het betrekken van cliënten bij de behandeling en het delen van verantwoordelijkheid. Omgekeerd omvat het informele deel van het continuüm aspecten van de relatie tussen zorgverlener en cliënt zoals humor en oprechtheid.

Fase 3: ontwikkeling van het beoordelingsinstrument

Het combineren van de clusters van beide concept maps leidde tot de identificatie van verscheidene gemeenschappelijke concepten die in een algemeen conceptmodel werden gegraveerd (Fig. 3). Hoewel 'team' en '(F)ACT' in de concept maps twee afzonderlijke concepten waren, bleek bij nader onderzoek van de onderliggende gegevens dat beide concepten uit relatief weinig uitspraken bestonden. De twee afzonderlijke concepten werden daarom samengevoegd tot één overkoepelend domein ('team/(F)ACT'). Er werden drie grote gemeenschappelijke domeinen geïdentificeerd: 'binding', 'taak/doel' en 'team/(F)ACT'. Aangezien twee van de drie domeinen die overbleven conceptueel overlappen met de WAI, werden zij gelabeld overeenkomstig de WAI-subschaal namen 'binding' en 'taak/doel'. De domeinconcepten 'binding' leidden tot de formulering van negen beoordelingsitems, en de domeinconcepten 'taak/doel' en 'team/(F)ACT' resulteerden elk in acht beoordelingsitems.

Het informeel testen van het beoordelingsinstrument door de tweede en derde auteur en een objectieve geregistreerde verpleegkundige leidde tot kleine aanpassingen in de beoordelingsitems. Deze aanpassingen hadden meestal betrekking op complexe woorden of zinnen die dubbelzinnig of onduidelijk leken. Na aanpassing bestond het eerste ontwerp van het beoordelingsinstrument uit 25 beoordelingsitems.

Fase 4: pilot tests en cognitieve interviews

Naar aanleiding van de piloottest werden verschillende wijzigingen aangebracht in het beoordelingsinstrument. Ten eerste werd de lay-out van de inleiding aangepast, de lettergrootte werd gewijzigd om de visuele aantrekkelijkheid te vergroten, en er werden vetgedrukte letters gebruikt om belangrijke elementen te benadrukken. Ten tweede werden naar aanleiding van de feedback op de beoordelingsitems drie items geschrapt die ambivalente reacties opriepen. De laatste open vraag (d.w.z. of de deelnemer vond dat er belangrijke zaken ontbraken in het instrument) leidde tot de opname van twee nieuwe items. De open vraag werd ook herschreven voor de definitieve versie. In verschillende items werden kleine taalcorrecties aangebracht en in sommige gevallen werden voorbeelden toegevoegd om het item beter te begrijpen. Het uiteindelijke beoordelingsinstrument bevat 25 items, inclusief de open vraag of er in de vragenlijst beoordelingsitems ontbraken voor belangrijke aspecten van de werkaliantie. Het volledige beoordelingsinstrument staat in Extra Bestand 1. De beoordeling van het belang werd uit de definitieve versie van het beoordelingsinstrument verwijderd. Bijna alle deelnemers bleken geneigd de items te beoordelen op hun algemene belang en niet op hun persoonlijke belang. In plaats daarvan werd een aparte vraag aan het instrument toegevoegd waarin de deelnemers wordt gevraagd de vijf items te selecteren die het belangrijkste zijn voor hun werkaliantie met een specifieke verzorger (cliëntenversie) of cliënt (professionele versie).

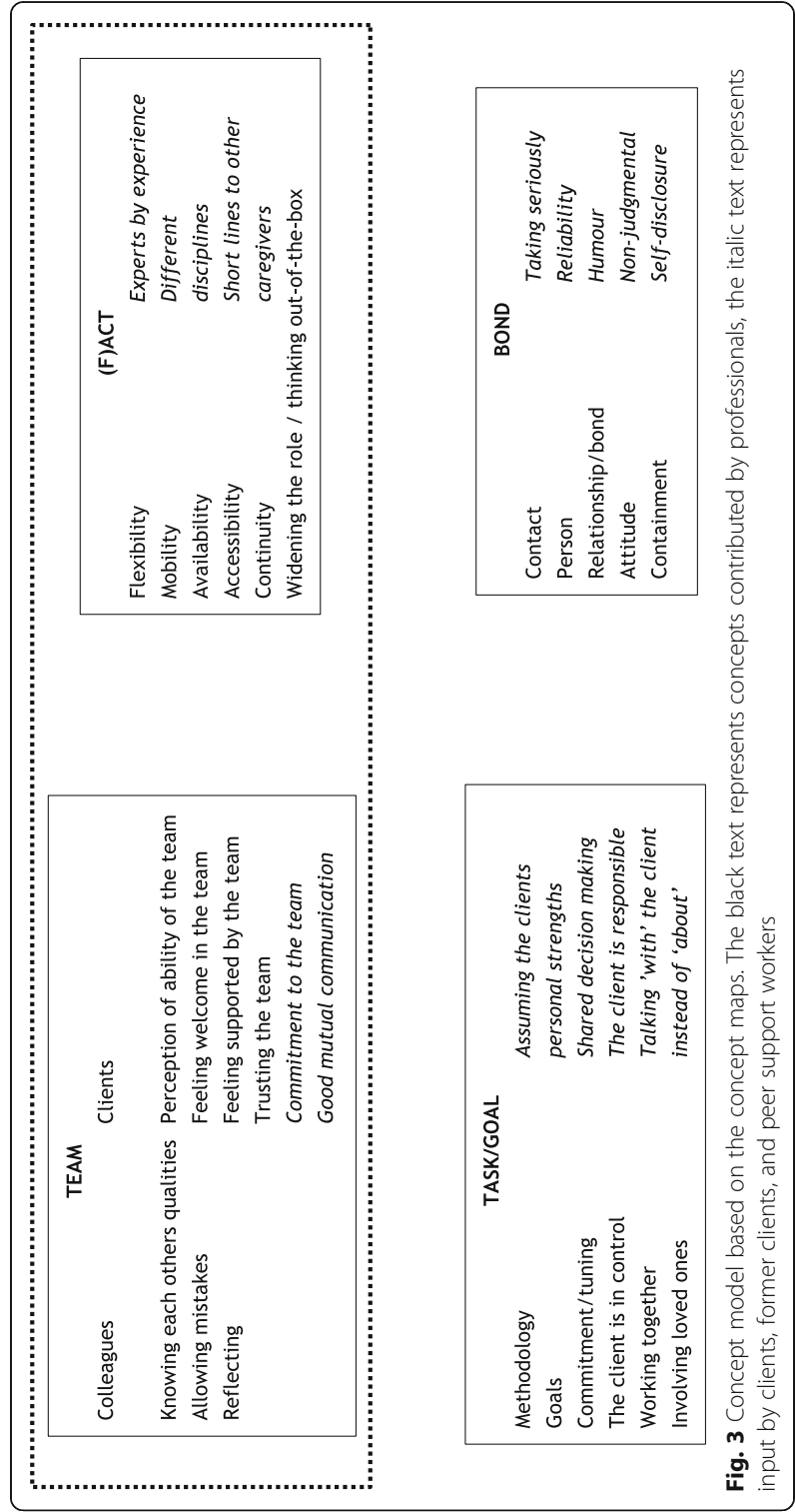


Fig. 3 Concept model based on the concept maps. The black text represents concepts contributed by professionals, the italic text represents input by clients, former clients, and peer support workers

Discussie

Deze studie had tot doel de fundamentele aspecten van de werkaliantie in (F) ACT-teams te identificeren en te definiëren. Concept map sessies werden gebruikt om concepten te genereren voor een beoordelingsinstrument. Dit leidde tot de ontwikkeling en piloottest van een 25-item instrument om de werkaliantie in multidisciplinaire teams (WAM) te beoordelen.

Het in dit werk ontwikkelde beoordelingsinstrument verschilt in verschillende opzichten van bestaande instrumenten. De gouden standaard in werkaliantie-onderzoek is de 'Working Alliance Inventory', die onderscheid maakt tussen doel-, taak- en bindingsdimensies en zich richt op de werkaliantie tussen een cliënt en een individuele zorgverlener ^[21]. Het hier ontwikkelde beoordelingsinstrument meet vergelijkbare dimensies, maar voegt een nieuwe dimensie toe die specifiek betrekking heeft op aspecten van het zorgteam en gedeelde caseloads. Hoewel er een relatief nieuw instrument bestaat voor het meten van de therapeutische relatie in de geestelijke gezondheidszorg, STAR genaamd, houdt het geen rekening met deze teamdimensie ^[51]. In plaats daarvan meten instrumenten die zijn ontworpen om de samenwerking met een team te meten, ofwel de samenwerking met klinische of residentiële zorgverleners ^[52], ofwel een ander concept, zoals gehechtheid ^[53]. Tot nu toe is er geen instrument dat de werkaliantie in multidisciplinaire teams met gedeelde caseloads meet ^[49].

Het hier voorgestelde nieuwe beoordelingsinstrument integreert de verschillende perspectieven van zowel cliënten als professionals. Hoewel beide groepen het eens zijn over het belang van een humane behandeling van cliënten en onderscheid maken tussen de professionele en persoonlijke kenmerken van de zorgverlener, beschouwden professionals in (F) ACT-teams team gebonden factoren expliciet als een afzonderlijk onderdeel van de werkaliantie. Dit is logisch aangezien de toegevoegde waarde van community-based behandeling deels ligt in het feit dat deze teams flexibele en continue zorg kunnen bieden. Professionals die dagelijks in het team functioneren profiteren voortdurend van dit arrangement, terwijl cliënten zich minder bewust zijn van de organisatiestructuur van het team.

Sterke punten

Het in dit werk ontwikkelde beoordelingsinstrument heeft verschillende sterke punten. Ten eerste houdt het instrument rekening met het perspectief van zowel de cliënt als de professional. Verschillende studies hebben aangetoond dat er slechts een lage tot matige correlatie bestaat tussen de werkaliantiescores van cliënten en die van professionals ^[12, 31, 32, 34, 51, 54-58]. In de huidige studie is dus rekening gehouden met beide perspectieven in de constructie van het instrument en ontwikkelde twee versies van het instrument - één voor de cliënt en één voor de professional. Een tweede sterk punt van dit werk is dat het beoordelingsinstrument gebaseerd is op input van concept mapping sessies. Voor de ontwikkeling van het instrument is de bottom-up ontwikkelingsstrategie gekozen om een vernieuwend perspectief op de werkaliantie te waarborgen, specifiek voor cliënten van (F) ACT-teams. Bijna alle studies die gebruik maakten van bestaande instrumenten met kleine

aanpassingen vonden weinig tot geen significante relatie tussen de percepties van de werkaliantie en de resultaten van de community care. Er is dus behoefte aan een nieuwe aanpak voor het beoordelen van de werkaliantie in deze context die niet voortbouwt op bestaande instrumenten. Het feit dat verschillende concepten die veel gebruikt worden in het onderzoek naar werkalianties, met name de band, de taak en de doelen, naar voren kwamen in de concept mapping sessies toont aan dat er een aantal universele aspecten van de werkaliantie zijn; de beoordeling van deze aspecten moet echter worden aangevuld met de beoordeling van team specifieke factoren.

Beperkingen

Ondanks deze sterke punten moet ook rekening worden gehouden met de beperkingen van dit werk. Ten eerste moesten de deelnemers vanwege de privacywetgeving worden geworven via hun verzorgers, wat kan hebben bijgedragen tot selectiebias. We gebruikten echter wel doelgerichte steekproefstrategieën om heterogeniteit te garanderen en wierven via het cliëntencoördinatiecentrum om de variatie in antwoorden te maximaliseren. Aangezien de concept map sessies leidden tot de identificatie van overkoepelende concepten die ook terug te vinden zijn in bestaande instrumenten voor het beoordelen van werkalianties, zoals de Working Alliance Inventory ^[21], is het waarschijnlijk dat een zekere mate van generaliseerbaarheid kan worden verondersteld.

Ten tweede was, zoals in de meeste kwalitatieve studies, de groep van cliëntdeelnemers relatief klein. Het is mogelijk dat deze kleine groep de omvang van de brainstorm heeft beïnvloed en heeft geleid tot de identificatie van minder en beperktere concepten dan in een grotere groep het geval zou zijn geweest. Tijdens de concept mapping sessie met cliënten werd echter opgemerkt dat sommige deelnemers veel mondiger waren dan anderen, wat het moeilijk maakte voor iedereen om vrij zijn mening te geven. Een grotere groep kan dus geleid hebben tot grotere uitdagingen in de concentratie en deelname van de deelnemers. Bovendien kwamen dezelfde algemene thema's herhaaldelijk naar voren tijdens de cognitieve interviews, wat suggereert dat het houden van meer interviews niet noodzakelijkerwijs tot andere resultaten zou hebben geleid. Toekomstige studies zullen de psychometrische eigenschappen van het instrument testen in een grotere onderzoekspopulatie om de kwalitatieve basis van het beoordelingsinstrument te versterken. Ten slotte bleek uit de cognitieve interviews een tendens om items te scoren aan de kant van de VAS-schaal waar men het helemaal mee eens is. Bestaande beoordelingsinstrumenten voor werkalianties vertonen vaak een plafondeffect ^[36, 55, 57], dat gedeeltelijk kan worden ondervangen door een aantal items om te keren. Deze omkering kan het plafondeffect tegengaan, maar maakt de beoordelingsitems ook moeilijker te begrijpen. Gezien de cognitieve beperkingen die cliënten met SMI vaak ondervinden, verdient het gebruik van duidelijke en directe taal de voorkeur ^[59]. Bovendien zijn VAS-schalen beter in staat kleine verschillen in scores te detecteren dan Likert-schalen, wat het plafondeffect in dit beoordelingsinstrument kan minimaliseren ^[44, 46, 60].

Conclusies

Deze studie had tot doel een beoordelingsinstrument voor werkallianties te ontwikkelen dat specifieke kenmerken meet van multidisciplinaire ambulante teams met gedeelde caseload die zorg verlenen aan cliënten met SMI. Concept mapping sessies werden gebruikt om de belangrijkste concepten met betrekking tot werkallianties te genereren en het resulterende instrument werd getest. Dit onderzoek leidde tot de creatie van een 25-item instrument voor het beoordelen van werkallianties in multidisciplinaire teams (WAM). De WAM is het eerste instrument waarin aspecten van binding, taak, doel en team van de werkalliantie in deze context zijn opgenomen en kan worden gebruikt in een grote verscheidenheid aan settings waarin de zorg voor cliënten wordt georganiseerd door multidisciplinaire teams met gedeelde caseloads.

In de praktijk kunnen zorgverleners het instrument gebruiken om hun werkalliantie met hun cliënten te beoordelen en met hen in gesprek te gaan over hun ervaringen en waarden. Dit is belangrijk omdat zorgverleners andere prioriteiten kunnen hebben dan hun cliënten, zonder dat een van beide partijen zich hiervan bewust is ^[60]. Wanneer cliënten en zorgverleners zich meer bewust zijn van hun eigen perspectief en dat van de andere partij, kunnen mogelijke valkuilen worden besproken en kunnen breuken in de communicatie worden voorkomen. Hoewel het niet altijd mogelijk is de waarden te beïnvloeden die een cliënt en/of zorgverlener het belangrijkste vinden, kan het bespreken van de beperkingen van de zorg de werkalliantie versterken.

Het WAM-instrument kan ook worden gebruikt in onderzoek settings om na te gaan of een kwalitatief goede werkalliantie leidt tot betere geestelijke gezondheidszorg door (F)ACT-teams en betere uitkomsten voor patiënten. Deze uitkomsten kunnen bestaan uit kenmerken van zowel zelf gerapporteerd als klinisch herstel, een hogere ervaren kwaliteit van leven, lagere zorgkosten, of een betere kosten-batenverhouding voor zowel cliënten als de samenleving. Ten slotte kan het WAM-instrument studies in staat stellen zich te richten op de verbetering van de kwaliteit van de werkalliantie door middel van specifieke interventies, zoals teamtoezicht of training ^[20].

Toekomstig onderzoek zal de psychometrische eigenschappen van het WAM-instrument onderzoeken door de betrouwbaarheid ervan te beoordelen, de factorstructuur te onderzoeken en de voorspellende waarde en validiteit vast te stellen. Zodra het WAM-instrument is gevalideerd, zal het een nieuwe methode bieden om de zorg voor cliënten met SMI verder te verbeteren.

Afkortingen

ACT: Assertive Community Treatment; FACT: Flexible Assertive Community Treatment; EPA: Ernstige Psychiatrische Aandoeningen; VAS: Visuele Analoge Schaal;

WAM: Werkalliantie in Multidisciplinaire teams

Aanvullende informatie

De onlineversie bevat aanvullend materiaal dat beschikbaar is op <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03563-x>.

Bijdragen van de auteurs

M. van Haaren voerde de gegevensverzameling en de eerste interpretatie van de resultaten uit. D. Roeg en S. de Jong assisteerden M. van Haaren bij de definitieve interpretatie van de resultaten en het schrijven van de discussie. Alle auteurs hebben het definitieve manuscript gelezen en goedgekeurd.

Financiering

Voor dit werk is geen financiering toegekend.

Beschikbaarheid van gegevens en materialen

Gegevens en materiaal zijn op aanvraag verkrijgbaar bij de eerste auteur.

Verklaringen*Ethische goedkeuring en toestemming tot deelname*

Ethische goedkeuring werd verleend door de Wetenschapscommissie van GGzE en geregistreerd onder de code IMBB/2017022. Al het onderzoek werd uitgevoerd in overeenstemming met de relevante richtlijnen en voorschriften. Alle deelnemers gaven schriftelijk informed consent.

Toestemming voor publicatie

Van alle deelnemers werd een informed consent voor deelname en publicatie verkregen.

Tegenstrijdige belangen

De auteurs verklaren geen concurrerende belangen te hebben.

Auteursgegevens zijn achter in GGZet Wetenschappelijk opgenomen

Referenties

- 1 Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M, et al. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;1(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007906.pub3>.
- 2 van Veldhuizen JR, Bähler M, Polhuis D, et al. (eds): *Handboek FACT*. Utrecht, De Tijdstroom, 2008.
- 3 van Veldhuizen JR. FACT: a Dutch version of ACT. *Community Ment Health J.* 2007;43(4):421–33. <https://doi.org/10.1007/s10597-007-9089-4>.
- 4 Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ.* 2007; 335(7615):336–42. <https://doi.org/10.1136/bmj.39251.599259.55>.
- 5 Coldwell CM, Bender WS. The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a metaanalysis. *Am J Psychiatry.* 2007;164(3):393–9. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.3.393>.

- 6 Drukker M, Maarschalkerweerd M, Bak M, Driessen G, à Campo J, de Bie A, et al. A real-life observational study of the effectiveness of FACT in a Dutch mental health region. *BMC Psychiatry*. 2008;8(1):93. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-93>.
- 7 Drukker M, Visser E, Sytema S, van Os J. Flexible assertive community treatment, severity of symptoms and psychiatric health service use, a real life observational study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2013;9(1):202–9. <https://doi.org/10.2174/1745017901309010202>.
- 8 van Vugt MD, Kroon H, Delespaul PAEG, Dreef FG, Nugter A, Roosenschoon BJ, et al. Assertive community treatment in the Netherlands: outcome and model fidelity. *La Revue canadienne de psychiatrie*. 2011;56(3):154–60. <https://doi.org/10.1177/070674371105600305>.
- 9 Ahn HN, Wampold BE. Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *J Couns Psychol*. 2001;48(3):251–7. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.3.251>.
- 10 Emmerink PMJ, Roeg DPK. Predictors of quality of life of people receiving intensive community-based care: a cross-sectional study. *Qual Life Res*. 2016;25(2):457–64. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1093-5>.
- 11 Hafkenscheid A. De therapeutische relatie. Utrecht: de Tijdstroom; 2014.
- 12 Horvath AO, Bedi RP. The alliance. In: Norcross JC, editor. *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness*. New York: Oxford University Press; 2002.
- 13 Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, et al. Alliance in individual psychotherapy. In: Norcross JC, editor. *Psychotherapy relationships that work: evidence based responsiveness* (2nd edition). New York: Oxford University Press; 2011. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0002>.
- 14 Hunsley J, Di Guilio G. Dodo bird, phoenix, or urban legend? The question of psychotherapy equivalence. *The Scientific Review of Mental Health Practice: Objective Investigations of Controversial and Unorthodox Claims in Clinical Psychology, Psychiatry, and Social Work*. 2002;1:11–22.
- 15 Keijsers GPJ. Het grote psychotherapiedebat. *Gedragstherapie*. 2014;47:148–72.
- 16 Keijsers GPJ, van Minnen A, Verbraak M, et al. Toepassing van protocollaire behandelingen bij psychische stoornissen. In: Keijsers GPJ, Van Minnen A, Verbraak M, et al., editors. *Protocollaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten 1*. Amsterdam: Boom; 2017.
- 17 Martin DJ, Garske JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(3):438–50. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>.
- 18 Wampold BE. The research evidence for the common factors models: a historically situated perspective. In: Duncan BL, editor. *The heart and soul of change: delivering what works in therapy*. Miller SD: Wampold BE et al. American Psychological Association; 2010. <https://doi.org/10.1037/12075-002>.
- 19 Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*. 1979;16(3):252–60. <https://doi.org/10.1037/h0085885>.
- 20 Baldwin SA, Wampold BE, Imel ZE. Untangling the Alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the Alliance. *J Consult Clin Psych*. 2007;75(6):842–52. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>.

- 21 Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the working Alliance inventory. *J Couns Psychol.* 1989;36(2):223–33. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>.
- 22 Fakhoury WKH, White I, Priebe S, et al. Be good to your patient. How the therapeutic relationship in the treatment of patients admitted to assertive outreach affects rehospitalisation. *J Nerv Ment Dis.* 2007;195(9):789–91. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318142cf5e>.
- 23 Gehrs M, Goering P. The relationship between the working alliance and rehabilitation outcomes of schizophrenia. *Psychosoc Rehabil J.* 1994;18(2):43–54. <https://doi.org/10.1037/h0095517>.
- 24 Malinovsky I, Lehrer P, Silverstein SM, Shankman SA, O'Brien W, Samuelson T, et al. An empirical evaluation of recovery transformation at a large community psychiatric rehabilitation organization. *Psychol Serv.* 2013;10(4): 428–41. <https://doi.org/10.1037/a0032747>.
- 25 Neale MS, Rosenheck RA. Therapeutic alliance and outcome in a VA intensive case management program. *Psychiatr Serv.* 1995;46(7):719–21. <https://doi.org/10.1176/ps.46.7.719>.
- 26 Solomon P, Draine J, Delaney MA. The working alliance and consumer case management. *J Ment Health Adm.* 1995;22(2):126–34. <https://doi.org/10.1007/BF02518753>.
- 27 Buck PW, Alexander L. Neglected voices: consumers with serious mental illness speak about intensive case management. *Admin Pol Ment Health.* 2006;33(4):470–81. <https://doi.org/10.1007/s10488-005-0021-3>.
- 28 Allness DJ, Knodler WH. A manual for ACT start-up: based on the PACT model of community treatment for persons with severe and persistent mental illnesses. 2nd. ed. National Alliance on Mental Illness: Arlington VA;2003.
- 29 Thornicroft G. Testing and retesting assertive community treatment. *Psychiatr Serv.* 2000;51(6):703. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.6.703>.
- 30 Gunderson JG, Links PS. Borderline personality disorder: a clinical guide. Washington DC: American Psychiatric Publishers; 2008.
- 31 Calsyn RJ, Morse GA, Klinkenberg WA, et al. Client outcomes and the working alliance in assertive community treatment programs. *Care Management Journals.* 2004;5(4):199–202. <https://doi.org/10.1891/cmaj.2004.5.4.199>.
- 32 Calsyn RJ, Klinkenberg WD, Morse GA, Lemming MR. Predictors of the working alliance in assertive community treatment. *Community Ment Health J.* 2006;42(2):161–75. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-9022-7>.
- 33 Calsyn RJ, Morse GA, Allen G. Predicting the helping alliance with people with a psychiatric disability. *Psychiatr Rehabil J.* 1999;22(3):283–7. <https://doi.org/10.1037/h0095232>.
- 34 Cunningham J, Calsyn RJ, Burger GK, Morse GA, Klinkenberg WD. Client outcomes and the working alliance in the client-casemanager relationship: a causal analysis. *Care Management Journals.* 2007;8(3):106–12. <https://doi.org/10.1891/152109807781753745>.
- 35 Klinkenberg WD, Calsyn RJ, Morse GA. The case manager's view of the helping alliance. *Care Management Journals.* 2002;3(3):120–5. <https://doi.org/10.1891/cmaj.3.3.120.57441>.
- 36 Klinkenberg WD, Calsyn RJ, Morse GA. The helping alliance in case management for homeless persons with severe mental illness. *Community Ment Health J.* 1998;34(6):569–78. <https://doi.org/10.1023/A:1018758917277>.

- 37 Trochim WM. An introduction to concept mapping for planning and evaluation. *Eval Program Plann.* 1989;12(1):1–16. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(89\)90016-5](https://doi.org/10.1016/0149-7189(89)90016-5).
- 38 Roeg DPK, van de Goor LAM, Garretsen HFL. Towards structural quality indicators for intensive community-based care programmes for substance abusers. *Community Ment Health J.* 2008;44(6):405–15. <https://doi.org/10.1007/s10597-008-9143-x>.
- 39 Roeg DPK, van de Goor LAM, Garretsen HFL. Towards quality indicators for assertive outreach programmes for severely impaired substance abusers: concept mapping with Dutch experts. *Qual Assur Health Care.* 2005;17(3): 203–8. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi031>.
- 40 Burke JG, O'Campo P, Peak GL, Gielen AC, McDonnell KA, Trochim WMK. An introduction to concept mapping as a participatory public health research method. *Qual Health Res.* 2005;15(10):1392–410. <https://doi.org/10.1177/1049732305278876>.
- 41 Nabitz U, van den Brink W, Jansen P. Using concept mapping to design an indicator framework for addiction treatment centres. *Qual Assur Health Care.* 2005;17(3):193–201. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi037>.
- 42 van Bon-Martens MJH, Achterberg PW, van de Goor IAM, van Oers HAM. Towards quality criteria for regional public health reporting: concept mapping with Dutch experts. *Eur J Pub Health.* 2011;22(3):337–42. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr016>.
- 43 Severens P: Manual Ariadne 3.0, 2015. www.minds21.org/
- 44 Ahearn EP. The use of visual analog scales in mood disorders: a critical review. *J Psychiatr Res.* 1995;31(5):569–79. [https://doi.org/10.1016/S0022-3956\(97\)00029-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3956(97)00029-0).
- 45 Hasson D, Arnetz BB: Validation and findings comparing VAS vs. Likert scales for psychosocial measurements. *Int Electron J Health Educ* 2005;8:178–192.
- 46 Voutilainen A, Pitkääho T, Kvist T, Vehviläinen-Julkunen K. How to ask about patient satisfaction? The visual analogue scale is less vulnerable to confounding factors and ceiling effect than a symmetric Likert scale. *J Adv Nurs.* 2016;72(4):946–57. <https://doi.org/10.1111/jan.12875>.
- 47 Campanelli P. Testing survey questions. In: De Leeuw ED, editor. *International handbook of survey methodology*. Hox JJ; Dillman DA; 2008. www.eam-online.org.
- 48 Martin E: Survey Questionnaire Construction, in Research Report Series. Survey Methodology. Washington, U.S. Census Bureau, 2006.
- 49 Elvins R, Green J. The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: an empirical review. *Clin Psychol Rev.* 2008;28(7):1167–87. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.04.002>.
- 50 Angell B, Mahoney C. Reconceptualizing the case management relationship in intensive treatment. A study of staff perceptions and experiences. *Admin Pol Ment Health.* 2007;34(2):172–88. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0094-7>.
- 51 McGuire-Sieckus R, McCabe R, Catty J, et al. A new scale to assess the therapeutic relationship in community mental health care: STAR. *Psychol Med.* 2007;37(1):85–95. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009299>.
- 52 Blais MA. Development of an inpatient treatment Alliance scale. *J Nerv Ment Dis.* 2004;192(7):487–93. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000131911.53489.af>.

- 53 Goodwin I, Holmes G, Cochrane R, Mason O. The ability of adult mental health services to meet clients' attachment needs: the development and implementation of the service attachment questionnaire. *Psychol Psychother.* 2003;76(2):145–61. <https://doi.org/10.1348/147608303765951186>.
- 54 Agnew-Davies R, Stiles WB, Hardy GE, Barkham M, Shapiro DA. Alliance structure assessed by the Agnew relationship measure (ARM). *Br J Clin Psychol.* 1998;37(2):155–72. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1998.tb01291.x>.
- 55 Barrowclough C, Meier P, Beardmore R, Emsley R. Predicting therapeutic alliance in clients with psychosis and substance misuse. *J Nerv Ment Dis.* 2010;198(5):373–7. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181da4d4e>.
- 56 Howgego IM, Yellowlees P, Owen C, Meldrum L, Dark F. The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Aust N Z J Psychiatry.* 2003;37(2):169–83. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01131.x>.
- 57 Ruchlewska A, Kamperman AM, van der Gaag M, Wierdsma AI, Mulder NCL. Working alliance in patients with severe mental illness who need a crisis intervention plan. *Community Ment Health J.* 2016;52(1):102–8. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9839-7>.
- 58 Theodoridou A, Schlatter F, Ajdacic V, Rössler W, Jäger M. Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population. *Psychiatry Res.* 2012;200(2-3):939–44. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.012>.
- 59 Skatun KC, Kaufmann T, Trung Doan N, et al. Consistent functional connectivity alterations in schizophrenia spectrum disorder: a multisite study. *Schizophr Bull (Bp).* 2017;43(4):914–24. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw145>.
- 60 Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Lysaker PH. The special challenges of psychotherapy with persons with psychosis: intersubjective metacognitive model of agreement and shared meaning. *Clin Psychol Psychother.* 2017; 24(2):428–40. <https://doi.org/10.1002/cpp.2012>.

Gedeelde besluitvorming in het gedwongen kader: vier casestudies uit de tbs

F.D.A. den Besten, S. Castelein, E. Schuringa, S. de Jong

- Achtergrond** Gedeelde besluitvorming (shared decision making; SDM) kan leiden tot betere behandeluitkomsten. Er is nog weinig bekend over SDM in de forensische psychiatrie; een context waarin naast psychiatrische problematiek, ook sprake is van vrijheidsbeperking en dwangverpleging.
- Doel** Het verkennen van de huidige mate van SDM in een forensisch psychiatrische setting en factoren in kaart brengen die de SDM beïnvloeden.
- Methode** Semigestructureerde interviews (4 triaden, met behandelcoördinator, sociotherapeutisch mentor patiënt) aangevuld met scores op vragenlijsten (SDM-Q-Doc en SDM-Q-9).
- Resultaten** De SDM-Q liet een relatief hoge mate van SDM zien. Thema's als cognitieve en executieve functies van de patiënt, subculturele verschillen, ziekte-inzicht en wederkerige samenwerking bleken de SDM te beïnvloeden. Daarnaast bleek SDM in de forensische psychiatrie meer een middel om de communicatie over de beslissingen van het behandelteam te verbeteren dan werkelijk 'gedeelde' besluitvorming.
- Conclusie** Deze eerste verkenning laat zien dat een vorm van SDM in de tbs wordt toegepast, maar op een andere wijze wordt geoperationaliseerd dan de theorie achter SDM voorschrijft.

Gedeelde besluitvorming (*shared decision making*; SDM) is een benadering waarbij behandelaar en cliënt als gelijkwaardige partners beslissingen nemen over diagnostiek, behandeling en begeleiding.¹ SDM kan leiden tot beter geïnformeerde en meer betrokken cliënten, grotere behandeltrouw en betere behandeluitkomsten.²⁻⁵ Uit onderzoek blijkt dat onder andere het cognitief niveau van de patiënt,⁶ cultuurverschillen,⁷ (zelf)stigmatisering, vertrouwen, eerlijkheid, ziekte-inzicht⁸ en de behandelrelatie⁹ van invloed kunnen zijn op SDM. Binnen de ggz is de forensische psychiatrie een specialistische vorm, waarbij behandeling primair gericht is op het verminderen van recidiverisico's.¹⁰ Het juridisch kader en de risico's die kunnen ontstaan uit behandelbeslissingen, maken de toepassing van SDM in de forensische psychiatrie complex. Waar SDM uitgaat van de cliënt als zelf-beschikkende en morele actor,¹¹ wordt de mate van zelfbeschikking van een forensisch psychiatrisch patiënt ingeperkt door diens strafrechtelijke titel. Daarnaast is deze strafrechtelijke titel gebaseerd op het principe van verminderde toerekeningsvatbaarheid: de patiënt beschikte, in ieder geval ten tijde van het delict, niet over het vermogen van een volledig morele actor. Dit, tezamen met de ongelijkwaardige machtsverhou-

ding, staat haaks op het SDM-principe van patiënt en behandelaar als gelijkwaardige partners.

SDM in de forensische psychiatrie is tot op heden onderbelicht gebleven.¹² Studies over dit onderwerp richten zich op het betrekken van patiënten bij risicotaxatie en -management. Zo concluderen Van den Brink e.a. dat de toevoeging van een risico-inschatting door de patiënt zelf aan de professionele risico-inschatting de voorspellende waarde voor toekomstig gewelddadig gedrag vergroot.¹³ Dit blijkt echter niet te leiden tot minder recidive.¹³ Daarnaast blijkt een hoge mate van overeenstemming tussen behandelteam en patiënt samen te hangen met een lager beveiligingsniveau en meer behandelvoortgang.¹⁴ Desondanks zijn er ook signalen dat behandelaren in de forensische psychiatrie veelal de beslissingen nemen zonder de patiënt daarbij te betrekken.¹⁵ In het Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) Dr. S. van Mesdag worden elk kwartaal in een behandelplanbespreking behandeldoelen gesteld gezamenlijk met de patiënt. Deze werkwijze is gericht op het vergroten van de behandelmotivatie door overeenstemming te bereiken tussen patiënt en het behandelteam. Dit beleid én de beperkte literatuur over SDM in deze setting vormen de aanleiding voor deze studie. Deze studie had tot

AUTEURS

Femke den Besten, psycholoog en criminoloog, FPC Dr. S. van Mesdag, Groningen.

Stynke Castelein, hoogleraar Herstelbevordering bij ernstige psychische aandoeningen, Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen, en hoofd onderzoek Lentis, Lentis Research.

Erwin Schuringa, senior onderzoeker, FPC Dr. S. van Mesdag, Groningen.

Steven de Jong, senior onderzoeker en psycholoog i.o. tot GZ-psycholoog, Lentis Research/PsyQ, Generalistische Poli, Groningen.

Correspondentie

Femke den Besten (f.den.besten@fpcvanmesdag.nl).

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-10-2022.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2023;65(4):248-252

doel: 1. de mate van SDM verkennen in een forensische setting en 2. factoren in kaart brengen die SDM beïnvloeden.

METHODE

Onderzoeksofzet

Wij verrichtten 4 casestudies van verschillende behandeltriaden van behandelaar, sociotherapeutisch mentor en patiënt. De mate van SDM binnen de behandeltriade werd gemeten met een vragenlijst die ieder lid invulde. Dit werd gecombineerd met kwalitatieve data verkregen uit semigestructureerde interviews.

Participantenwerving

De onderzoekspopulatie bestond uit behandeltriaden van het FPC Dr. S. van Mesdag, waarin drie rolgroepen te onderscheiden waren: behandelcoördinatoren (gz- of klinisch psycholoog of verpleegkundig specialist), sociotherapeutische mentoren en patiënten. De behandelcoördinator is eindverantwoordelijk voor het behandeltraject van een patiënt. De mentor is verantwoordelijk voor de dagelijkse begeleiding van de patiënt op de afdeling.

We namen een aselechte steekproef uit de behandelcoördinatoren van de doorstroomafdelingen en selecteerden vervolgens willekeurig één patiënt per behandelcoördinator. We includeerden enkel doorstroomafdelingen omdat hier het opstellen van behandeldoelen centraal staat en deze afdelingen zodoende het relevantst waren met het oog op SDM in de behandeling. We excludeerden in- en uitstroomafdelingen omdat de doelen die men daar stelt hoofdzakelijk gericht zijn op stabilisatie respectievelijk resocialisatie, hetgeen buiten de scope van deze studie viel. Alle geselecteerde participanten voldeden aan de inclusiecriteria: spreek-, schrijf- en leesvaardigheid in de Nederlandse taal. Zie online-supplement 1 voor de demografische gegevens van de participanten.

Onderzoeksinstrumenten

SDM-Q-Doc en SDM-Q-9

De SDM-Q's zijn vragenlijsten om de mate van SDM in kaart te brengen, bestaande uit 9 items gescoord op een 6-puntslikertschaal (0 = helemaal mee oneens; 5 = helemaal mee eens).¹⁶ Deze werden voorafgaand aan het interview ingevuld door alle participanten. Voor onze studie vervingen we het woord 'arts' door 'behandelcoördinator' en 'behandelmogelijkheden' door 'behandeldoelen'. Omdat een mentor geen beslissingsbevoegdheid heeft, maar wel zicht op het besluitvormingsproces beoordeelde de mentorversie de mate van SDM tussen behandelcoördinator en patiënt (artsversie: 'Ik heb de patiënt geholpen alle informatie te begrijpen'; patiëntversie: 'Mijn behandelcoördinator heeft me geholpen alle informatie te begrijpen'; mentorversie: 'De behandelcoördinator heeft de patiënt geholpen alle informatie te begrijpen').

Semigestructureerde interviews

De semigestructureerde interviews werden door de eerste auteur bij alle participanten individueel afgenomen. Onder andere de volgende thema's kwamen aan bod: de persoonlijke definitie van SDM, het belang van SDM, de individuele aanpak van SDM en faciliterende en belemmerende factoren. Hierbij werden open vragen gesteld als 'Wat versta jij onder SDM?' en 'Wat doet jouw behandelcoördinator om jou het gevoel te geven dat je meebeslist?'

Procedure

De medisch-ethische toetsingscommissie van het UMC Groningen verklaarde dat deze studie niet viel onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO M21.270305). Alle participanten gaven schriftelijk toestemming voor deelname.

Statistische analyse

We transformeerden de ruwe SDM-totaalscores naar een score tussen 0 en 100,¹⁷ waardoor de totaalscores als percentages konden worden uitgedrukt (0% = geen SDM; 100% = optimale SDM). Vanwege het ontbreken van (relevante) normgroepen vatten we scores boven de 50% op als hoge mate van SDM, omdat die score dicht bij optimale SDM lag dan bij geen SDM. We gebruikten de kruskal-wallistest voor het vergelijken van de drie rolgroepen en de vier behandeltriaden. Voor het bepalen van de mate van overeenstemming binnen rolgroepen en binnen triaden gebruikten we de *Gower-Legendre-Index* (GL-index).¹⁸ De GL-index ligt tussen 0,00 en 1,00, waarbij een waarde boven 0,70 in de praktijk wordt gezien als voldoende overeenstemming.¹⁹

Kwalitatieve analyse

Voor de kwalitatieve analyse van de interviews maakte de eerste auteur in consensus met de laatste auteur gebruik van het veelgebruikte stappenplan van Braun en Clarke voor thematische analyse; de analyse van tekst op overkoepelende thema's.²⁰ Hierbij gebruikten we Atlas.ti.

RESULTATEN

Participanten

In tabel 1 staan de resultaten van de vier onderzochte triaden.

SDM-Q

Bijna alle participanten (10 van de 12) rapporteerden een relatief hoge mate van SDM. Van de drie rolgroepen was alleen bij patiënten de mate van overeenstemming laag (GL-index: 0,53). Er waren geen significante verschillen in SDM-totaalscore tussen de rolgroepen ($H(2) = 0,884$; $p = 0,643$), noch tussen de vier triaden ($H(3) = 5,416$; $p = 0,144$). Van de vier triaden was er alleen bij triade 1 sprake een lage mate van overeenstemming (GL-index: 0,67).

Factoren van invloed op SDM

Uit de interviews kwamen de volgende vier thema's naar voren als van invloed op SDM: cognitieve en executieve functies van de patiënt, subculturele verschillen, ziekte-inzicht en wederkerige samenwerking.

Integratie SDM-Q en thema's per triade

Aan de hand van deze thema's beschrijven we per triade de mate van SDM en de door participanten genoemde factoren van invloed op SDM.

Triade 1

Triade 1 rapporteerde een lage SDM-totaalscore en onvoldoende overeenstemming. De patiënt en de mentor gaven de laagste scores op SDM (18% en 44%) van alle triaden.

De patiënt had een matige tot lichte verstandelijke beperking (LVB). De behandelcoördinator zag deze problematiek als minder beperkend voor SDM dan de mentor. De behandelcoördinator legde de nadruk op de mogelijkheden van de patiënt: *'Patiënt kan met externe structurering meedenken over behandeldoelen'*, waar de mentor de onmogelijkheden benadrukte: *'Patiënt is niet in staat diep na te denken over wat goed voor hem is.'* De patiënt voelde zich niet gehoord toen zijn verzoek om bij de hele behandelbespreking te zitten niet werd gehonoreerd en dit verminderde zijn bereidheid tot samenwerking: *'Zij luisteren niet naar mij, dan luister ik niet naar hen.'*

Daarnaast bestonden er subculturele verschillen tussen de patiënt en het behandelteam (mentor en behandelcoördinator). Waar de patiënt zijn beperkte agressiereguleringsvaardigheden toeschreef aan zijn *'(woonwagen-)kampinsteek'* en temperament, verklaarde het behandelteam deze vanuit de LVB-problematiek: *'Als hij te veel informatie krijgt, kan hij het niet verwerken en dat uit zich in boosheid en onbegrip.'*

Triade 2

Triade 2 rapporteerde een hoge SDM-totaalscore en voldoende overeenstemming.

De patiënt had een gemiddelde intelligentie en de behandelcoördinator omschreef dat dit hielp bij SDM: *'Je kunt hem goed uitleggen van: dit is hoe de kaarten ervoor liggen, als je eruit wilt dan moet je wel.'* De behandelcoördinator noemde dat er geen overeenstemming was met de patiënt over de kernelementen van de behandeling: het delict en de diagnoses. Dit duidde zij als beperkt ziekte-inzicht. Desondanks stond dit het opstellen van gezamenlijke behandeldoelen niet in de weg. Alle leden spraken van een *'goede basissamenwerking'*. Omdat de patiënt geïngedeerd was tot wantrouwen, investeerde de

Tabel 1. Overzicht SDM-totaalscores, medianen en GL-index

Triade	Diagnose patiënt	BC	Mentor	Patiënt	Mediaan	GL-index
1	APS + LVB	67%	44%	18%	44%	0,67
2	ASS	71%	87%	100%	87%	0,81
3	ASS	62%	87%	64%	64%	0,84
4	APS	64%	84%	100%	84%	0,76
Mediaan		66%	86%	82%	69%	
GL-index		0,95	0,78	0,53		

BC: behandelcoördinator; APS: antisociale persoonlijkheidsstoornis; LVB: lichte verstandelijke beperking; ASS: autismespectrumstoornis.

behandelcoördinator actief in de relatie; ze volgde het tempo van de patiënt en had aandacht voor zijn manier van denken. De patiënt was bereid zaken uit te proberen, ook wanneer hij er niet volledig achter stond: *'Ik heb het wel geprobeerd, maar ik had van tevoren eigenlijk zoiets van ja, dat gaat niet gebeuren.'*

Triade 3

Triade 3 rapporteerde een redelijk hoge SDM-totaalscore en voldoende overeenstemming.

De behandelcoördinator omschreef de sterk vertraagde informatieverwerking van de patiënt als barrière voor SDM: *'Het heeft invloed op hoe gemakkelijk je met elkaar dingen kunt bespreken en dat je heel erg goed moet checken of je het eigenlijk wel over hetzelfde hebt.'* Mentor omschreef dit als iets waar je rekening mee moet houden, maar niet als barrière voor SDM: *'Hij kan het wel, maar hij moet het heel erg goed overdenken en het kost hem veel energie.'* Zowel de patiënt als de behandelcoördinator noemde het gebrek aan overeenstemming over de uitstroomprognose als beperkende factor voor SDM. Volgens de behandelcoördinator kwam dit voort uit een beperkt ziekte-inzicht van de patiënt. Dit maakte dat zij soms noodzaak was, omwille van de veiligheid, beslissingen te nemen waar de patiënt niet achter stond: *'Je komt op een punt van oké, dat gaat deze meneer niet zelf inzien, dat betekent dat we het risicomanagement meer vanuit extern moeten gaan vormgeven.'* Het behandelteam had geleerd dat ze de patiënt tijd moeten geven om alle informatie te verwerken, na moeten vragen of hij alle informatie had begrepen en hem de mogelijkheid moeten geven om op thema's terug te komen. De bereidheid van de patiënt om ondanks het meningsverschil over de uitstroomprognose samen te werken, zag het behandelteam als bevorderlijk voor SDM.

Triade 4

Triade 4 rapporteerde een hoge SDM-totaalscore en voldoende overeenstemming.

De patiënt ervoer dat men naar hem luisterde en dat hij werd meegenomen in de overwegingen van het behandelteam: *'Ze [behandelcoördinator] luistert naar wat je zegt en probeert met je in gesprek te gaan als je het ergens niet mee eens bent, dan probeert ze te onderbouwen waarom zij denkt dat het wel nodig is.'*

Waar het behandelteam de extrinsieke motivatie van de patiënt duidde als beperkt ziekte-inzicht: *'Het feit dat hij weet: ik moet geen delicten meer plegen, komt puur voort uit dat hij niet nog eens zo lang wil vastzitten. Niet uit: ik heb iemand anders pijn gedaan en dat moet ik niet meer doen'*, schreef de patiënt dit toe aan subculturele verschillen: *'Mijn cultuur wordt niet echt begrepen bij bepaalde personeelsleden [...] mijn normen en waarden zijn anders dan de meesten, dan de burgers.'*

De behandelcoördinator noemde tevens mogelijke schijnaanpassing door de patiënt als barrière voor SDM: *'Hij zal het snel met me eens zijn wat betreft een bepaalde probleemstelling. Het is een patiënt bij wie vaker*

gezegd is of hij niet schijnaanpassing vertoont, dus in hoeverre dat intrinsiek doorleefd is, vraag ik me wel af.'

Schijnaanpassing kan de wederkerigheid van de samenwerking beïnvloeden. Schijnaanpassing zou tevens een verklaring kunnen bieden voor het feit dat de patiënt een perfecte SDM-score rapporteerde ondanks de barrières die hij benoemde (o.a. de subculturele verschillen).

Overige resultaten

Alle behandelcoördinatoren en mentoren omschreven SDM als belangrijk en passend in de context van de tbs. Het volgende citaat is representatief voor de wijze waarop SDM werd omschreven door alle behandelcoördinatoren uit deze studie:

'Dat wanneer ik een besluit over een patiënt moet gaan nemen, ik hem daarbij betrek. Dat ik hem uitleg wat de beweegredenen zijn geweest [...] en hem vraag wat hij daarvan vindt en of hij daar zelf nog inbreng in heeft. Dan proberen we daar zo goed mogelijk samen uit te komen zodat het onze gezamenlijke beslissing is.' (behandelcoördinator triade 4)

Daarnaast gaven sommige behandelcoördinatoren aan eerst mee te gaan in de wensen van hun patiënt, om zo draagvlak te creëren voor latere delictgerelateerde behandeldoelen waar de patiënt niet direct toe bereid zou zijn.

DISCUSSIE

Ondanks signalen van beperkte toepassing van SDM in de ggz,²¹ wordt wordt volgens de behandelcoördinatoren in deze studie in alle cases SDM toegepast. Ook wordt de mate van SDM binnen drie van de vier triaden als relatief hoog beoordeeld. De hoogste mate van SDM ervaart men in een casus waarbinnen geen overeenstemming bestaat over de kernproblematiek, maar wel over de behandeldoelen op de korte termijn (triade 2). De laagste mate van SDM ervaart men in een casus waarbij de LVB-problematiek volgens het behandelteam het opstellen van gezamenlijk gedragen behandeldoelen bemoeilijkt en waarbij de patiënt vindt dat hij onvoldoende gehoord wordt (triade 1). De onderlinge overeenstemming over de mate van SDM is het hoogst bij behandelcoördinatoren en het laagst bij patiënten. De in deze studie geïdentificeerde thema's, cognitieve en executieve functies van de patiënt, subculturele verschillen, ziekte-inzicht en wederkerige samenwerking, vertonen veel overlap met thema's die in eerdere studies zijn geïdentificeerd als zijnde van invloed op SDM.⁶⁻⁹

SDM in gedwongen kader

Het gedwongen kader biedt een mogelijke verklaring voor de relatief hoge mate van SDM. Waar in de reguliere ggz de mogelijkheid bestaat een behandelcontact te beëindigen wanneer men geen behandelovereenkomst bereikt, zijn behandelaar en patiënt in het gedwongen

kader in zekere zin 'tot elkaar veroordeeld'. Wat ook mee kan spelen, is dat er een duidelijk gezamenlijk doel is: het efficiënt en succesvol doorlopen van het tbs-traject. Dit gezamenlijke doel wordt ingezet om de soms grote kloof in behandeldoelen tussen patiënt en behandelteam te overbruggen.

Ook lijkt SDM door sommige behandelcoördinatoren te worden ingezet als strategie voor het bereiken van overeenstemming over behandeldoelen: eerst meegaan in de wensen van de patiënt, zodat draagkracht ontstaat voor latere delictgerelateerde behandeldoelen. In de forensische psychiatrie lijkt SDM meer te worden geoperationaliseerd als het verbeteren van de communicatie over de genomen beslissing richting de patiënt zodat die kan meedenken, dan als het daadwerkelijk nemen van een gedeelde beslissing.

Barrières voor SDM

Dat LVB-problematiek een barrière kan zijn voor SDM zien we terug in de ggz-standaarden²² waarbij patiënten met LVB omschreven worden als minder zelfsturend en meer afhankelijk van ondersteuning in de besluitvorming over hun behandeling, waardoor zorgverleners meer geneigd kunnen zijn tot een beschermende houding en het overnemen van deze besluitvorming.²³ Gezien de relatief hoge prevalentie van LVB bij patiënten in de tbs (20-25%),²⁴ is onderzoek naar hoe participatie kan worden vergroot van belang. Dat een beperkt ziekte-inzicht van de patiënt ervaren wordt als barrière voor SDM kan voortkomen uit een discrepantie in de manier waarop patiënt en behandelaar problemen verklaren.²⁵ Dit kan ertoe leiden dat de patiënt geen behandel aanknopingspunten herkent en men geen overeenstemming bereikt over behandeldoelen.²⁶ De lage overeenstemming tussen patiënten en de hoge overeenstemming tussen behandelcoördinatoren over de mate van SDM lijkt te suggereren dat behandelcoördinatoren een onderling vergelijkbare aanpak hanteren, terwijl patiënten dit op uiteenlopende wijze ervaren. Dit benadrukt het belang van maatwerk bij en voorlichting over SDM in de tbs.

Beperkingen

Deze studie heeft een aantal beperkingen, waaronder de kleine steekproefgrootte en het feit dat de data zijn verzameld binnen één instelling. Dit beïnvloedt de generaliseerbaarheid van de resultaten. Daarnaast is de thematische analyse door alleen de eerste auteur doorlopen met risico op bevestigingsbias tot gevolg. Om dit te ondervangen vond de inhoudelijke analyse plaats in consensus met de laatste auteur. Vervolgonderzoek met een grotere steekproef is wenselijk.

CONCLUSIE

Deze studie laat zien dat SDM wordt toegepast binnen de forensische psychiatrie, maar meer wordt geoperationaliseerd als het verbeteren van de communicatie over de genomen beslissing dan als het daadwerkelijk nemen van een gedeelde beslissing.

 Supplement 1 is online te raadplegen.

LITERATUUR

- 1 Elwyn G, Frosch D, Thomson R, e.a. Shared decision making: A model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012; 27: 1361-7.
- 2 Clever SL, Ford DE, Rubenstein LV, e.a. Primary care patients' involvement in decision-making is associated with improvement in depression. *Med Care* 2006; 44: 398-405.
- 3 Joosten EAG, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, e.a. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom* 2008; 77: 219-26.
- 4 Nott J, McIntosh A, Taube C, e.a. Shared decision-making in psychiatry: A study of patient attitudes. *Australas Psychiatry* 2018; 26: 478-81.
- 5 Zisman-Ilani Y, Roe D, Elwyn G, e.a. Shared decision making for psychiatric rehabilitation services before discharge from psychiatric hospitals. *Health Commun* 2019; 34: 631-7.
- 6 Shogren KA, Wehmeyer ML, Lassmann H, e.a. Supported decision making: A synthesis of the literature across intellectual disability, mental health, and aging. *Educ Train Autism Dev Disabil* 2017; 52: 144-57.
- 7 Derrington SF, Paquette E, Johnson KA. Cross-cultural interactions and shared decision-making. *Pediatrics* 2018; 142: 187-92.
- 8 Kaminskiy E, Zisman-Ilani Y, Ramon S. Barriers and enablers to shared decision making in psychiatric medication management: a qualitative investigation of clinician and service users' views. *Front Psychiatry* 2021; 12: 678005.
- 9 Eliacin J, Salyers MP, Kukla M, e.a. Patients' understanding of shared decision making in a mental health setting. *Qual Health Res* 2015; 25: 668-78.
- 10 GGZ Nederland. Betere zorg, veiliger samenleving. Visiedocument forensische zorg. 2014. https://www.denederlandseggz.nl/getmedia/cf6abc87-0563-4cb5-a4e9-7ec013261127/GGZNL_Visiedocument-forensischezorg-Betere-zorg-veiliger-samenleving_2014.pdf?ext=.pdf.
- 11 Pouncey C, Lukens J. Madness versus badness: The ethical tension between the recovery movement and forensic psychiatry. *Theor Med Bioeth* 2010; 31: 93-105.
- 12 Ray I, Simpson AIF. Shared risk formulation in forensic psychiatry. *J Am Acad Psychiatry Law* 2019; 47: 22-8.
- 13 Brink RHS van den, Troquete NAC, Beintema H, e.a. Risk assessment by client and case manager for shared decision making in outpatient forensic psychiatry. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 120.
- 14 Davoren M, Hennessy S, Conway C, e.a. Recovery and concordance in a secure forensic psychiatry hospital – the self rated DUNDRUM-3 programme completion and DUNDRUM-4 recovery scales. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 61.
- 15 Eidhammer G, Flutterm FA, Bjørkly S. User involvement in structured violence risk management within forensic mental health facilities – A systematic literature review. *J Clin Nurs* 2014; 23: 2716-24.
- 16 Scholl I, Kriston L, Dirmaier J, e.a. Development and psychometric properties of the Shared Decision Making Questionnaire – physician version (SDM-Q-doc). *Patient Educ Couns* 2012; 88: 284-90.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

Versterking van het effect van psychotherapie door systematische cliëntfeedback in de ambulante GGZ: een cluster-gerandomiseerde studie

Bram Bovendeerd¹

Inleiding

Systematische cliëntfeedback (SCF), het regelmatig monitoren en informeren van de voortgang van de patiënt tijdens therapie aan patiënt en therapeut, heeft effecten op behandeluitkomsten die variëren van zeer positief tot licht negatief. Het kan in positieve zin bijvoorbeeld het behandel-effect vergroten of de behandelduur verkorten, of de hoeveelheid drop-out verminderen (De Jong et al., 2021; Jansen et al., 2021). Andere kant is dat implementatie van SCF behoorlijk complex kan zijn (Lewis et al., 2019), en ook een negatief effect kan hebben op het behandelverloop (Wolpert, 2014).

Verschillende eerdere onderzoeken naar de toegevoegde waarde van SCF waren gekleurd door niet volledige onafhankelijkheid van onderzoekers of door het ontbreken van een onafhankelijke uitkomstmaat. Het huidige onderzoek heeft hiermee gepoogd rekening gehouden en heeft tot doel de potentieel toegevoegde waarde van SCF in ambulante psychologische behandeling te verduidelijken en meer zicht te krijgen op de voorwaarden die daarvoor nodig zijn.

Hierbij werd als hoofdonderzoek het effect van SCF onderzocht op de behandeluitkomst, de behandelduur, de kosten en het drop-out percentage bij kortdurende ambulante behandelingen. Daarnaast werd er gekeken naar het perspectief van patiënten en behandelaars op het gebruik van SCF, en naar organisatie factoren die de implementatie van SCF belemmeren dan wel faciliteren (Bovendeerd et al., 2019).

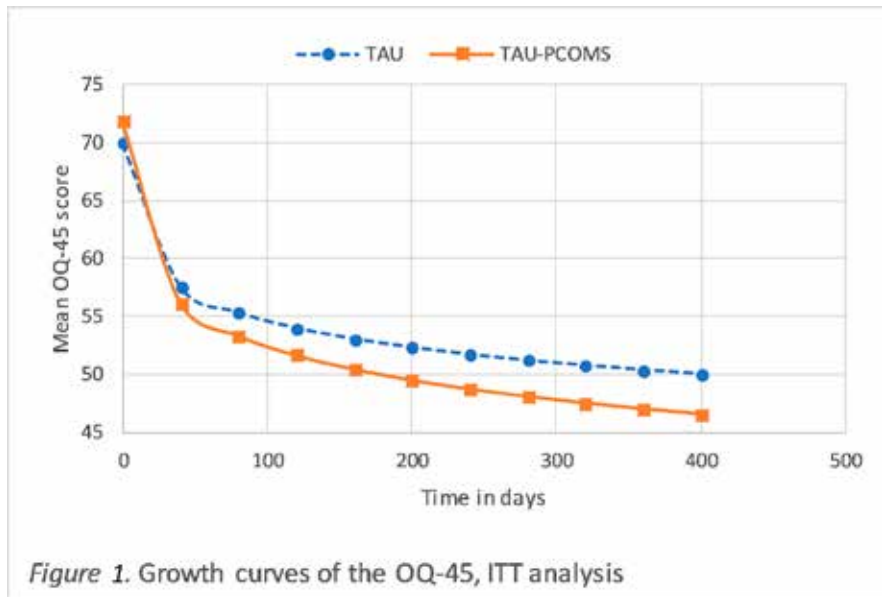
Resultaten hoofdonderzoek

Poliklinische patiënten (n = 1733) van vier centra die korte psychologische behandelingen aanbieden, werden gerandomiseerd naar ofwel 'treatment as usual' (TAU) of TAU aangevuld met SCF. Als SCF-methode werd het Partners for Change Outcome Management System gebruikt. Primaire uitkomstmaat was de Outcome Questionnaire (OQ-45).

De effecten van de twee behandelcondities op het behandelresultaat, de patiënttevredenheid, het uitvalpercentage, de kosten en de behandelduur werden

¹ Bram Bovendeerd is bezig met promotieonderzoek over de toegevoegde waarde van Systematic Client Feedback, dat in Nederland ook wel Routine Outcome Monitoring (ROM) wordt genoemd. Op verzoek van de redactie van GGZ Wetenschappelijk werkte hij een korte update uit over dit lopend onderzoek.

onderzocht met behulp van een multilevel-analyse op drie niveaus. DSM-classificatie, geslacht en leeftijd van elke patiënt werden als covariabelen opgenomen. In alle analyses verbeterde toevoeging van SCF het behandelresultaat significant, vooral in de eerste drie maanden. De patiënten die reguliere behandeling kregen aangevuld met SCF, vertoonden gemiddeld 25 % meer verbetering dan de patiënten die enkel reguliere behandeling kregen (Bovendeerd et al., 2021). Het verschil tussen de reguliere behandeling (TAU) en reguliere behandeling aangevuld met SCF in de vorm van PCOMS (TAU-PCOMS) is terug te vinden in Figuur 1.



Op de overige uitkomstvariabelen werden geen significante effecten gevonden.

Conclusies

Deze studie, met een grote steekproefomvang en verschillende onafhankelijke uitkomstmaten, levert sterk bewijs dat het toevoegen van systematische cliëntfeedback aan ambulante psychologische behandeling een gunstig effect kan hebben op het behandelresultaat (symptomen en welzijn), met name bij de eerste drie maanden. Implementatie vereist echter een zorgvuldig plan van aanpak. Aanvullende artikelen over het perspectief van patiënten en behandelaars op het gebruik van SCF, en naar organisatie factoren die de implementatie van SCF belemmeren dan wel faciliteren zullen naar verwachting komende maanden gepubliceerd worden. Het gehele promotieonderzoek zal naar verwachting in december 2023 zijn afgerond.

Referenties

- Bovendeerd, B., de Jong, K., Colijn, S., de Groot, E., Hafkenscheid, A., Moerbeek, M., & de Keijser, J. (2019). Systematic client feedback to brief therapy in basic mental healthcare: study protocol for a four-centre clinical trial. *BMJ open*, 9(5), e025701. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025701>
- Bovendeerd, B., De Jong, K., De Groot, E., Moerbeek, M., & De Keijser, J. (2022). Enhancing the effect of psychotherapy through systematic client feedback in outpatient mental healthcare: A cluster randomized trial. *Psychotherapy Research*, 32(6), 710–722. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.2015637>
- De Jong, K., Conijn, J. M., Gallagher, R., Reshetnikova, A. S., Heij, M., & Lutz, M. C. (2021). Using progress feedback to improve outcomes and reduce drop-out, treatment duration, and deterioration: A multilevel meta-analysis. *Clinical psychology review*, 85, 102002.
- Janssen, M.B., Bovendeerd, A.M., & Christenhusz. (2021). The effect of systematic feedback on drop-out and no-show in forensic psychiatry: a pilot study. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2.
- Lewis, C. C., Boyd, M., Puspitasari, A., Navarro, E., Howard, J., Kassab, H., Hoffman, M., Scott, K., Lyon, A., Douglas, S., Simon, G., & Kroenke, K. (2019). Implementing Measurement-Based Care in Behavioral Health: A Review. *JAMA psychiatry*, 76(3), 324–335.
- Wolpert M. (2014). Uses and abuses of patient reported outcome measures (PROMs): potential iatrogenic impact of PROMs implementation and how it can be mitigated. *Administration and policy in mental health*, 41(2), 141–145. <https://doi.org/10.1007/s10488-013-0509-1>

Video Pitch over dit onderzoek:

<https://youtu.be/P5E7n2V7yyA>

De behandelrelatie*

S. de Jong, H.J.R. Hoenders, J. Bruins, H. Steinebach, S. Castelein

Samenvatting

Relatief weinig is er bekend over de invloed van de relatie tussen de behandelaar en de patiënt op het verloop en het resultaat van de behandeling. In een wereld die steeds meer wordt beheerst door protocollen en richtlijnen klinkt vaker de roep om aandacht voor de menselijke relatie tussen behandelaar en patiënt, en door de wenselijke gelijkwaardigheid in posities van patiënten en hun behandelaars is de behandelrelatie misschien ook wel belangrijker geworden dan voorheen. In dit hoofdstuk wordt het belang van de behandelrelatie onder de loep genomen, met bijzondere aandacht voor de behandelrelatie van een patiënt met een team van behandelaars, zoals dat vaak het geval is bij mensen met een ernstige en langdurige psychiatrische aandoening.

Inleiding

Al in 1936 poneerde psycholoog Saul Rosenzweig dat alle psychotherapieën even effectief zijn, en vergeleek dit met een scène uit *Alice in Wonderland*. In deze scène zijn Alice en een aantal dieren nat geworden, waarop een dodo voorstelt dit op te lossen door te gaan rennen. Het zou een race worden, waarin iedereen kan beginnen met rennen wanneer zij dit zelf willen, en stoppen wanneer zij dit zelf willen. Aan het eind van de race vraagt Alice wie er heeft gewonnen, waarop de dodo antwoordde dat 'Everybody has won, and all must have prizes'.

Alhoewel Rosenzweig naar dit effect refereerde als een 'gemeenschappelijk factorenmodel' (common factors model), wordt deze hypothese ook vaak simpelweg de 'dodo bird conjecture' genoemd. Dit artikel werd het symbool van een discussie die tot op de dag van vandaag nog wordt gevoerd (Bruins, van der Velde, Tolsma, Delespaul, & Castelein, 2018; Ehlers et al., 2010; Vanaerschot, 2018; Wampold, 2010). Af en toe wordt er gepolariseerd, met enerzijds artikelen die op basis van wetenschappelijk onderzoek stellen dat *specifieke* psychotherapeutische technieken eigenlijk bijna niets doen op het behandel-effect. Zij stellen dat bijna alle effecten van psychotherapie voortkomen uit gemeenschappelijke factoren die alle therapieën delen (Wampold, 2010), en zijn van mening dat het bewijs voor specifieke technieken (nog) niet wetenschappelijk is aangetoond (Ahn & Wampold, 2001). Aan de andere zijde staan wetenschappers die, ook op basis van wetenschappelijke bevindingen, stellen dat er wel degelijk betere en slechtere technieken zijn, en dat het praktisch onethisch is om hier niet naar te handelen (Baker, McFall, & Shoham, 2008). De meeste therapeuten zullen zichzelf ergens in het midden van deze discussie vinden. Dat wil zeggen dat zij het effect van behandeling zowel toeschrijven aan specifieke aspecten van de interventie (bijv. werken met kerncognities en G-schema's

* Het boekhoofdstuk (H19; De behandelrelatie) is opgenomen in het boek 'Ernstige Psychiatrische Aandoeningen' van Ad Kaasenbrood en Lex Wunderink, verschenen in 2021. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.

in cognitieve gedragstherapie) als aan de meest genoemde specifieke factor in therapie: het persoonlijk contact met een therapeut (Weinberger, 2014). Het contact met een therapeut, waarmee een band wordt opgebouwd, wordt beschreven met termen als de ‘therapeutische relatie’, ‘therapeutische alliantie’ of ‘werkrelatie’. Aangezien deze termen voor mensen vanuit verschillende theoretische stromingen verschillende betekenissen kunnen hebben, is er in dit hoofdstuk voor gekozen de algemene term ‘behandelrelatie’ aan te houden. Deze is meestomvattend. Het gebruik van de term ‘behandelrelatie’ kent een tweede voordeel, namelijk dat deze specialisme-overstijgend is. Immers zullen niet alle zorgspecialisten zich herkennen in een beschrijving als ‘therapeut’, of vinden dat een ‘werkrelatie’ een adequate beschrijving is van hun band met cliënten. Daarnaast is zorg voor mensen met een Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA) tegenwoordig veelal niet meer georganiseerd als (enkelvoudige) face-to-face contacten. Veel van de zorg in Nederland wordt multidisciplinair georganiseerd vanuit teamverband, in de vorm van ambulante behandeling in (Flexible) Assertive Community Treatment (F-ACT)-teams, algemene poliklinieken of een samenwerking tussen hulpverleners vanuit verschillende organisaties (bijv. wijkteams van de gemeente, welzijnszorg, verslavingszorg, bemoeizorg en GGZ). Hierin wordt door allen gehandeld vanuit een kader van gemeenschappelijke *behandeling* van een cliënt¹, echter niet alle activiteiten zouden zij als *therapeutisch* beschrijven.

Over behandelrelaties vanuit teamverband is verrassend weinig literatuur te vinden die gestoeld is op empirisch bewijs: het meeste onderzoek naar de behandelrelatie is specifiek gericht op individuele psychotherapie. Een meta-analyse van ruim 200 artikelen gericht op de invloed van de behandelrelatie op uitkomsten van psychotherapie op alle stoornissen toont een correlatie van .3. Dit is een relatief lage correlatie, doch een zeer robuuste: het is onwaarschijnlijk dat dit een toevalsbevinding is (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011). Bij onderzoek naar het effect van psychotherapie bij psychose is het beeld minder duidelijk: een systematische review van 26 studies toont ‘enig bewijs’ voor een invloed van de behandelrelatie op symptomatische uitkomsten (Shattock, Berry, Degnan, & Edge, 2018).

Negatieve effecten van een slechte behandelrelatie

Het is ook belangrijk om uitgebreid stil te staan bij de mogelijkheid dat een slechte behandelrelatie nadelig kan zijn voor de cliënt. Veel onderzoek richt zich op specifieke uitkomsten van een therapie op symptomen. Wanneer de behandelrelatie hierin wordt meegenomen kijkt men veelal of het positieve behandeffect (deels) verklaard wordt door de behandelrelatie. Hierbij wordt vaak voorbijgegaan aan mogelijke *schadelijke* effecten van een *negatieve* behandelrelatie.

Er zijn echter wel redenen om aan te nemen dat een negatieve behandelrelatie verstrekkende negatieve gevolgen kan hebben. Onderzoek heeft laten zien dat cliënten in een slechte behandelrelatie de behandeling vaker niet afronden: een voorbeeld is een longitudinaal onderzoek waarin 78 cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis werden gevolgd, waarin een slechtere behandelrelatie

1 In plaats van ‘cliënt’ kan ook ‘patiënt’, ‘burger’ of ‘service-user’ worden gelezen.

samenhang met voortijdige beëindiging van de behandeling (Spinhoven, Giesen-Bloo, Van Dyck, Kooiman, & Arntz, 2007). Het is helaas moeilijk in te schatten wat 'uitval' precies inhoudt: in sommige gevallen zal de cliënt er enkel voor kiezen om de huidige behandeling te stoppen. Het verdient echter de opmerking dat het bij EPA-zorg goed mogelijk is dat het beëindigen van een enkele behandeling kan inhouden dat de cliënt ervoor kiest met alle behandeling te stoppen, of dat het vertrouwen van de cliënt in de hulpverlening wordt aangetast. In de praktijk lijkt men soms ten onrechte uit te gaan van het 'baat het niet, dan schaadt het niet' principe, wanneer wordt overwogen een bepaalde behandeling of begeleiding in te zetten. Wij raden aan om altijd kort stil te staan bij de vraag hoe een cliënt op een negatieve ervaring zal reageren, en als er sprake is van beëindiging van een bepaald behandel- of begeleidingstraject een gesprek te voeren met cliënt om in te schatten welke impact deze negatieve ervaring heeft gehad.

Daarnaast wordt relatief weinig gekeken naar de mogelijke negatieve impact van een slechte behandelrelatie op de symptomen van cliënten. Wanneer dit wel gebeurt, stemt dit tot enige somberheid. Uit relatief groot onderzoek (n=308) naar de effecten van cognitieve gedragstherapie bij eerste psychose (Goldsmith, Lewis, Dunn, & Bentall, 2015) kwam naar voren dat een goede relatie positieve effecten had op symptomen, maar een slechte relatie had juist negatieve effecten voor de cliënten. Wanneer hierin wordt gekeken naar de extremen, blijkt dat een bijna 'perfecte' behandelrelatie leidde tot een vermindering van ongeveer 1.5% symptomen per sessie, over 18 maanden. De slechtste behandelrelaties leidden echter tot een verergering van symptomen van ongeveer 4% per sessie. Kortom, er zijn dus aanwijzingen dat een slechte behandelrelatie bijna dubbel zoveel negatieve effecten kan hebben dan een goede behandelrelatie positieve effecten kan hebben.

De behandelrelatie in multidisciplinaire teams

Wanneer we voorbij psychotherapie en medicatie kijken, naar de invloed van de behandelrelatie op uitkomsten van psychiatrische behandelingen in het algemeen, wordt het beeld beduidend onduidelijker. In een systematische review in 2011 konden slechts 9 studies worden geïnccludeerd die keken naar de effecten van de behandelrelatie bij de psychiatrische behandeling van psychose (Priebe, Richardson, Cooney, Adediji, & McCabe, 2011). De auteurs gingen niet verder dan een conclusie dat er 'meer significante relaties zijn gevonden dan men zou verwachten op kansniveau', maar geven aan dat de evidentie beperkt is. Dit gebrek aan informatie wordt mogelijk verklaard door het gegeven dat er maar weinig instrumenten geschikt zijn om de effecten van ambulante zorg vanuit teamverband te meten. Ook is de rol van naasten steeds belangrijker in de zorg. Momenteel wordt in Nederland een eerste onderzoek uitgevoerd naar de zogenaamde 'Resource Group Assertive Community Treatment' (RACT) methodiek, waarbij wordt gekeken of het betrekken van naasten bij de behandeling een effectieve toevoeging is op FACT-zorg (Tjaden et al., 2019), op basis van positieve bevindingen in Scandinavië (Nordén, Malm & Norlander, 2012).

Er is daarnaast reden om nader te onderzoeken of het werken in teamverband (zgn. 'shared caseloads') een invloed heeft op de behandelrelatie. Er zijn momenteel echter geen instrumenten voorhanden die specifiek tot doel hebben de behandelrelatie

te meten in organisatievormen zoals F-ACT. Overigens worden er verscheidene onderzoeken uitgevoerd om hier verandering in te brengen, zoals een eerste pilot van een nieuw instrument om de therapeutische relatie te meten bij F-ACT zorg, gebaseerd op concept-map sessies met cliënten (van Haaren, M., Roeg, D.P.K., de Jong, S., in prep), en een meerjarig onderzoek naar de therapeutische relatie op basis van focusgroepen met EPA-cliënten, hulpverleners en ervaringsdeskundigen (Bruins et al., 2018).

Totdat deze instrumenten volledig zijn ontwikkeld en gevalideerd, kan echter slecht worden beoordeeld in hoeverre de relaties met het behandelteam en naasten de behandeluitkomsten beïnvloeden. Zodoende zullen wij ons in dit hoofdstuk primair richten op de behandelrelatie tussen individuele zorgverleners en cliënten.

Optimaliseren van het behandelcontact

In de discussie rondom het effect van behandeling lijkt iedereen het eens te zijn over één ding, namelijk dat de kwaliteit van de behandelrelatie een grote, wellicht zelfs cruciale, rol speelt in de behandeling. Maar wat moet een zorgprofessional doen om ervoor te zorgen dat de behandelrelatie optimaal is? En welke handelingen kunnen beter achterwege worden gelaten? Hierover zijn veel boeken geschreven met aanbevelingen vanuit klinische ervaring, maar het ontbreekt veelal aan empirisch bewijs of een eenduidige operationalisatie. In dit hoofdstuk beginnen wij met het duiden van de term ‘behandelrelatie’. Daarna bespreken wij hoe de behandelrelatie aanzienlijk verschilt wanneer er sprake is van een kortdurende, enkelvoudige interventie ten opzichte van de behandelrelatie bij een complex en/of langdurig behandeltraject. Voor beide varianten zullen wij modellen aanbieden die kunnen worden gebruikt om het behandelcontact te optimaliseren, om zo de kans op succesvolle behandeling te verhogen.

Operationalisatie van de behandelrelatie

Om te beginnen willen wij kort stilstaan bij de term ‘behandelrelatie’ op zich. Deze wordt meestal gedefinieerd op basis van Bordin’s theorie (Bordin, 1979). Bordin definieert de behandelrelatie als: een affectieve band, waarin er overeenstemming is over de doelen van therapie, en overeenstemming bestaat over de manier waarop deze doelen kunnen worden behaald; de taken. Buiten het expliciete woordgebruik (‘de therapie’) wordt er direct uitgegaan van een behandeldoel dat als zodanig is geformuleerd.

Bij de behandeling van enkelvoudige psychische klachten, die relatief kort bestaan, zal het doel van de behandeling vaak vroeg in het proces worden vastgesteld en aan relatief weinig veranderingen onderhevig zijn. Een voorbeeld hiervan is een cliënt die zich voor het eerst aanmeldt met sociale angstklachten. De hulpvraag en het behandeldoel zijn hierbij intrinsiek en expliciet gekoppeld (zie voorbeeldcasus 1).

Voorbeeldcasus 1 enkelvoudige klachten

Behandelaar:	‘Waarvoor heeft u zich aangemeld?’
Clïënt:	‘Ik merk bij mezelf dat ik altijd gespannen ben, doordat ik maar blijf piekeren of mensen me eigenlijk wel leuk vinden. Daardoor ga ik de deur eigenlijk bijna niet meer uit.’ <i>(na enig doorvragen)</i>
Behandelaar:	‘Dat is erg vervelend. We hebben voor dit soort klachten een aantal behandelingen, namelijk X en Y. We zouden kunnen starten met behandeling X, wat inhoudt dat we zullen gaan werken aan’

Bij ernstige, langer bestaande en meervoudige psychopathologie zijn er echter meerdere factoren die het proces kunnen bemoeilijken. Zo is er veelal sprake van een chronisch karakter, waarbij een bepaalde cliënt voor een langere tijd begeleiding krijgt van een team met professionals. Behandeldoelen zijn hierbij contextafhankelijk en veranderlijk. Een cliënt met psychose zou bijvoorbeeld met een rechterlijke machtiging kunnen worden opgenomen. In eerste instantie zal de behandeling binnen een gesloten afdeling plaatsvinden en gericht zijn op het verminderen van symptomen en gevaar. Vervolgens zal het team samen met de cliënt gaan bekijken wat er nodig is om de cliënt te helpen de stabiliteit te hervinden. Het is mogelijk dat het perspectief van cliënt en behandelaren hierbij niet geheel overeenkomen. Wellicht hebben het belang van zo snel mogelijk met ontslag gaan, een dak boven het hoofd en vermindering van schulden prioriteit voor de cliënt, terwijl behandelaren mogelijk de vermindering van psychotische symptomen en gevaar als prioriteit zien. Het is dan een uitdaging om voldoende raakvlakken te vinden om de behandeling succesvol te laten verlopen. (Voorbeeldcasus 2)

Voorbeeldcasus 2 ernstige, langer bestaande en meervoudige psychopathologie

Clïënt (via Whatsapp):	‘Ik wil direct worden opgenomen, ik kan hier niet blijven’
Behandelaar (via Whatsapp):	‘Dat kan niet op stel en sprong, gaat het zo slecht met je?’
Clïënt (via Whatsapp):	‘Ik word gek, het kan zo echt niet langer. Ik wil gewoon een paar weken opgenomen worden. En ik wil slaapmedicatie’

Hulpverlener besluit tijdens het FACT-bord overleg cliënt te bespreken. De verpleegkundige die het meest bekend is met de casus is langdurig ziek. Psychiater benoemt dat cliënt geen oxazepam meer kan krijgen, gezien een eerdere verslavingsperiode. Een psychologische behandeling is gewenst, maar cliënt staat hier niet voor open en maakt kenbaar enkel een opname te willen en slaapmedicatie. Werkbegeleiding benoemt dat cliënt een aantal weken geleden plots is gestopt met werk. Er is enige tijd geleden woonbegeleiding aangevraagd, en deze zal over 2 weken beginnen.

Het concept van de behandelrelatie wordt verder verduidelijkt met de observaties van Frank & Frank (1991). Zij gaven de discussie extra diepgang door gedeelde universele componenten in kaart te brengen die zitten in alle soorten

hulpverleningscontacten (o.a. psycholoog, arts, verpleger, maatschappelijk werker), maar ook traditionele genezers zoals pastores, imams, sjamanen en medicijnmannen. Na een uitgebreide sociaalpsychiatrische antropologische analyse komen zij tot de conclusie dat de behandelrelatie is gestoeld op een emotioneel geladen relatie, een genezende context en een voor zowel hulpvrager als hulpverlener plausibele verklaring en procedure om de problemen aan te pakken, waarbinnen betekenisvolle rituelen plaatsvinden (zie ook 'Gewoonte 2: Aansluiten bij het perspectief van de cliënt').

Hierbij wordt het verhaal wat de cliënt zelf heeft rondom de stoornis (het cliënt-narratief) gekoppeld aan een nieuwe, verklarende en hoopgevende samenvatting van de hulpverlener (behandelaar-narratief). Dit complex van narratieven vormt de hoeksteen van de behandelrelatie en de basis van elke behandeling (Milders & Thunnissen, 2015). Wij gebruiken hier bewust de term 'narratieven', in plaats van 'verhalen': een verhaal (levensverhaal) impliceert een relatief statische weergave van de geschiedenis. Een narratief, echter, is doorlopend, en beschrijft wat iemand zichzelf vertelt, over zichzelf, gedurende de dag, en heeft meer betrekking op het hier en nu dan de levensloop.

Er is hierbij een belangrijk onderscheid tussen de behandelrelatie bij een kortdurende en enkelvoudige interventie, en de behandelrelatie kenmerkend voor een langdurig complex behandeltraject. Hieronder wordt dit schematisch weergegeven (Kader 1).

Kader 1 Gerichte interventie of behandeltraject?

Beoordeel van welk type behandelrelatie sprake is.

Kortdurende, enkelvoudige interventie	Langdurig, complex behandeltraject
Veelal een gerichte hulpvraag, die gemakkelijk kan worden omgezet naar behandeldoelen met meetbaar resultaat.	Hulpvraag / hulpvragen zijn breed, en beslaan verschillende domeinen, zoals bijvoorbeeld weer aan het werk gaan, uitbreiden sociaal netwerk en uit de schuldsanering komen.
Verklaringen van problemen door cliënt (cliënt-narratief) en behandelaar (behandelaar-narratief) liggen sterk(er) op 1 lijn, of wordt van behandelaar gewenst (psycho-educatie).	Verklaringen van problemen door cliënt (cliënt-narratief) en behandelaar (behandelaar-narratief) liggen ver(der) uit elkaar, of hebben meer tijd nodig. Er is sprake van een complex van narratieven.
Behandeldoel wordt vaak primair nagestreefd met een enkele zorgverlener.	Behandeldoelen worden nagestreefd met verschillende zorgverleners.
Kern behandelrelatie: Concrete doelen van cliënt en taken om deze doelen te bereiken in overeenstemming met behandelaar.	Kern behandelrelatie: Gebaseerd op het complex van narratieven van cliënt (en diens omgeving) en de behandelaar.

Kortdurende, gerichte interventies

Hoewel veel mensen met EPA een langdurig behandeltraject volgen, zijn er veel situaties waarin de behandeling het best kan worden beschreven als een ‘gerichte’ interventie. Hierbij valt te denken aan het proberen van een nieuw antidepressivum, een cognitieve gedragstherapie (CGT) voor angstklachten, of geïntensiveerde zorg bij een mogelijke manische episode. In dit geval is het vaak zo dat er vanaf het eerste moment direct een redelijk duidelijk beeld bestaat van het probleem en dat er tussen cliënt en hulpverlener weinig discussie bestaat over de manier waarop tegen het probleem wordt aangekeken. Er is zodoende reeds overeenstemming over het probleem en de oorzaak, of de hulpverlener wordt gevraagd de oorzaak van het probleem uit te leggen middels psycho-educatie. Hierbij valt te denken aan opmerkingen als:

‘Dokter, ik ben zo verdrietig de laatste tijd en ik slaap slecht.’

‘Ik voel mij zo eenzaam.’

‘Mijn man is overleden’

‘Ik drink te veel’

‘Ik heb een huurachterstand’

Ook is het mogelijk dat een hulpverlener het probleem aandraagt (‘U liep gisteren schreeuwend door de supermarkt’, of ‘Bent u (alweer) van de trap gevallen?’), of dat deze vanuit de visie van de cliënt het probleem zelfs veroorzaakt. Dit laatste kan bijvoorbeeld optreden wanneer een psychiater besluit de slaapmedicatie stop te zetten of een woonbegeleider meent dat er geen noodzaak meer is voor verdere woonbegeleiding, terwijl de cliënt deze verandering niet ziet zitten.

Overeenstemming probleem en aanpak

Kenmerkend zijn een praktisch directe overeenstemming over de aard van het probleem; er is sprake van een eenvoudige afstemming van de narratieven. Bij een kortdurende interventie ligt de nadruk van een succesvolle behandelrelatie zodoende vooral op de overeenstemming over de taken en doelen van de behandeling². Daarbij wordt het beste resultaat waarschijnlijk behaald door het gebruik van een meer geprotocolleerde behandeling, die bij voorkeur zo nauwkeurig mogelijk wordt gevolgd. Uit onderzoek naar een kortdurende interventie (Exposure and Response Prevention) bij mensen met een obsessief-compulsieve stoornis kwam naar voren dat overeenstemming over taken en doelen belangrijker waren voor de behandeluitkomst dan de band met de therapeut (Hagen et al., 2016). Wanneer er volgens de cliënt goede overeenstemming was over taken en doelen met de behandelaar waren de behandelresultaten beter dan bij behandelaars waarbij de cliënt minder overeenstemming ervoer. De emotionele band die de cliënt met de behandelaar ervoer was in deze situatie niet voorspellend voor de behandeluitkomst. Bij dergelijke kortdurende interventies kan worden gesteld dat cliënt en therapeut

2 Overigens is het belangrijk in het achterhoofd te houden dat het kunnen verwoorden van het probleem richting een hulpverlener soms al een doel op zich kan zijn voor de cliënt. Het samen concluderen dat het probleem bestaat, maar geen (directe) oplossing heeft kan soms zeker worden gezien als een succesvolle stap in de bredere context van behandeling.

wederzijds voornamelijk op zoek zijn naar een relatie gebaseerd op efficiëntie. Zodoende kan er gebruik worden gemaakt van modellen om de sessies te structureren, zoals bijvoorbeeld bij CGT, waarin er slechts 1 tot 3 contactmomenten worden ingepland om elkaar te leren kennen, waarbij de nadruk in het contact sterk ligt op het verkennen van de problematiek. Daarna wordt overgegaan op het doelmatig aanpakken van de problemen en het in contact zijn. Er kan bijvoorbeeld gebruik worden gemaakt van casusformuleringen die samen worden opgesteld. Bij een casusformulering vullen hulpverlener en cliënt samen een diagram in met daarin een analyse van het probleem: situaties waarin het probleem zich voordoet, de automatische gedachten die hierbij opkomen, het gevoel dat hierbij ontstaat, en het gedrag dat wordt uitgevoerd. Het samen invullen van deze formulering brengt niet alleen dat het probleem in kaart wordt gebracht, maar stuurt eveneens het gesprek en biedt de cliënt de mogelijkheid om de ideeën van de therapeut bij te stellen. Een bijkomend voordeel is dat zowel cliënt als therapeut een concreet resultaat zien van de sessies en dat voortschrijdend inzicht duidelijk wordt gemaakt (Kader 2):

Kader 2: Model van de therapeutische relatie bij kortdurende, gerichte interventie.

	1. Efficiënte werkrelatie	2. Overeenstemming doelen	3. Overeenstemming taken
Activiteiten hulpverlener	Gebruik een methode zoals casusformulering om zeker te stellen dat er wederzijds begrip is omtrent het probleem.	Stel een specifiek, meetbaar behandeldoel vast. Stel een behandelduur vast.	Bespreek bij aanvang van de therapie hoe de interventie vorm krijgt. Deel het behandeldoel op in overzichtelijke, haalbare stappen.

Kort- of langdurig?

Het is hierbij belangrijk dat correct wordt ingeschat of een kortdurende enkelvoudige interventie of een langdurig behandeltraject het meest gepast is. Illustratief zijn de ambigue bevindingen over de invloed van casusformuleringen, waarvan de positieve invloed in sommige onderzoeken wel en in andere niet werden aangetoond (zie voor meta-analyse Van der Gaag, Valmaggia & Smit, 2014). Een mogelijke verklaring hiervoor kan worden gevonden in een kwalitatief onderzoek bij twaalf patiënten (Chadwick, Williams & Mackenzie, 2003): zes van de twaalf patiënten gaven aan positieve emoties te ervaren bij het invullen van de casusformulering. Zij voelden zich gerustgesteld, ervoeren verhoogd optimisme ('ik kreeg het gevoel dat we ergens kwamen, en zag dat ik kon verbeteren'), en drie benoemden specifiek dat het duidelijk werd dat hun therapeut hen begreep. Echter gaven ook zes patiënten aan negatieve emoties te voelen. Zij benoemden bijvoorbeeld dat ze geen idee hadden dat hun problemen zover terug te voeren waren naar hun jeugd, en/of vroegen zich af hoe zij problemen waarbij zoveel verschillende factoren een rol spelen, ooit zouden kunnen aanpakken. Bij de laatste groep kan de vraag worden gesteld of de keuze voor een relatief kortdurende interventie juist was: de

behandelrelatie bood hen mogelijk niet de benodigde veiligheid om de complexe problematiek aan te pakken. Therapeuten rapporteerden dat de casusformulering hun meer hoopvol deed voelen over de therapie, dat het hun gevoel van alliantie en samenwerking verhoogde, dat zij beter begrepen wat de problemen precies waren, en dat het voor hen zekerheid gaf dat de interventie (in dit geval CGT) de juiste aanpak was.

Samen een schematische weergave van de problemen (en oorzaken) opstellen kan binnen kortdurende, enkelvoudige interventies dus een goede basis vormen voor het therapeutisch contact. Het maakt voor beide partijen duidelijk waarom zij samen om tafel zitten, en richt de aandacht continu op het behandel doel. Op deze wijze kan er ook een aaneenschakeling van behandelingen plaatsvinden in het kader van Shared Decision Making. Ter illustratie de volgende casus: een cliënt meldt zich aan met een ernstige depressie. De behandelaar benoemt dat er verscheidene behandelingen voorhanden zijn, zoals een antidepressivum gecombineerd met gedragsactivatie of cognitieve gedragstherapie. Cliënt en behandelaar vullen samen een schematische weergave in van het probleem zoals gezien door de bril van beide psychotherapeuten. Op basis hiervan kan de cliënt kiezen welke het meest passend lijkt te zijn, maar kan ook gemakkelijk worden gewisseld van interventie als de gekozen interventie niet blijkt te werken.

Langdurig contact: behandeltrajecten

Het narratief van de cliënt en dat van de behandelaar

Zoals besproken bevinden veel EPA-patiënten zich in een langdurig zorgtraject, waarbij het doel van de behandeling zich vaak het beste laat samenvatten in algemene termen als 'zich beter gaan voelen', 'weer aan het werk gaan' of 'stabiliteit hervinden'. Deze doelen zijn veelal op te splitsen in tussendoelen, die mogelijk behandeld kunnen worden met gerichte interventies. Toch zullen veel van de behandelcontacten moeilijk passen in de voorhanden zijnde zorgpaden en/of geprotocolleerde behandelingen. Dit kan voortkomen uit verschillen in de manier waarop de zorgprofessional (behandelaar narratief) en cliënt (cliënt narratief) de oorsprong van de problemen en de aard van de oplossing zien. Het vraagt dan, naast professionele kennis, ook veel van de interpersoonlijke vaardigheden van de behandelaar om toch tot een goede aansluiting van beide perspectieven te komen (complex van narratieven).

Soms kunnen zorgprofessionals, ondanks hun beste bedoelingen voor de cliënt, zich lijnrecht tegenover de cliënt vinden. Het intersubjectieve model zoals voorgesteld door Hasson-Ohayon, Kravetz & Lysaker (2017) is opgesteld op basis van de behandeling van mensen met een psychotische stoornis, maar kan breder worden ingezet. Zij benoemen drie categorieën van belemmeringen, die allen sterk gerelateerd zijn aan de manier waarop de cliënt en de hulpverlener het probleem van de cliënt begrijpen.

Belemmering: Perspectief

Ten eerste is het geen uitzondering dat de professional en de cliënt geheel anders tegen de geestelijke gezondheidszorg aankijken. Een zorgprofessional kan overtuigd zijn van de goede bedoelingen van zichzelf en zijn/haar collega's, terwijl de cliënt

zichzelf eerder ziet als een 'overlever van het systeem'. Zo komt uit interviews met verscheidene cliënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis naar voren dat zij het gevoel hebben 'proefdieren' te zijn, waarop verschillende behandelingen worden uitgetoetst (Rogers & Acton, 2012). Dit is natuurlijk niet de bedoeling van de betrokken behandelaren, die dit wellicht juist zouden beschrijven als de zoektocht naar een oplossing voor de problemen van de cliënt. Anderzijds is het mogelijk dat professionals zichzelf tekort voelen schieten, terwijl de cliënt juist zeer tevreden is met de hulp die wordt geboden.

Belemmering: Ziekte-inzicht

De tweede belemmering die zij in hun model identificeren is het niveau van inzicht bij de cliënt, of de discrepantie die kan bestaan tussen de manier waarop de professional en de cliënt de problemen verklaren. Er wordt, vooral bij psychose, vaak gesproken over een mogelijk 'verminderd ziekte-inzicht'. Hiermee wordt bedoeld dat de cliënt ofwel niet onderkent een geestelijke stoornis te hebben, de eigen symptomen niet labelt als zijnde symptomen van de stoornis, of het belang van behandeling niet onderkent (David, 1990). Critici stellen dat het hier eigenlijk gaat om een zorgprofessional die – met de beste bedoelingen – een medisch model (behandelaar narratief) opdringt aan de cliënt. Immers vertelt de zorgprofessional aan de cliënt wat het échte probleem is, met daaraan gekoppeld de oplossing voor dit probleem, namelijk wat de beste behandeling is³. Dit kan een nadelige invloed hebben op het complex van narratieven dat de behandelrelatie moet dragen.

Belemmering: Stigma

Als derde belemmering noemen Hasson-Ohayon e.a. (2017) het risico op stigma en zelf-stigma; uit onderzoek blijkt dit maar liefst bij een derde van de cliënten te spelen (Ehrlich-Ben Or et al., 2013). Doordat de cliënt met ernstige problemen kampt, kan deze zichzelf gaan zien als een 'patiënt', die maar het beste blind kan afgaan op het advies van de zorgprofessionals. Anderzijds is het mogelijk dat de professional, met de beste bedoelingen, de regie van de behandeling op zich neemt (met als kanttekening dat dit in sommige gevallen, bijvoorbeeld wanneer een cliënt gevaarlijk en wilsonbekwaam is, uiteraard juist en zelfs nodig is). Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat de zorgprofessional observeert dat een cliënt in een sociaal isolement leeft. De zorgprofessional merkt dat de cliënt depressief overkomt en bespreekt tijdens contacten met de cliënt vaak manieren om met andere mensen in contact te komen. Op deze wijze wordt er gehandeld vanuit het theoretisch perspectief van de behandelaar: de depressie zal wel voortkomen uit het sociale isolement. Vervolgens wordt de behandeling ingezet op het vergroten van het sociale netwerk, in plaats van eerst samen te zoeken naar (mogelijk wisselende) oorzaken van de depressie. De behandelaar neemt zodoende de regie en maakt zijn/haar eigen perspectief leidend in de behandeling. Impliciet wordt op deze wijze zelf-stigma bevestigd. Deze belemmeringen kunnen allen worden omgezet naar bevorderende factoren wanneer het behandeldoel niet als statisch 'feit' wordt gezien, maar als continue onderhandeling en afstemming in een gelijkwaardig gesprek. In feite vormt het

3 Overigens is het belangrijk te onderkennen dat er momenten zijn zoals gevaar voor zelf en anderen, waarbij zo'n houding van de behandelaar noodzakelijk is. Dit hoofdstuk is voornamelijk gericht op momenten **buiten** crisis.

behandeldoel bij praktisch elk contact met de cliënt het beginpunt van het gesprek, waarbij de zorgprofessional zich bewust blijft van het feit dat hij/zijzelf een bepaald narratief heeft rondom de cliënt, dat kan (en mag) verschillen van dat van de cliënt. Het belangrijkste hierin is dat er voldoende raakvlakken zijn tussen beide narratieven om de behandelrelatie te dragen.

Idealiter ontstaat er een dialoog, die erop gericht is samen met de cliënt te onderzoeken wat het behandeldoel is, voor de korte en lange termijn, en hoe dit bereikt kan worden. De afgelopen jaren wordt vaak naar deze houding verwezen onder de noemer 'Shared Decision Making' (SDM; gedeelde besluitvorming). In de volgende paragraaf gaan wij hier nader op in.

Het behandeldoel als continue onderhandeling: Shared Decision Making (Gedeelde besluitvorming)

Shared Decision Making heeft uitgangspunten die vergelijkbaar zijn met EBM, waarbij ook continu een balans wordt gezocht tussen enerzijds de visie, wensen en voorkeuren van de cliënt en familie/naasten (cliënt narratief), en anderzijds het aanbieden van de expertise die de zorgprofessional te bieden heeft (autoriteit; behandelaar narratief) zonder beslissingen op te leggen (autoritair), waarbij de behandelcontext tevens van belang is. De nadruk bij Shared Decision Making ligt overigens niet per se op de specifieke beslissingen die worden genomen, maar de zekerheid en het vertrouwen die een cliënt heeft rondom het nemen van de beslissing (beslissingsambivalentie; Metz et al., 2018).

Het inzetten van Shared Decision Making komt dan ook uit veel onderzoek naar voren als een belangrijk component in de behandelrelatie en heeft eveneens invloed op de behandelresultaten (Aubree Shay & Lafata, 2015). Het principe van Shared Decision Making heeft overlap met de met het begrip evidence-based medicine (EBM): 1) zoek naar de hoogste bewijsvoering, 2) *onderzoek de wensen en voorkeuren van de cliënt*, en 3) zet de eigen expertise en ervaring in. Maak uiteindelijk keuzes in de behandeling door deze drie elementen samen te nemen.

Dat de gehele behandelcontext meespeelt is het best te begrijpen vanuit het cliëntperspectief. In 2012 werden 48 cliënten uit de reguliere gezondheidszorg door middel van focusgroepen geïnterviewd over het contact met hun dokter. Zelfs deze groep van relatief rijke, hoogopgeleide cliënten gaf aan dat zij veelal probeerden om 'goede patiënten' te zijn, zodat het niet zou lijken alsof zij de 'expertise van de dokter niet erkennen', om zo te voorkomen dat deze 'boos zou worden' en wellicht de behandeling minder goed zou uitvoeren (Frosch, May, Rendle, Tietbohl, & Elwyn, 2012). Onderzoek bij EPA cliënten laat zien dat zij hierin haast nog een stapje verder gaan: zij vergeleken succesvolle SDM met een goed huwelijk, gebaseerd op gelijkwaardigheid en partnerschap, overeenstemming tussen clinicus en cliënt, vertrouwen en eerlijkheid, en zorg en empathie (Eliacin, Salyers, Kukla, & Matthias, 2015).

Het kan soms lastig zijn om handen en voeten te geven aan een term als 'Shared Decision Making'. Veel zorgprofessionals voelen zich soms in een spagaat tussen hun expertise en evidentie voor bepaalde behandelingen enerzijds, en de wensen en voorkeuren van de cliënt anderzijds. Dit geldt eveneens voor cliënten: het is zeker niet zo dat alle cliënten altijd zitten te wachten op een grote rol in de besluitvoering. In het eerder genoemde onderzoek waarin cliënten de behandelrelatie vergeleken

met een goed huwelijk, zat ook een cliënt die heel duidelijk zei dat hij ‘de behandelbeslissingen graag aan de dokter overlaat’ (Eliacin et al., 2015). Dit past overigens prima binnen de analogie met een huwelijk: partners vinden het veelal helemaal niet vervelend om bepaalde beslissingen volledig aan de andere partner over te laten.

Kader 3: Model van de therapeutische relatie bij chronisch complex behandeltraject

	1. Investeer in het begin	2. Bespreek cliënt narratief	3. Toon empathie	4. Investeer in het afsluiten
Activiteiten hulpverlener	Breng gelijkwaardig contact tot stand	Vraag naar de ideeën van de cliënt	Wees open voor emoties cliënt	Lever opgedane informatie / diagnose / werkhypothese / voortgang
	Bespreek zorgen van de cliënt	Bespreek specifieke verzoeken cliënt	Formuleer empathische reflectie	Betrek cliënt in de besluitvorming
	Plan het gesprek	Verken de invloed op het leven van de cliënt	Blijf bewust van eigen emotionele reactie	Beëindig het gesprek
		Verken eigen narratief over problemen cliënt, communiceer deze transparant, en zoek aansluiting.	Communiceer empathie non-verbaal	

Van theorie naar praktijk: het ‘Vier Gewoontenmodel’

Er zijn verscheidene modellen die kunnen worden gebruikt om houvast te bieden wanneer het aankomt op de behandelrelatie en SDM. Een model dat voor de reguliere gezondheidszorg is ontwikkeld, en al op een aantal plaatsen succesvol wordt ingezet, is het Vier Gewoonten model (Four Habits; Frankel & Stein, 2001). Deze deelt klinische contacten op in vier gedeelten: investeer in het begin, bespreek het perspectief van de cliënt, toon empathie en investeer in het afsluiten (Kader 3). Het originele model is sterk gericht op de diagnostiek binnen de reguliere gezondheidszorg. Zodoende is een versie aangepast voor gebruik bij EPA cliënten weergegeven in Kader 4.

Gewoonte 1: Investeer in het begin

Het begin van elk contact met de cliënt is het moment waarop de toon van het gesprek wordt neergezet. Hierbij zijn drie zaken van belang: er moet snel een verstandhouding worden opgebouwd tussen professional en cliënt, de zorgen van de cliënt moeten worden besproken, en het contact moet worden gepland. Het kan erg behulpzaam zijn om jezelf er bij het begin van een behandelcontact of een behandelrelatie aan te helpen herinneren dat er een groot verschil zit in de dagelijkse ervaringen van professionals en cliënten. Zorgprofessionals zijn opgeleid met gesprekstechnieken, hebben vaak een jarenlange ervaring, zien dagelijks

Kader 4 Bewerking van het 'vier gewoontenmodel', naar Frankel & Stein

Gewoonte	Vaardigheden	Voorbeelden technieken	Doel
Investeer in het begin	Rapport opbouwen	Benoem wachttijd	Gelijkwaardig contact scheppen
	Bespreek de zorgen van cliënt	Laat zien dat je het dossier kent / dat je het vorige gesprek herinnert Begin met open vragen: 'Waar zou je vandaag hulp bij willen?' of 'Ik begrijp dat je hier bent om ... kun je me hier meer over vertellen?'	Accuraatheid checken van begrip therapeut Vergroten van regie cliënt over de behandeling
	Plan het gesprek	Laat de cliënt weten wat ze kunnen verwachten: 'Zullen we beginnen met het bespreken van ..., dan doen we daarna ...' of 'Waar wil je het eerst over hebben?' Bespreek de agenda van het contact, benoem hoeveel tijd er ongeveer is voor het contact Herhaal de zorgen van cliënt om eigen begrip te checken	
Bespreek narratief / perspectief cliënt	Vraag naar de ideeën van de cliënt	Bespreek de zienswijze van cliënt: - 'Wat denk je zelf dat de symptomen veroorzaakt?' - 'Waar maak je je het meeste zorgen over?' - 'Wat denken je familieleden van dit probleem?'	Diversiteit respecteren Stelt de cliënt in staat belangrijke diagnostische informatie te bieden
	Bespreek specifieke verzoeken cliënt		Verkent het narratief van cliënt
	Verken de invloed op het leven van de cliënt	Stel behandelgoal cliënt vast: 'Toen je nadacht over dit gesprek, hoe hoopte je dat ik je zou kunnen helpen?'	
	Verken het eigen narratief over problemen cliënt, communiceer hier transparant over, zodat aansluiting kan worden gezocht tussen beide narratieven.	Check impact problemen op functioneren: 'Hoe hebben deze problemen je functioneren aangetast?'	

Gewoonte	Vaardigheden	Voorbeelden technieken	Doel
Toon empathie	Wees open voor emoties cliënt	Let op veranderingen in lichaamstaal en toon	Verdieping van het contact
	Formuleer empathische reflectie		Bouwt vertrouwen
Investeer in het afsluiten	Blijf bewust van eigen emotionele reactie	Maak gebruik van de empathiecyclus & gebruik eigen ervaren emotie als informatiepunt wat cliënt ervaart	Maakt het makkelijker om grenzen te stellen, of 'nee' te zeggen
	Communiceer empathie non-verbaal		
	Lever opgedane informatie / diagnose / werkhypothese / voortgang	Geef een samenvatting van het gesprek. Indien relevant, bespreek wat er is geleerd over cliënt en diens diagnose, bevrage hoe cliënt het gesprek heeft ervaren	Verhoogt samenwerking
	Betrek cliënt in de besluitvorming		Vergroot de kans op overeenstemming ziekte-narratief
	Beëindig het gesprek	Bespreek of de huidige behandeling voortgezet moet worden, bespreek evt. alternatieve opties en luister naar voorkeuren cliënt	Vergroot adherentie behandeling
		Beoordeel motivatie en hoop cliënt	Stimuleert regie van de cliënt
		Begin afsluiting gesprek op tijd, zodat er nog zaken kunnen worden besproken: 'We gaan richting afsluiting van het gesprek. Ik vroeg me af of er nog zaken zijn die voor jou belangrijk zijn om te bespreken?'	

meerdere cliënten en worden vaak geflankeerd door hun teamgenoten. Dagelijks voeren zij zorggesprekken. Voor cliënten kan dit aanzienlijk anders zijn: zelfs een cliënt die een uitgebreid zorgpakket heeft, zal aanzienlijk minder gesprekken voeren dan de professional. Daarnaast heeft de zorgprofessional vaak een duidelijker beeld van hoe een relatie tussen hulpverlener en cliënt eruit ziet dan de cliënt, en hoe de zorg er over het algemeen uit ziet.

Dit model kan zowel worden gebruikt voor het behandelcontact als geheel (dus vanaf het begin van de behandeling tot uitschrijving uit zorg) en voor elk contactmoment afzonderlijk. Vanaf het begin, waarin rapport wordt opgebouwd, wordt er gezorgd voor een gelijkwaardig contact. Gelijkwaardigheid in het contact houdt in dat cliënten dezelfde 'gedragsregels' mogen verwachten van de zorgprofessional, die ook van hen worden verwacht. Op tijd komen geldt bijvoorbeeld voor beide. Idem voor langskomen tijdens een opname: er moet een afspraak worden gemaakt, zodat de cliënt zich kan voorbereiden op het contact, of aan kan geven dat het bezoek niet gewenst is. Gelijkwaardigheid in het contact ligt erg gevoelig en kan door vele zaken (zoals drukke agenda's) gemakkelijk verloren raken.

Wat betreft voorbereiding op het contact geldt hetzelfde: veel EPA-clieñten hebben hun verhaal al vaak verteld en hebben de meeste adviezen al eens gehoord. Het is dan ook voor veel cliënten prettig om te horen dat een behandelaar (nog) weet wat er eerder is besproken en dat deze verifieert bij de cliënt of zijn/haar gedachten over diens casus (nog) kloppen.

Vervolgens worden de zorgen en zorgbehoeften van de cliënt besproken. Het is hierbij belangrijk te beseffen dat het doel hiervan niet enkel is gericht op het optimaliseren of sturen van de behandeling, maar dat het bespreken van de zorgen op zichzelf ook al een therapeutische handeling is. De tijd nemen voor het luisteren naar het verhaal van de cliënt en zaken die hem/haar dwars zitten, maakt direct duidelijk dat je oprecht geïnteresseerd bent in de cliënt zelf, als persoon. Daarnaast geeft het goed aan dat het voor jou belangrijk is om samen te werken aan de problemen die het meest prangend zijn voor de cliënt. Uit een inmiddels klassieke studie bleek dat in slechts 17 van 74 bezoeken aan de arts, de cliënt zijn/haar openingszinnen kon afmaken (Beckman & Frankel, 1984). Gemiddeld genomen kreeg de cliënt zo'n 18 seconden de tijd om alle zorgen te benoemen. Mogelijk werd gedacht dat deze werkwijze het meest efficiënt zou zijn: neem het eerste dat de cliënt aandraagt en kom direct ter zake. Dit is echter een misvatting. Allereerst kostte het geen enkele cliënt meer dan twee minuten om alle zorgen te benoemen. Daarnaast zijn cliënten geen medici en hebben zodoende geen lijstje van zorgen in hun hoofd dat is gesorteerd op relevantie of urgentie. Uit onderzoek bij 100 diabetespatiënten van 60+ kwam naar voren dat gemiddeld genomen het derde probleem dat werd genoemd het belangrijkste was (Rost & Frankel, 1993).

GGZ-clieñten voelen dit verschil aan, en noemen het als een belangrijk verschil tussen een 'uitstekende dokter' en een dokter die hen een vervelend gevoel geeft (Gunasekara, Patterson, & Scott, 2017). Zo beschrijven cliënten: 'Ze zitten er uitdrukingsloos bij en stellen vragen, maar absorberen niet wat je zegt. Ze weten alles, precies wat mijn ziekte is'. Anderen benoemen dat ze niet de tijd en emotionele ruimte krijgen om hun ervaringen te delen: 'Hij luistert intellectueel, hij filtert wat ik zeg voor tekenen van gevaar. Het raakt hem niet in zijn hart'.

Uit kwalitatief onderzoek naar een nieuwe psychotherapie bij mensen met een psychotische aandoening kwam naar voren dat voor 12 van de 14 participanten het

meest werkzame ingrediënt was geweest dat zij zichzelf konden uiten, en van zich af konden praten (de Jong, Hasson-Ohayon, Donkersgoed, Aleman, & Pijnenborg, 2018). Voor het gedachtegoed dat sneller ter zake komen leidt tot grotere efficiëntie is dan ook weinig bewijs.

Deze voorbeelden illustreren treffend dat het voor cliënten van groot belang is dat zij de ruimte krijgen hun eigen narratief te verwoorden, en dat het voor cliënten merkbaar is wanneer dit niet serieus wordt genomen. Tegelijkertijd worstelt de behandelaar vaak met de beperkte tijd en de noodzaak volledige informatie te krijgen, vooral bij een eerste gesprek. Bij het Centrum Integrale Psychiatrie (Groningen) wordt daarom een vragenlijst meegestuurd met de uitnodiging voor intake. Deze wordt tevoren door cliënt ingevuld en meegenomen. Op deze wijze krijgen de zorgprofessionals meer ruimte tijdens het intakegesprek om te luisteren naar het perspectief van de cliënt en kan de tijd besteed worden aan wat er nodig is (bijv. als er opeens een sterke emotie opwelt of iets heel kwetsbaars besproken wordt), zonder in de spagaat van tijdsnood te komen. Dit zal echter niet in alle situaties behulpzaam zijn. Zo bemerkten wij vanuit een F-ACT team dat bij een opname in de kliniek veel informatie opnieuw werd uitgevraagd, terwijl deze reeds in het dossier staat. Dit is frustrerend voor zowel de cliënt, die het gevoel krijgt alles ‘van voor af aan’ te moeten vertellen, als voor de verpleegkundigen die bij dit gesprek aanwezig is en dat dossier zorgvuldig heeft aangelegd.

Tot slot kan het relevant zijn om een duidelijke planning te maken tijdens deze beginfase van het behandelcontact. Cliënten begrijpen dat zorgprofessionals druk zijn en kunnen het lastig vinden om in te schatten op hoeveel tijd zij kunnen rekenen. Dit kan worden ondervangen door de beschikbare tijd te benoemen en te overleggen welk van de onderwerpen aan de orde gaat komen: ‘We hebben vandaag ongeveer een kwartier om te praten. U noemde een aantal zaken waar u zich zorgen over maakt, wat is voor u het belangrijkste? Dan gaan we het daar eerst over hebben’. In veel gevallen zal het doel van het contactmoment al van tevoren vaststaan, zoals bijvoorbeeld een verpleegkundige die langskomt om de overgang van medicijn A naar medicijn B te faciliteren. In zulke gevallen kan duidelijk worden aangegeven dat beide partijen samen de agenda verzorgen: ‘We moeten het natuurlijk sowieso even hebben over je switch van A naar B, dus daar wilde ik het graag met je over hebben. Heb jij daarnaast nog dingen die je vandaag wilt bespreken?’

Gewoonte 2: Aansluiten bij het perspectief van de cliënt

Het kan voorkomen dat het perspectief van de cliënt verschilt van dat van de zorgprofessional. Er is al benoemd dat het zaak is om voldoende tijd te nemen voor cliënten om te bespreken waar zij zich zorgen over maken of hulp voor zoeken. Een belangrijk aspect van de behandelrelatie draait om de manier waarop de zorgprofessional zich opstelt in het contact. We zullen onder de derde ‘gewoonte’ bespreken dat empathie tonen belangrijk is, maar dat dit onmogelijk is zonder dat de zorgprofessional zich verplaatst in het perspectief van de cliënt (cliënt narratief) en zijn eigen perspectief erop laat aansluiten.

Bij een uitgebreide analyse van psychiatrische consulten met mensen met een psychotische stoornis werd duidelijk dat cliënten graag de inhoud van hun symptomen bespreken (McCabe, 2002). De artsen lieten in deze gesprekken zien dat dit onderwerp oncomfortabel voor ze was, toonden tegenzin en terughoudendheid, en stuurden gesprekken veelal naar de frequentie van symptomen, de ernst van

symptomen en medicatie. Van aansluiting bij het perspectief van de cliënt is dan geen sprake.

SDM help de professional goed aan te sluiten bij het perspectief van de cliënt.

Cliënten benoemen zelf dat Shared Decision Making inhoudt dat beide partijen input geven en samen tot een overeenkomst komen. Een cliënt legt uit: 'Ik bedoel, zij geeft mij input, en ik geef ook input, en dan komen we samen tot overeenstemming [complex van narratieven], met haar inbreng en de mijne op hetzelfde niveau'. Het is de moeite waard om kort stil te staan bij wat de input van beide partijen is: de zorgprofessional levert expertise en steun. De input van de cliënt beperkt zich tot diens eigen ervaringen met de stoornis en de hulpvraag. Het zijn uiteindelijk die ervaringen die aanleiding zijn van de zorg, en het is belangrijk in overweging te nemen dat de mate van 'ernst van de symptomen' voor de cliënt wellicht volledig anders is dan dat van de zorgprofessional. Professionals kunnen vanwege hun achtergrond en opleiding begrijpelijkerwijs een focus hebben op symptoomreductie, zeker wanneer er ernstige psychopathologie speelt. Voor cliënten kan het echter relevanter zijn om het te hebben over een dak boven het hoofd of de financiële problemen. Dit vraagt flexibiliteit bij de behandelaar; de eigen agenda (bijv. medicatie ophogen, een conflict met de woningbouwstichting bespreken, huiswerk bespreken) moet worden uitgesteld en de wensen van de cliënt worden vooropgesteld.

Psychotische symptomen worden bijvoorbeeld lang niet altijd door cliënten ervaren als sterk negatief of positief (Moritz et al., 2015). Integendeel, er is vaak sprake van grote ambivalentie: van in totaal 113 cliënten gaf 45% aan dat zij het wel prettig zouden vinden wanneer zij geen stemmen meer zouden horen, maar dat zij deze ook best weleens zouden gaan missen. Van 72 cliënten die met hun antipsychotische medicatie stopten, gaf 18% (bijna een vijfde) aan dat zij tijdens hun ziekte een ander persoon werden en dat zij dit gevoel soms nodig hebben (Moritz et al., 2013). Ook werd door 18% van de cliënten genoemd dat zij tijdens hun ziekte een gevoel van belangrijkheid en macht voelden dat zij 'af en toe nodig hebben'.

Zelfs cliënten die een professional al langer kent, kunnen hierin voor grote verrassingen zorgen: tijdens de behandeling van iemand met schizofrenie (door SJ) vertelde deze dat hij geloofde dat er overal camera's hingen in zijn woning. De therapeut sprak hiervoor zijn medeleven uit: 'Vervelend dat er zo'n inbreuk op je privacy plaatsvond'. De cliënt keek wat verrast op: 'Vervelend? Nee man, da's juist fijn, als ik doodga dan zien ze dat direct en lig ik niet weg te rotten!'. Een dergelijke uitwisseling brengt duidelijk aan het licht hoe ver de perspectieven van de behandelaar en de cliënt uit elkaar kunnen liggen. Pas zodoende op voor de eigen aannames (cognitieve empathie) en vraag neutraal uit wat iets betekent voor de cliënt. Bepaalde symptomen kunnen een belangrijke functie vervullen in het leven van cliënten.

Om ervoor te zorgen dat de cliënt genoeg ruimte krijgt om zijn of haar perspectief te verwoorden, kan er gebruik worden gemaakt van een drietal vragen (Frankel & Stein, 2001). Stel minimaal een vraag over het **perspectief** van de patiënt ('Wat denk je dat je problemen veroorzaakt?', 'Wat baart je het meeste zorgen hierin?'), een vraag over de **wensen** van de patiënt ('Toen je nadacht over dit gesprek, wat hoopte je dat ik voor je zou kunnen betekenen?') en de **invloed** van de symptomen op het leven ('Hoe hebben de problemen jouw leven beïnvloed/ dat van familieleden?'). Een uitgebreidere weergave kan worden gevonden in Kader 4.

Basiselementen behandelrelatie: Frank & Frank

Om dieper inzicht te krijgen in de rol van het (ziekte-)narratief kan goed gebruik worden gemaakt van het model van Frank & Frank (1993). Zij benoemen dat de behandelrelatie tussen zorgprofessionals en cliënten vergelijkbaar is met traditionele genezers zoals pastoors, imams en medicijnmensen. Onderliggend aan deze relaties zijn vier elementen, die zich uitstekend lenen als basis voor gesprek (Frank, 1982).

Emotioneel geladen relatie: De essentie is in deze een contact waarin mensen zich veilig en positief bejegend voelen, en vertrouwen hebben dat de hulpverlener zijn/ haar best doet. Carl Rogers beschreef dit met de bekende term ‘unconditional positive regard’ (C. R. Rogers, 1951, 1957). In deze is het belangrijkste dat de hulpverlener in staat is om over te brengen dat hij/zij geeft om de cliënt, competent is, en geen dubbele agenda heeft.

Creëren van een veilige, helende ruimte: Het is belangrijk dat voor de cliënt duidelijk is dat dit een veilige context is. Immers wordt van cliënt mogelijk gevraagd om veel van zichzelf te laten zien. Zorg er zodoende voor dat het contact dus niet te veel lijkt op contact ‘buiten’, waar de cliënt mogelijk sterk negatieve reacties heeft gekregen, maar laat zien dat contact met de hulpverlener bijzonder is.

Plausibele verklaring voor de problemen: Wees bewust van het gegeven dat de zorgprofessional het contact in gaat met een eigen verklaring voor de problemen, maar dat de verklaring van cliënt leidend is. Bij gebrekkig probleeminzicht kan er worden gewerkt aan beter wederzijds begrip, maar een behandeling gebaseerd op het ziekte-narratief dat enkel door de therapeut wordt onderschreven zal weinig succesvol zijn. Wanneer over een bepaald probleem geen overeenstemming kan worden bereikt: erken dit en overweeg een ander behandeldoel. Het uiteindelijke doel is dat een nieuw, samenhangend model wordt gevonden dat overtuigende verklaringen biedt voor het ontstaan van klachten en hoop geeft op verbetering.

Procedure om de problemen aan te pakken: Wanneer er overeenstemming is over het narratief rondom de problemen, kan deze worden gebruikt als leidraad voor een procedure om de problemen aan te pakken. Gebruik Shared Decision Making om de behandeling vorm te geven. Deze procedure verloopt vaak niet eenvoudig en lineair, maar het is een complex proces (‘met vallen en opstaan’) waarbij het van belang is om continu met elkaar in gesprek te blijven. Het is hierbij belangrijk om regelmatig te toetsen of de procedure (de taken en de doelen) nog steeds overeenkomen met de verklaring voor de problemen die samen met cliënt is gezocht. Als dat lukt ontstaat er een goed aansluitend complex van narratieven, en dat is een belangrijke voorspeller van therapeutisch succes (Milders & Thunnissen, 2015).

Gewoonte 3: Empathie

Empathie wordt veelal opgedeeld in twee componenten: cognitieve empathie en affectieve empathie. Cognitieve empathie is een vorm van begrijpen: er is X gebeurd met de persoon, dan zal deze zich Y voelen. Veel gesprekstechnieken communiceren in de kern veelal dit type empathie (‘Ik begrijp dat het voor u moeilijk is om...’). Affectieve empathie is het kunnen invoelen in de persoon. Dit houdt in dat er sprake is van oprecht gevoelde betrokkenheid, die congruent is met de gevoelens die de cliënt heeft. Een opmerking die cognitieve empathie communiceert, maar waarbij voldoende begrip ontbreekt om affectieve empathie te kunnen ervaren, kan erg ‘leeg’ aanvoelen. Vooral bij EPA zorg benoemen cliënten veelal dat zij graag ‘als mens worden behandeld’, waarvan een groot component is dat hun gevoelens serieus worden genomen.

Alhoewel de ruimte niet toereikend is voor een algemene verhandeling rondom het communiceren van affectieve empathie, kan een belangrijke vuistregel zijn om als hulpverlener altijd te toetsen of er invoeling is. Met andere woorden spreekt de hulpverlener pas diens empathie uit wanneer hij/zij de bijbehorende emotie bij zichzelf bemerkt. Deze emotie zal natuurlijk niet de hevigheid hebben die de cliënt ervaart, maar wanneer de hulpverlener geen enkel gevoel bij zichzelf bemerkt is het goed mogelijk dat er langer moet worden geluisterd naar cliënt.

De term 'empathie' komt veel voor in de literatuur rondom geestelijke gezondheidszorg en technieken die moeten worden toegepast door zorgprofessionals. Toch blijkt empathie een ingewikkeld begrip, dat niet gemakkelijk samen wordt gevat in een serie handelingen die een zorgprofessional moet uitvoeren, of juist moet laten. Zelfs een uitgebreid literatuuronderzoek met als specifieke doelstelling om een 'how-to' te ontwikkelen, verzandt uiteindelijk in onduidelijke beschrijvingen: 'Vanuit dit framework kan een beginnende clinicus beginnen met het begrip dat therapeutische empathie is geworteld in onze gedeelde menselijkheid. Zowel de behandelaar als de cliënt zitten zo in elkaar dat zij elkaar subjectief kunnen begrijpen, door het universele menselijke lichaam' (Gibbons, 2010). Alhoewel dergelijke verhandelingen informatief zijn (en wij raden de geïnteresseerde lezer zeker aan om meer te lezen over deze centrale vaardigheid), kan het lastig zijn voor professionals om hun empathische vaardigheden systematisch aan te scherpen. Een bruikbaar en praktisch toepasbaar hulpmiddel hierin is de empathiecyclus.

Shae gebruikt in zijn boek 'Psychiatric Interviewing: the Art of Understanding' (2016) de empathiecyclus als model om grip te krijgen op deze abstracte term. In een goed verlopend gesprek tussen cliënt en behandelaar doorloopt empathie als het ware de volgende cyclus: 1) eerst voelt en toont de cliënt emoties, dan 2) merkt de behandelaar wat er bij hem/haar leeft, vervolgens 3) formuleert de behandelaar wat hij/zij denkt dat er leeft (gevoelsreflectie), 4) hoort de cliënt wat de behandelaar erover zegt en 5) geeft aan of dat klopt of corrigeert de formulering van de behandelaar. Zie voor een voorbeeld van de empathiecyclus tijdens een gesprek kader 5.

Kader 5. De empathiecyclus (Shea, 2016) in de praktijk

Stel, een cliënt slaat de ogen neer, heeft een trillende stem en krijgt waterige ogen (1). De behandelaar merkt dit (2) zegt dan mogelijk (3): 'Dit maakt u ook erg verdrietig'? De cliënt kijkt dan op (4), knikt van ja (5) en barst dan in tranen uit. Dit model biedt handvatten om te analyseren wanneer een gesprek niet goed loopt. Wanneer dit gebeurt kan de behandelaar zich afvragen: voelt of toont de cliënt weinig emoties (1)? Bijvoorbeeld als bijwerking van medicatie, of heb ik het niet gemerkt (2)? Bijvoorbeeld doordat ik afgeleid was, of heb ik haar gevoel niet goed geformuleerd (3)? Bijvoorbeeld wanneer de cliënt huilt maar boos is in plaats van verdrietig, of geeft ze geen reactie op mijn reflectie (4)? Bijvoorbeeld doordat ze niet goed kan horen of zien? Of laat ze weinig merken van wat zo'n reflectie met haar doet (5)? Bijvoorbeeld doordat ze erg verlegen is, maar het gesprek wel goed loopt.

Het gebruik van dit model vereist de nodige oefening. Het kan dan ook zeer behulpzaam zijn om een aantal van de eigen gesprekken op te nemen, en deze eens terug te luisteren met dit model bij de hand. Wanneer het analyseren van de

empathiecyclus volledig opgenomen is in de werkwijze, kan vervolgens worden geëxperimenteerd om te zien welke gesprekstechnieken bij welk deel van de cyclus het beste passen bij de individuele werkwijze van de professional.

Gewoonte 4: Investeer in het afsluiten

De afsluiting van het contactmoment, of de behandeling, leent zich goed voor het versterken van de samenwerking, en vormt daarmee een belangrijk onderdeel van het contact. Sta erbij stil dat, vooral bij EPA zorg, jouw contact wordt gevolgd door contact(en) met andere teamleden. Het is dan ook zaak om hier niet mee te wachten tot er nog slechts een minuut over is in het contactmoment. Zowel cliënt als zorgprofessional moeten in staat worden gesteld om hun ervaringen van het contact en gedachten over de behandeling te delen.

De zorgprofessional kan deze fase inleiden door te benoemen dat het einde van de afspraak in zicht komt en de cliënt te vragen wat hij/zij van het contact vond. Dit zal idealiter leiden tot gemeenschappelijke reflectie over de voortgang van de behandeling. Wanneer cliënt of zorgprofessional zich afvraagt of er voldoende voortgang wordt geboekt, kan dit expliciet worden benoemd en als agendapunt voor het volgende contactmoment worden ingepland. Op deze wijze krijgt de cliënt de tijd om hierover na te denken en zich voor te bereiden. Tevens wordt er zo getoond dat zelfs wanneer de behandeling wellicht minder effectief is dan gehoopt, dit niet betekent dat contact met de zorgverleners wordt beëindigd. Samen zoeken naar de juiste stappen om te nemen kan worden gekaderd als een (soms noodzakelijke) stap binnen behandeling. Ook hier staat, net als bij gewoonte 2, centraal dat er constant wordt gehandeld vanuit een gelijkwaardige samenwerkingsrelatie.

Het afsluitende deel van een contactmoment kan ook door de zorgprofessional worden gebruikt om in te schatten hoeveel motivatie de cliënt voor de behandeling heeft en in hoeverre de cliënt zich hoopvol dan wel hopeloos voelt. Wanneer er sprake is van hopeloosheid, kan ook dit worden gebruikt als agendapunt voor het volgende gesprek. Omgaan met hopeloosheid, of verwarring over wat de beste weg voorwaarts is, kan zwaar zijn voor zowel de cliënt als de zorgprofessional. Alhoewel wij hier door ruimtegebrek niet verder op in kunnen gaan, raden wij in deze gevallen de zorgverlener aan om de eigen rol te heroverwegen van 'expert' naar 'consultant' (Lysaker, Buck, & Lintner, 2009). Een raadgever, of consultant, heeft veelal tot doel om samen met de opdrachtgever (de cliënt) te onderzoeken hoe de vork in de steel zit, terwijl een expert wordt verwacht een juiste analyse met passende behandeling te bieden.

Als er, zoals vaak het geval is bij EPA, sprake is van een langdurig behandeltraject, is het vooral zaak dat bij de afsluiting voldoende kan worden stilgestaan bij het perspectief van de cliënt op het behandeltraject. Neem voldoende de tijd om uit te vragen of de cliënt voelt dat deze de ondersteuning krijgt die hij/zij wil, en vraag ook uit welke hulpverleners er in de komende tijd nog op de agenda staan. Reflecteer samen op de vraag of dit niet te veel of te weinig is voor de cliënt.

Wanneer de behandelrelatie niet lijkt te werken

Tot slot is het belangrijk om te onderkennen dat sommige behandelrelaties simpelweg niet werken. Dit kan verschillende oorzaken hebben, zoals verschillen

in communicatiestijlen, botsingen van culturele aannames en standpunten, of verschillen in handelswijze (bijv. zeer bedachtzaam vs. Een ‘aanpakker’). Bij een grote ‘mismatch’ is het verstandig om te overwegen de cliënt over te dragen aan een collega. In zulke gevallen raden wij het volgende stappenplan aan:

- 1) Toets de indruk dat de relatie niet lekker loopt bij de cliënt. Vooral in het geval van cliënten met een stoornis binnen het autismespectrum, of zware negatieve/depressieve symptomen, is het goed mogelijk dat de hulpverlener ten onrechte dit gevoel krijgt. Immers is de cliënt weinig expressief en geeft zo weinig blijk van een gedeelde relatie. Zorg er dus voor deze indruk uitgebreid te bespreken, om zo te toetsen of er wel een probleem bestaat.
- 2) Boek een intervisie of supervisiegesprek. Hierbij wordt met een collega als supervisor de blik naar binnen geworpen en kan worden gereflecteerd op de vraag waarom dit contact niet loopt zoals gewenst. Het is voor hulpverleners belangrijk om een goed beeld te hebben van problematiek waar zij simpelweg minder ‘goed mee zijn’.
- 3) Onderzoek zelf en/of samen met cliënt of er ook andere zaken kunnen spelen, zoals (tegen)overdracht die maken dat het stroef loopt. Maak hierbij eventueel gebruik van een zelfinvullijst zoals de ‘Countertransference Questionnaire’ (Betan, Heim, Conklin, & Westen, 2005).
- 4) Een andere optie is om na denken over de volgende vier vragen: ‘Welke gevoelsreactie maakt de cliënt bij je los?’, ‘Wat ben jij geneigd te zeggen of te doen?’, ‘Wat lijkt de cliënt van je te willen of juist niet van je te willen?’, ‘Welke beelden of beeldspraken komen bij je op als je jouw reacties op deze cliënt kernachtig zou willen typeren?’ (Hafkenscheid, 2014; Kiesler, 1996). Draag dus niet te snel over, maar kijk eerst of het probleem uitgesproken/doorgewerkt kan worden.⁴) Mocht het toch komen tot een overdracht naar een collega, maak dan duidelijk naar de cliënt dat de keuze professioneel en niet persoonlijk is. Zorg bij voorkeur voor een warme overdracht, waarbij de nieuwe zorgverlener aanschuift bij minimaal één gesprek. Zorg ervoor dat de cliënt diens verhaal niet nogmaals vanaf het begin hoeft te vertellen.

Conclusie

De behandelrelatie is op microniveau een (inter-)persoonlijke ervaring, die moeilijk te vangen is binnen eenduidige definities of geprotocolleerde handelingen die beter wel, of beter niet, kunnen worden uitgevoerd. Het is op dat niveau te begrijpen als een klinische vaardigheid. Op macro-niveau zijn er echter modellen die, gebaseerd op wetenschappelijke evidentie, de behandeling kunnen verbeteren. Een belangrijk moment in het vormen van de behandelrelatie is de inschatting rondom de behandeling zelf: is dit een kortdurende, enkelvoudige interventie of valt het contact beter te beschrijven als langdurig behandelcontact? In het geval van kortdurende, enkelvoudige interventie staat de band tussen hulpverlener en cliënt vooral in het kader van efficiëntie en effectiviteit: er moet voornamelijk sprake zijn van goed overleg en overeenstemming rondom de doelen en taken van behandeling. Bij een langdurig, complex behandeltraject staat de relatie centraal: er moet sprake

⁴ Een vertaling van dit instrument, alsmede verscheidene andere zeer behulpzame vragenlijsten rondom de therapeutische relatie, kan worden gevonden in het boek ‘de therapeutische relatie’ (Hafkenscheid, 2014).

zijn van vertrouwen, het narratief van de cliënt moet worden onderzocht en worden afgestemd met het behandelaar-narratief tot een goed aansluitend complex van narratieven. Pas daarna kan worden bekeken welke behandeldoelen worden opgesteld. Hierbij staat Shared Decision Making centraal. Er kan samen worden gewerkt aan een gemeenschappelijk begrip van de problemen, van de zorgwensen en behandeldoelen, maar dit kan niet worden afgedwongen. Voorop staat de gelijkwaardigheid van het contact.

Voor beide varianten hebben we modellen besproken en aanbevelingen gedaan om het therapeutisch contact te optimaliseren, om zo de kans op succesvolle behandeling te verhogen. Voor de kortdurende enkelvoudige behandeling gaat het vooral om een overeenstemming rondom de taken en doelen van de behandeling. Hierbij staat efficiëntie en doelmatigheid voorop in het contact. Voor de complexe, langdurige behandeling staat het contact sterker in het licht van een vertrouwensrelatie, waarbinnen samen moet worden gezocht op welke manier problemen in het leven van de cliënt worden verklaard. Er moet overeenstemming worden bereikt binnen het complex van narratieven, en de wijze waarop deze verklaringen kunnen worden vertaald naar behandeling.

Literatuurlijst

- Ahn, H., & Wampold, B. E. (2001). *Where Oh Where Are the Specific Ingredients? A Meta-Analysis of Component Studies in Counseling and Psychotherapy*. 48(3), 251–257. <https://doi.org/10.1037//O022-OI67.48.3.251>
- Aubree Shay, L., & Lafata, J. E. (2015). Where is the evidence? a systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Medical Decision Making*, 35(1), 114–131. <https://doi.org/10.1177/0272989X14551638>
- Baker, T. B., McFall, R. M., & Shoham, V. (2008). Current Status and Future Prospects of Clinical Psychology. *Psychological Science in the Public Interest*, 9(2), 67–103. <https://doi.org/10.1111/j.1539-6053.2009.01036.x>
- Beckman, H. B., & Frankel, R. M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine*, 101(5), 692–696. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-101-5-692>
- Betan, E., Heim, A. K., Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 890–898. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.890>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bruins, J., van der Velde, J., Tolsma, M., Delespaul, P., & Castelein, S. (2018). Onderzoek naar de therapeutische relatie: golden oldie of toekomstmuziek? *GZ - Psychologie*, 10(1), 34–37. <https://doi.org/10.1007/s41480-018-0013-z>
- Chadwick, P., Williams, C., & Mackenzie, J. (2003). Impact of case formulation in cognitive behaviour therapy for psychosis. *BEHAVIOUR RESEARCH AND THERAPY*, 41(6), 671–680. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00033-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00033-5)
- David, A. S. (1990). Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 156(JUNE), 798–808. <https://doi.org/10.1080/080394899427737>

- de Jong, S., Hasson-Ohayon, I., Donkersgoed, R., Aleman, A., & Pijnenborg, G. H. M. (2018). A qualitative evaluation of the effects of Metacognitive Reflection and Insight Therapy: 'Living more consciously.' *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, papt.12212. <https://doi.org/10.1111/papt.12212>
- Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D. M., Creamer, M., Pilling, S., Richards, D., ... Yule, W. (2010). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clinical Psychology Review*, 30(2), 269–276. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.001>
- Ehrlich-Ben Or, S., Hasson-Ohayon, I., Feingold, D., Vahab, K., Amiaz, R., Weiser, M., & Lysaker, P. H. (2013). Meaning in life, insight and self-stigma among people with severe mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 54(2), 195–200. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.07.011>
- Eliacin, J., Salyers, M. P., Kukla, M., & Matthias, M. S. (2015). *Patients' Understanding of Shared Decision Making in a Mental Health Setting*. <https://doi.org/10.1177/1049732314551060>
- Frank, Jerome D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In *Psychotherapy research and behavior change*. (pp. 9–37). <https://doi.org/10.1037/10083-001>
- Frank, Jerome David, & Frank, J. B. (1991). Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy, 3rd ed. In *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy, 3rd ed*. Baltimore, MD, US: Johns Hopkins University Press.
- Frankel, R. M., & Stein, T. (2001). Getting the most out of the clinical encounter: The four habits model. *Journal of Medical Practice Management*, 16(4), 184–191. <https://doi.org/10.7812/TPP/99-020>
- Frosch, D. L., May, S. G., Rendle, K. A. S., Tietbohl, C., & Elwyn, G. (2012). Authoritarian physicians and patients' fear of being labeled 'difficult' among key obstacles to shared decision making. *Health Affairs*, 31(5), 1030–1038. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0576>
- Gibbons, S. B. (2010). Understanding Empathy as a Complex Construct: A Review of the Literature. *Clinical Social Work Journal*, 39(3), 243–252. <https://doi.org/10.1007/s10615-010-0305-2>
- Goldsmith, L. P., Lewis, S. W., Dunn, G., & Bentall, R. P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychological Medicine*, 45(2010), 1–9. <https://doi.org/10.1017/S003329171500032X>
- Gunasekara, I., Patterson, S., & Scott, J. G. (2017). 'What makes an excellent mental health doctor?' A response integrating the experiences and views of service users with critical reflections of psychiatrists. *Health and Social Care in the Community*, 25(6), 1752–1762. <https://doi.org/10.1111/hsc.12449>
- Hafkenscheid, A. (2014). *De therapeutische relatie*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Hagen, K., Solem, S., Opstad, H. B., Vogel, P. A., Kennair, L. E. O., Kvale, G., & Hansen, B. (2016). Therapist variability in the task/goal dimension of the early working alliance predicts outcome in exposure and response prevention treatment for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 13(6), 94–99.
- Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., & Lysaker, P. H. (2017). The Special Challenges of Psychotherapy

- with Persons with Psychosis: Intersubjective Metacognitive Model of Agreement and Shared Meaning. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(2), 428–440. <https://doi.org/10.1002/cpp.2012>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0002>
- Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary Interpersonal Theory and Research: Personality, Psychopathology and Psychotherapy*. New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Lysaker, P. H., Buck, K. D., & Lintner, J. I. (2009). Addressing Recovery from Severe Mental Illness in Clinical Supervision of Advanced Students. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47(4), 36–42. <https://doi.org/10.3928/02793695-20090401-08>
- McCabe, R. (2002). Engagement of patients with psychosis in the consultation: conversation analytic study * Commentary: Understanding conversation. *Bmj*, 325(7373), 1148–1151. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7373.1148>
- Metz, M., Verbeek, M. A., Elfeddali, E., de Beurs, E., Van der Feltz-Cornelis, C. M., & Beekman, A. T. F. (2018). Het begrip ‘beslissingsambivalentie’ (decisional conflict) en de bruikbaarheid ervan bij de evaluatie van gedeelde besluitvorming. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 60(2014), 397–402.
- Milders, F., & Thunissen, M. (2015). *Psychotherapeutische psychiatrie*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Moritz, S., Favrod, J., Andreou, C., Morrison, A. P., Bohn, F., Veckenstedt, R., ... Karow, A. (2013). Beyond the usual suspects: Positive attitudes towards positive symptoms is associated with medication noncompliance in psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 39(4), 917–922. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs005>
- Moritz, S., Rietschel, L., Veckenstedt, R., Bohn, F., Schneider, B. C., Lincoln, T. M., & Karow, A. (2015). The other side of ‘madness’: frequencies of positive and ambivalent attitudes towards prominent positive symptoms in psychosis. *Psychosis*, 7(1), 14–24. <https://doi.org/10.1080/17522439.2013.865137>
- Nordén, T., Malm, U., & Norlander, T. (2012). *Resource based Assertive Community Treatment (RACT) as a tool of empowerment of people with severe mental illness*. 8, 144–151. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3502888/pdf/CPEMH-8-144.pdf>
- Priebe, S., Richardson, M., Cooney, M., Adedeji, O., & McCabe, R. (2011). Does the therapeutic relationship predict outcomes of psychiatric treatment in patients with psychosis? a systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(2), 70–77. <https://doi.org/10.1159/000320976>
- Rogers, B., & Acton, T. (2012). ‘I think we’re all guinea pigs really’: A qualitative study of medication and borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(4), 341–347. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01800.x>
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy : its current practice, implications, and theory*. Cambridge, Mass: The Riverside Press.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>

- Rost, K., & Frankel, R. (1993). The Introduction of the Older Patient's Problems in the Medical Visit. *Journal of Aging and Health*, 5(3), 387–401. <https://doi.org/10.1177/089826439300500306>
- Shae, S. (2016). *Psychiatric Interviewing: the art of understanding*. Elsevier: Edinburgh.
- Shattock, L., Berry, K., Degnan, A., & Edge, D. (2018). Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25(1), e60–e85. <https://doi.org/10.1002/cpp.2135>
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 104–115. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.1.104>
- Tjaden, C. D., Mulder, C. L., Van Weeghel, J., Delespaul, P., Keet, R., Castelein, S., ... Kroon, H. (2019). The resource group method in severe mental illness: Study protocol for a randomized controlled trial and a qualitative multiple case study. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0270-2>
- Van der Gaag, M., Valmaggia, L. R., & Smit, F. (2014). The effects of individually tailored formulation-based cognitive behavioural therapy in auditory hallucinations and delusions: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 156(1), 30–37. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.03.016>
- van Haaren, M., Roeg, D.P.K., de Jong, S. (n.d.). Developing an instrument to measure working alliance between clients and outpatient, multidisciplinary teams with shared caseloads. *In Preparation*.
- Vanaerschot, G. (2018). Golden Oldie of toekomstmuziek? *GZ - Psychologie*, 10(3), 30–34. <https://doi.org/10.1007/s41480-018-0037-4>
- Wampold, B. E. (2010). The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective. *The Heart and Soul of Change: Delivering What Works in Therapy (2nd Ed.)*, 49–81. <https://doi.org/10.1037/12075-002>
- Weinberger, J. (2014). Common factors are not so common and specific factors are not so specified: Toward an inclusive integration of psychotherapy research. *Psychotherapy*, 51(4), 514–518. <https://doi.org/10.1037/a0037092>

Boekbespreking

Lieke Christenhusz

‘Het begint voordat het gebeurt; Een exploratie van romantische grensoverschrijdingen in de forensische geestelijke gezondheidszorg’ geschreven door Femke den Besten

ISBN: 9789462406223, Paperback, 154 pag.

Gepubliceerd in de FPK Assen Reeks



In elke beroepsgroep waarin mensen nauw en langdurig met elkaar samenwerken, bestaat er een kans dat er een verschuiving plaatsvindt van het ontwikkelen van een goede therapeutische relatie naar een (onbedoelde) relatie. In dit boek worden dit ‘romantische grensoverschrijdingen genoemd’. Er is bewust voor deze term gekozen vanuit de visie dat de therapeutische relatie al is aangetast voor er seksueel contact plaatsvindt, waarbij niet alleen seksueel grensoverschrijdende contacten zijn meegenomen in de analyses.

De doelstelling van het boek betreft het leren begrijpen van romantische grensoverschrijdingen in de (klinische) forensische setting en tot ‘een constructieve, sensitieve en effectieve benadering van dit fenomeen’ te komen. En door antwoord te geven op onderzoeksvraag: ‘Wat is de rol van de factoren die het mogelijk maken dat romantische grensoverschrijdingen plaatsvinden in professionele behandelrelaties tussen sociotherapeuten en patiënten in de Nederlandse forensische psychiatrie?’ Deze vraag is kwalitatief onderzocht, gebruikmakend van allerlei verschillende databronnen. Eindigend in een helder integratief overzicht van faciliterende en complicerende factoren waardoor deze romantische grensoverschrijdingen kunnen ontstaan en voortbestaan.

Wat mij betreft is dit boek geschikt voor verschillende disciplines, waarbij de therapeutische relatie een integraal onderdeel van het werk is. In de forensische setting (maar ook hierbuiten), en voor sociotherapeuten in het bijzonder. Het boek is zorgvuldig opgebouwd doordat het start met een beschrijving van het onderliggend onderzoek waarop dit boek zich baseert, te vervolgen met een schets van de forensische psychiatrie en de klinische context in Nederland, waarbinnen zich therapeutische relaties ontwikkelen. Om dan over te gaan naar de vier bronnen (forensisch psychiatrische *patiënt*, *sociotherapeutische discipline*, *individuele sociotherapeut en context*), van waaruit factoren zijn geïdentificeerd die de kans op romantische grensoverschrijdingen beïnvloeden.

Een uniek onderzoek waarbij dit ‘fenomeen’ veel breder in kaart gebracht dan alleen vanuit het perspectief van de behandelaar. Belangrijk, omdat met name in een combinatie van factoren uit deze vier bronnen risico’s voortkomen.

Dit themanummer van GGZ wetenschappelijk gaat over de therapeutische relatie. Dit boek (en met name hoofdstuk 4; ‘De professionele behandelrelatie’) beschrijft drie paradoxen die behandelaars tegen komen binnen een therapeutische relatie. En die ik omwille van dit themanummer in het bijzonder wil uitlichten.

Er worden 3 paradoxen onderkend die typerend zijn voor behandelingen in de forensische setting, en invloed hebben op de therapeutische relatie:

- Behandeling (belang van de patiënt) versus beveiliging (belang van de maatschappij)
- Flexibiliteit (inspelen op individuele behoeften) versus structuur (veiligheid bieden)
- Professionele afstand versus nabijheid.

Met name het laatste punt is niet uniek voor de forensische setting, en speelt in nagenoeg elke therapeutische relatie, voortkomend uit de behoefte van patiënten om emotionele tekorten in de behandelrelatie te compenseren. Dit speelt met name een rol bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek, die sterk vertegenwoordigd zijn in de forensische setting. Dat brengt een complex appél met zich mee van patiënt naar behandelaar. Waarbij de behandelaar verantwoordelijk is voor het bewaken van voldoende professionele distantie naast de zich ontwikkelende (en ook noodzakelijke) nabijheid binnen de therapeutische relatie. De therapeutische relatie is immers ook een bruikbaar en noodzakelijk middel waardoor behandeldoelen worden bereikt. Daarbij stelt de auteur dat het niet de vraag is óf er een kans op romantische overschrijdingen bestaat, maar meer hoé dit (vroegtijdig) te signaleren en te hanteren wanneer afstand houden nog onvoldoende lukt.

Daarbij beschrijft hoofdstuk 5 ook hoe belangrijk het is professionele grenzen te bepalen, te stellen en te onderhouden. Een **grensoverschrijding** hoeft niet altijd schadelijk te zijn (bv. een klein cadeau ontvangen). Maar een **grensoverschrijding** moeten weloverwogen worden gemaakt ('Waar zal mijn patiënt het meest van profiteren, als ik het cadeau aanneem of weiger?'). Een **grensovertreding** wordt wél beschreven als schadelijk voor de patiënt of het werkproces. Beschreven wordt hoe **grensovertredingen** ('afwijking van de algemeen aanvaarde klinische praktijk die schadelijk is voor de patiënt of het werkproces') kunnen ontstaan en voortbestaan. Hierbij worden de grenzen bij herhaling overtreden worden en steeds een stapje verder gaat waardoor het therapeutisch kader misbruikt wordt en er verregaand en extreem wangedrag kan ontstaan. Daarbij wordt vaak afgesproken erover te zwijgen en beschadigt het de patiënt en/of de therapie.

Een (fictief) voorbeeld:

Julia is een sociotherapeute die gevoelens voor patiënt ontwikkelt. Dit niet bespreekt, maar waarbij ze wel geregeld op de afdeling komt als zij niet hoeft te werken. Ook tijdens verloven wordt er langs haar woning gewandeld en vertelt ze dat ze hier woont. Uiteindelijk brengt patiënt het weekendverlof bij haar thuis door en geeft een ander adres aan de afdeling door. Er ontstaat een romantische relatie waarbij dit stopt op het moment dat een collega hen beide in het weekend samen aantreft.

Ook in dit voorbeeld startte het contact met een 'onschuldige' grensoverschrijding, en werd duidelijk dat dit zich ontwikkeld heeft een grensovertreding. Omdat dit een seksuele grensoverschrijding betrof werd dit relatief duidelijk. Dit onderscheid is niet gemakkelijk te maken wanneer het gaat om een niet-seksueel grensprobleem. Zo kunnen factoren als: 'de noodzaak van een vertrouwensrelatie', 'de persoonlijke en intieme aard van behandelcontacten' en 'de ongelijke machtsverhoudingen', die enerzijds horen bij een behandelrelatie, ook grensovertredingen in de werkrelatie faciliteren.

Naast het 4^e hoofdstuk vormt het gehele boek een breed overzicht van factoren vanuit de patiënt, therapeutische discipline, individuele therapeut en context die samen kunnen hangen met grensovertredingen. En waarbij de bewustwording van deze factoren en het openlijk kunnen bespreken van deze complexe interacties en de impact hiervan op de patiënt, de therapeut en het behandelteam preventief zouden kunnen werken. Het volgende (fictieve) voorbeeld geeft weer hoe het bespreken van een ‘positieve overdracht’ lastige dilemma’s kan geven.

Tim is een GZ-psycholoog die vlak na zijn opleiding is gaan werken in de forensische GGZ als behandel coördinator. Daarnaast heeft hij ook individuele gesprekken met patiënten van de Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA). Er is een patiënte opgenomen waarbij ze bekend is met seksueel grensoverschrijdend gedrag. In de gesprekken die volgen maakt ze toespelingen die lastig te duiden zijn voor Tim. Enerzijds wil hij haar seksuele ontwikkeling bespreken in het kader van de delict analyse, anderzijds merkt hij op dat zij het mogelijk een opwindend onderwerp vindt om over te spreken met hem. Hij overweegt het te bespreken met zijn team, maar twijfelt vanwege zijn positie in het team in combinatie met zijn onervarenheid ('Ik zou toch moeten weten hoe hier mee om te gaan?'), en twijfelt aan zijn eigen inschattingsvermogen ('Wellicht vat ik het verkeerd op en zit er helemaal geen dubbele lading onder haar opmerkingen.'). Omdat hij er nog niet zo lang werkt besluit hij het niet bespreekbaar te maken. Wanneer een ander teamlid in interview identieke ervaringen bespreekbaar te maken. En maakt het team een plan van aanpak over hoe ze opnieuw de professionele grenzen kunnen bewaken en bespreken met patiënte.

Wanneer het proces van overdracht niet tijdig zou zijn opgemerkt en aangepakt, zou dit de kans hebben vergroot dat de professionele grenzen vaker en wellicht extremer zouden zijn overtreden. Dat het team steunend en begripvol heeft gereageerd op de therapeut, maakt de werkomgeving voor alle betrokkenen uiteindelijk veiliger. Ondanks dat het boek met name refereert aan de klinisch forensische setting, zijn de bevindingen dan ook zeker ook bruikbaar voor poliklinieken, en afdelingen buiten de forensische psychiatrie. Vooral omdat het opbouwen en onderhouden van een therapeutische relatie, voor alle beroepsgroepen in de (forensisch psychiatrische) zorg, deel uitmaakt van het dagelijks werk, en speciale aandacht vraagt bij doelgroepen waarbij hechtingsproblematiek een kwetsbaarheid is. Dat maakt dit boek een zeer relevant en bruikbaar naslagwerk.

Eén van de belangrijkste bevindingen is tenslotte dat *openlijke professionele erkenning* van het risico op romantische grensoverschrijdingen in de therapeutische relatie, een veilige werkomgeving creëert. Het opbouwen en onderhouden van professionele grenzen zou een vast onderdeel in iedere beroepsopleiding en structurele interview/ supervisie voor behandelaren moeten zijn. Waarschijnlijk wordt de meeste schade al aangericht in de aanloop naar romantische grensoverschrijdingen. In een goed werkend team zou men elkaar tijdig moeten kunnen aanspreken op grensoverschrijdingen om grensovertredingen te voorkomen. Spreken over gevoelde weerstand richting, tegenover, naar een patiënt is gebruikelijk, dat zou idem moeten zijn voor positieve gevoelens ten aanzien van de patiënt. Dit zou geen taboe moeten zijn, en zou schade voor allerlei betrokkenen (patiënten, collega's, teams en 'klokkenluiders') kunnen voorkomen.

Het bespreken van cannabisgebruik in de GGZ-behandelrelatie

Jojanneke Bruins

Inleiding

Cannabisgebruik komt veel voor onder mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA). Tot wel 80% van de mensen met een EPA heeft ooit cannabis gebruikt in zijn of haar leven en bij 20-40% van deze mensen gaat het echt om een comorbide cannabisverslaving ⁽¹⁻⁴⁾. Diverse onderzoeken hebben aangetoond dat het gebruik van cannabis voor EPA-cliënten vooral negatieve gevolgen heeft. Zo neemt de ernst van psychische klachten, zoals psychose, depressie en angst, toe. Ook de kwaliteit van leven en het psychosociaal functioneren van de cliënten zijn lager. Daarnaast wordt er minder behandeltrouw waargenomen en zijn er vaker en langdurigere klinische opnames bij cannabisgebruik ⁽⁵⁻¹⁰⁾. De conclusie is duidelijk: het zou voor de meeste van deze EPA-cliënten beter zijn om te stoppen met cannabis. Het *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study* (NEMESIS) onderzoek van Trimbos laat echter zien dat het aantal mensen met psychische klachten en verslavingen de afgelopen twaalf jaren alleen maar is toegenomen (www.cijfers.trimbos.nl/nemesis). Stoppen is dan ook makkelijker gezegd dan gedaan. Biologisch gezien beïnvloedt langdurig cannabisgebruik het dopaminesysteem ⁽¹¹⁾. Dat betekent dat cannabisgebruikers minder motivatie, opwinding en plezier voelen, wanneer zij stoppen met cannabis. Ook ervaren langdurige en frequente gebruikers vaak afkickverschijnselen bij het stoppen, wat het extra moeilijk maakt om gestopt te blijven ⁽¹¹⁾. Daarnaast zijn er ook sociale factoren die het stoppen met cannabis moeilijk maken ⁽¹²⁾. In Nederland is het gebruik van cannabis niet alleen legaal, het gebruik wordt door veel mensen in de maatschappij ook genormaliseerd en zelfs gebagatelliseerd. Het is daarbij ook niet moeilijk om in Nederland aan cannabis te komen, met meer dan vijfhonderd coffeeshops verspreid over het land, in ruim honderd verschillende gemeenten ⁽¹³⁾.

Wat ook meespeelt in het stopproces, is dat mensen met een EPA vaak om andere redenen cannabis gebruiken dan mensen uit de algemene bevolking of met enkel een gediagnosticeerde verslaving. EPA-cliënten geven vaak aan cannabis te gebruiken om een ongewenste mentale staat te veranderen, zoals het verminderen van stress en het verdoven van intense negatieve emoties (*dit onderzoek*). Daarnaast geven ze ook aan cannabis te gebruiken als zelfmedicatie voor klachten die gerelateerd zijn aan hun psychische aandoening, zoals het verminderen van stemmen en kunnen slapen ^(14, 15). Uiteraard geven ook cliënten aan cannabis te gebruiken voor sociale redenen en het plezierige gevoel van 'high' worden, maar dit is voor geen van de EPA-cliënten de enige reden (*dit onderzoek*). Dit heeft ook gevolgen voor de manier waarop we als GGZ-medewerkers met het cannabisgebruik van onze cliënten moeten omgaan. Een groot probleem is namelijk dat mensen met een EPA worden uitgesloten van de meeste wetenschappelijke onderzoeken naar de behandeling van verslaving. Wetenschappelijke literatuur over mensen met een EPA in combinatie met een cannabisverslaving is doorgaans beperkt tot enkele kleine onderzoeken, met slechts

16-90 deelnemers (16-18). Tot op heden zijn er geen effecten van (het veranderen van) medicatie, zoals risperidone, quetiapine, clozapine of fluoxetine, of hebben de onderzoeken onvoldoende power om een effect te kunnen aantonen (16,19,20). Psychologische interventies, zoals motiverende gespreksvoering, cognitieve gedragstherapie en contingency management, laten alleen kleine effecten op de korte termijn zien of zelfs helemaal geen effect ⁽²¹⁻²³⁾. Dit heeft geleid tot een gebrek aan concrete behandeladviezen in de behandelrichtlijnen voor diverse psychiatrische aandoeningen om cannabisgebruik bij mensen met een EPA te verminderen ⁽²⁴⁻²⁷⁾. Het is daarom belangrijk om onderzoek te (blijven) doen naar effectieve behandelinterventies die mensen met een EPA kunnen helpen stoppen met het gebruiken van cannabis.

Het doel van deze korte bijdrage is om inzicht te geven in de rol van de behandelrelatie bij het bespreken van cannabisgebruik bij mensen met een EPA, en om hulpverleners advies te geven over hoe zij het beste kunnen omgaan met het cannabisgebruik van hun cliënten binnen de behandelrelatie.

Kwalitatief onderzoek

Om dit te kunnen bereiken, zijn we in een recent afgerond kwalitatief onderzoek teruggegaan naar de bron: mensen met een EPA en een cannabisverslaving, die inmiddels succesvol en volledig gestopt zijn met het gebruik van cannabis. De twaalf deelnemers aan dit onderzoek waren tussen de 22-45 jaar, waren allen dagelijks cannabisgebruiker voordat zij stopten en waren nu tussen de negen maanden en twaalf jaren gestopt. Zeven deelnemers hadden al eens eerder een stoppoging gedaan. In persoonlijke, semigestructureerde interviews hebben zij gedeeld hoe het ze gelukt is om te stoppen. Zij gaven aan hoe zij het stoppen hebben aangepakt, wat hen heeft geholpen en wat juist niet, maar ook welke rol GGZ-medewerkers volgens hen bij het stoppen met cannabis kunnen spelen. Met een inductieve thematische analyse zijn codes toegekend aan quotes uit de interview transcripten, door ten minste twee codeurs die hierover consensus bereikten. Deze werden gecategoriseerd in overstijgende codegroepen, die vervolgens werden samengevat in verschillende thema's. Hieruit kwam onder andere als thema naar voren dat sommige cliënten de steun die zij van hun behandelaren ontvingen als erg helpend hebben ervaren. Daarnaast gaven de deelnemers ook drie concrete adviezen over hoe behandelaren volgens hen het beste met het cannabisgebruik van cliënten kunnen omgaan in de behandelrelatie. Deze adviezen zullen in deze korte bijdrage worden besproken.

Advies 1: Maak cannabisgebruik direct bespreekbaar

Het advies dat het vaakst door de deelnemers werd gegeven, was om zowel de EPA-problematiek als de verslaving gelijktijdig te behandelen, en dat vanaf het begin van de behandeling. Zeven van de twaalf deelnemers benoemden dit expliciet. Zij gaven aan dat het erg belangrijk is dat behandelaren vanaf het eerste contactmoment openlijk het cannabisgebruik met de cliënt bespreken. Hierbij zijn de drie (N)O's en de IA! van belang.

N(O): wat kun je beter niet doen?

Het is belangrijk om als behandelaar niet te **Oordelen**, niet te proberen om de cliënt er direct van te **Overtuigen** dat hij of zij moet stoppen en het stoppen niet **Op te leggen**, bijvoorbeeld door het stoppen als voorwaarde te stellen om in behandeling te mogen komen.

IA! Wat is wel handig om te doen?

Wat behandelaars volgens deelnemers juist wel moeten doen is de cliënt neutraal **Informeren** en **Adviseren**. Leg uit wat de gevolgen zijn van cannabisgebruik voor de ernst van de psychische klachten van de cliënt, maar ook voor het effect van de behandeling. Maak duidelijk dat geen enkele behandeling ooit zo effectief zal zijn als het zou kunnen zijn, of het nu gaat om medicatie of psychologische interventies, zolang de cliënt cannabis blijft gebruiken. Je kunt aangeven dat jouw advies als hulpverleners is om te stoppen met cannabis, maar benadruk wel dat het uiteindelijk hun eigen keuze is en dat ze hun gebruik niet voor jou hoeven te verbergen.

‘Als ik mijn verslaving eerder doorhad, had het misschien tien jaar kunnen schelen met behandeling. Dus als je iemand hebt die psychische problemen heeft en die verslaafd is en je gaat daar tegelijkertijd wat aan doen, dus én dit én dat... Ik denk dat je meer rendement eruit kunt halen als iemand eerst stopt met een middel en daarna in behandeling. Dat zou bij mij heel veel gescheeld hebben.’ [Deelnemer 1]

‘Wat ik ook heel erg fijn vond was bijvoorbeeld dat mijn therapeut nooit heeft gezegd: ‘je moet stoppen!’. Het is gewoon mijn keuze geweest. [Behandelaar] zei wel dat het waarschijnlijk beter zou zijn en dat ik een ‘rolgordijn’ heb, maar heeft nooit die woorden gebruikt: ‘jij moet stoppen!’.’ [Deelnemer 7]

‘Zeg: ‘Therapie werkt eigenlijk beter als je stopt’, maar niet: ‘Je moet!’, en niet: ‘Ik vind daar van alles van...’ [Deelnemer 5]

Advies 2: Wees menselijk

Het tweede advies dat de deelnemers hadden voor GGZ-behandelaars, was om in de behandelrelatie als mens contact te maken met je cliënten. Hiermee bedoelden zij vooral dat het belangrijk is om als behandelaar begrip te tonen voor het cannabisgebruik van de cliënt. De meeste cliënten gebruiken het immers niet puur recreatief, maar hebben vaak duidelijke redenen voor hun cannabisgebruik. Laat weten dat je dit begrijpt en dat je de cliënt hier niet om veroordeelt, terwijl je tegelijkertijd op een neutrale manier ook de negatieve gevolgen van cannabis op de lange termijn kunt belichten (zie ook: Advies 1). Stel jezelf benaderbaar op om een veilige omgeving voor de cliënt te creëren. Dit helpt om een goede behandelrelatie op te bouwen, waarin cannabisgebruik open en eerlijk besproken kan worden. Benadruk dat je er bent om de cliënt te helpen en dat als ze ooit het punt bereiken om te willen stoppen, dat jij er dan voor ze zult zijn om ze daarbij te ondersteunen. Op deze manier maak je jouw zorg toegankelijk en verlaag je de drempel voor de cliënt om jouw hulp te zoeken zo veel mogelijk.

‘Door je er doorheen te slepen. Ik ben altijd van mening dat je bij de GGZ twee mensen hebt: mensen die er werken om geld te verdienen en mensen die er werken om echt mensen te willen helpen. [Behandelaar X] was dus iemand die in de laatste categorie zat. Die kwam dus ook gewoon als hij niet hoefde te komen, maar hij kwam wel en dat is dan wel weer heel fijn.’ [Deelnemer 2]

‘Gewoon de menselijkheid terugbrengen. Het is zo verworden tot diagnoses en medicijnen en behandelplannen en crisiskaarten en weet ik het allemaal. Alles wat een mens een mens maakt er uithalen en dan verwachten dat die als een soort van... ja... object gaat doen wat je wil dat die doet. Dat gaat niet gebeuren.’ [Deelnemer 5]

‘Ze hebben natuurlijk iedere keer wel genoteerd van het wietgebruik en dat ik cannabis gebruik. Ja, ze stimuleerden het niet natuurlijk van, nou ga lekker roken of wat dan ook, maar ze hadden er wel begrip voor en dat vond ik zelf wel heel fijn.’ [Deelnemer 12]

Advies 3: Ga iets met je cliënten ondernemen

Het derde advies, dat gegeven werd door een kwart van de deelnemers, was om als behandelaar activiteiten te stimuleren. Je kunt met de cliënt meedenken over welke activiteiten hij/zij leuk zou vinden om te doen buiten het behandelcontact om, en die kunnen helpen om afleiding te zoeken tijdens een stoppoging. Deelnemers gaven echter ook aan dat ze het prettig vonden om tijdens de behandelcontacten samen met hun behandelaar dingen te ondernemen. Hoe je dit invult kan variëren. Deelnemers noemden als voorbeelden om samen aan yoga, creatieve therapie (zoals bijvoorbeeld samen schilderen) of psychomotorische therapie te gaan doen.

‘Ga met je cliënten tuineren of ga een schilderij met ze maken. Of ga yoga in sessie met ze doen. Of ga in ieder geval iets anders dan alleen maar meer erover praten...’ [Deelnemer 5]

‘Psychomotorische therapie [PMT] heeft mij ook heel erg geholpen.’ [Deelnemer 8]

‘Ondersteunen in leuke dingen doen eigenlijk. Motiveren om leuke dingen te gaan doen.’ [Deelnemer 4]

Aanbevelingen

Met behulp van deze drie adviezen kun je als behandelaar een belangrijke rol spelen in het stopproces van je EPA-clieënten die cannabis gebruiken. Intrinsieke motivatie wordt namelijk door de deelnemers aan het onderzoek beschreven als het belangrijkste startpunt en een noodzakelijke voorwaarde om te kunnen stoppen. Hierbij geven zij aan dat intrinsieke motivatie over tijd opgebouwd kan worden en dat behandelaars, onder andere met behulp van de drie genoemde adviezen, hieraan kunnen bijdragen. Dit sluit aan bij de aanbevelingen vanuit de behandelrichtlijnen,

om psychische problemen en cannabisverslaving integraal te behandelen en motiverende gespreksvoering in te zetten om intrinsieke motivatie op te bouwen ⁽²⁴⁾. De drie adviezen in deze bijdrage kunnen een mooi uitgangspunt vormen om motiverende gesprekstechnieken in te zetten tijdens de behandelrelatie, waarbij je de redenen voor het gebruik van de cliënt kunt bespreken, met empathie naar ze luistert en ze kunt empoweren om het punt te bereiken waarop ze willen stoppen ⁽²⁸⁾. De onderzoeken die motiverende gespreksvoering als interventie hebben onderzocht om EPA-cliënten te helpen stoppen met cannabis, vinden echter maar kleine effecten en alleen op de korte termijn ^(22,23). Dit suggereert dat motiverende gespreksvoering wellicht wel goed kan helpen om intrinsieke motivatie op te bouwen, maar mogelijk onvoldoende is om EPA-cliënten ook daadwerkelijk te kunnen helpen stoppen met cannabis. Hiervoor is wellicht een gerichte interventie nodig.

Hoe dan nu verder?

Op dit moment wordt er gewerkt aan het ontwikkelen van een dergelijke nieuwe interventie, om mensen met een EPA concreet te kunnen helpen stoppen met het gebruik van cannabis. Deze interventie wordt ontwikkeld op basis van de uitkomsten van het kwalitatieve onderzoek onder succesvol gestopte EPA-cliënten, bestaande kennis uit de wetenschappelijke literatuur en de input van een expert panel. Aan het ontwikkelen van deze interventie werken ervaringsdeskundigen en klinici mee van o.a. Lentis, het Universiteit Centrum Psychiatrie, PSYQ Zwolle, Vincent van Gogh voor geestelijke gezondheid en VNN.

Kritische kanttekening

Het is belangrijk om te vermelden dat de drie genoemde adviezen over het bespreken van cannabis in de behandelrelatie gebaseerd zijn op interviews met twaalf mensen. Het zijn echter wel cliënten die langdurig, dagelijks cannabis gebruikt hebben, waarbij de meerderheid in het verleden ook mislukte stoppogingen hebben gehad. Dit maakt hen bij uitstek geschikt om inzicht te geven in wat wel en niet helpt bij het stopproces. Tevens is het een hoopvolle boodschap, dat het voor mensen met een EPA die langdurig cannabis gebruiken wel degelijk mogelijk is om te stoppen met cannabis!

Referenties

- 1 Volkow ND. Substance use disorders in schizophrenia—clinical implications of comorbidity. *Schizophr Bull.* (2009) 35:469–72. doi: 10.1093/schbul/sbp016
- 2 Koskinen J, Lohonen J, Koponen H, Isohanni M, Miettunen J. Rate of cannabis use disorders in clinical samples of patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull.* (2010) 36:1115–30. doi: 10.1093/schbul/sbp031
- 3 Pinto JV, Medeiros LS, Santana Da Rosa G, Santana De Oliveira CE, Crippa JAS, Passos IC, et al. The prevalence and clinical correlates of cannabis use and cannabis use disorder among patients with bipolar disorder: a systematic review

- with meta-analysis and meta-regression. *Neurosci Biobehav Rev.* (2019) 101:78–84. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.04.004
- 4 Pacek LR, Weinberger AH, Zhu J, Goodwin RD. Rapid increase in the prevalence of cannabis use among people with depression in the United States, 2005–17: the role of differentially changing risk perceptions. *Addiction.* (2020) 115:935–43. doi: 10.1111/add.14883
 - 5 Mammen G, Rueda S, Roerecke M, Bonato S, Lev-Ran S, Rehm J. Association of Cannabis With Long-Term Clinical Symptoms in Anxiety and Mood Disorders: A Systematic Review of Prospective Studies. *J Clin Psychiatry* 2018 Jun 5;79(4):17r11839. doi: 10.4088/JCP.17r11839.
 - 6 Bruins J, Pijnenborg GMH, Bartels-Velthuis AA, Visser E, van den Heuvel ER, Bruggeman R, et al. Cannabis use in people with severe mental illness: The association with physical and mental health - a cohort study. A PHarmacotherapy Monitoring and OUTcome Survey study. *Journal of Psychopharmacology* 2016;30(4):354–362.
 - 7 Schoeler T, Monk A, Sami MB, Klamerus E, Foglia E, Brown R, et al. Continued versus discontinued cannabis use in patients with psychosis: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 2016 March 2016;3(3):215–225.
 - 8 Bruins J, Pijnenborg GHM, PHAMOUS investigators, Visser E, Castelein S. The association of cannabis use with quality of life and psychosocial functioning in psychosis. *Schizophr Res* 2021 Feb;228:229–234.
 - 9 Aspis I, Feingold D, Weiser M, Rehm J, Shoval G, Lev-Ran S. Cannabis use and mental health-related quality of life among individuals with depressive disorders. *Psychiatry Res* 2015 12/15;230(2):341–349.
 - 10 Lev-Ran S, Le Foll B, McKenzie K, Rehm J. Cannabis use and mental health-related quality of life among individuals with anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2012 12;26(8):799–810.
 - 11 Connor JP, Stjepanović D, Le Foll B, Hoch E, Budney AJ, Hall WD. Cannabis use and cannabis use disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2021 Feb 25;7(1):16–021–00247–4.
 - 12 Hasin DS. US Epidemiology of Cannabis Use and Associated Problems. *Neuropsychopharmacology* 2018;43(1):195–212.
 - 13 Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum (2021). *Aantal coffeeshops in Nederland blijft stabiel*. <https://www.wodc.nl/actueel/nieuws/2021/08/16/aantal-coffeeshops-in-nederland-blijft-stabiel>
 - 14 Khantzian E. The self-medication hypothesis of substance use disorder: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review Psychiatry* 1997;4:231–244.
 - 15 Duncan DF. Drug Abuse as a Coping Mechanism. *Am J Psychiatry* 1974 06/01; 2018/04;131(6):724–724.
 - 16 Gao K, Ganocy SJ, Conroy C, et al. A placebo controlled study of quetiapine-XR in bipolar depression accompanied by generalized anxiety with and without a recent history of alcohol and cannabis use. *Psychopharmacology* 2017;234:2233–2244.
 - 17 Brunette MF, Dawson R, O’Keefe CD, Narasimhan M, Noordsy DL, Wojcik J, et al. A Randomized Trial of Clozapine Versus Other Antipsychotics for Cannabis Use Disorder in Patients With Schizophrenia. 2011 01/01;7(1-2):50–63.
 - 18 Akerele E, Levin FR. Comparison of olanzapine to risperidone in substance-

- abusing individuals with schizophrenia. *The American Journal on Addictions* 2007;16:260-268.
- 19 Temmingh HS, Williams T, Siegfried N, Stein DJ. Risperidone versus other antipsychotics for people with severe mental illness and co-occurring substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018(1).
 - 20 Baker AL, Hides L, Lubman DI. Treatment of Cannabis Use Among People With Psychotic or Depressive Disorders: A Systematic Review. *Journal of Clinical Psychiatry* 2010;71(3):247-254.
 - 21 Buckner JD, Zvolensky MJ, Ecker AH, Schmidt NB, Lewis EM, Paulus DJ, et al. Integrated cognitive behavioral therapy for comorbid cannabis use and anxiety disorders: A pilot randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2019 April 2019;115:38-45.
 - 22 Hjorthøj CR, Fohlmann A, Larsen A, Gluud C, Arendt M, Nordentoft M. Specialized psychosocial treatment plus treatment as usual (TAU) versus TAU for patients with cannabis use disorder and psychosis: the CapOpus ranzomized trial. *Psychological Medicine* 2013;43(7):1499-1510.
 - 23 Madigan K, Brennan D, Lawlor E, Turner N, Kinsella A, O'Connor JJ, et al. A multi-center, randomized controlled trial of a group psychological intervention for psychosis with comorbid cannabis dependence over the early course of illness. *Schizophrenia Research* 2013;143:138-142.
 - 24 GGZ Standaarden. Zorgstandaard Psychose. 2018; Available at: www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychose.
 - 25 GGZ Standaarden. Drugs (niet-opioïden). Stoornissen in het gebruik van cannabis, cocaïne, amfetamine, ecstasy, GHB en benzodiazepines. 2018; Available at: www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines.
 - 26 GGZ Standaarden. Zorgstandaard Angstklachten en angststoornissen. 2017; Available at: www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/angstklachten-en-angststoornissen.
 - 27 GGZ Standaarden. Zorgstandaard Depressieve. 2016; Available at: www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/depressieve-stoornissen.
 - 28 Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005 Apr;55(513):305-312.

HET VOICE ONDERZOEK



Het VOICE project doet onderzoek naar de therapeutische relatie in de GGZ. Wat maakt de therapeutische band tussen een cliënt en zijn of haar behandelaren nou goed? Dat is waar wij in VOICE onderzoek naar doen.

We willen graag **150 trio's** (één cliënt, de casemanager en een tweede behandelaar die de cliënt zelf als meest relevante persoon binnen zijn/haar behandelteam aanwijst) **één jaar lang** volgen. In dat jaar krijgen de cliënt en de behandelaren om de drie maanden enkele online vragenlijsten voorgelegd, in totaal vijf keer.

Omdat meedoen altijd wat tijd kost, krijgt iedere cliënt voor zijn of haar deelname een VVV bon van €10,- euro voor de eerste meting aangeboden, een bon van €15,- euro voor de laatste meting en nog eens €5,- euro bonus als tussendoor ook alle vragenlijsten zijn ingevuld. In totaal krijgen zij dus **€30,- euro vergoeding**.

Aanmelden, meer informatie of vragen?



m.tetzlaff@lentis.nl

Lentis
Research

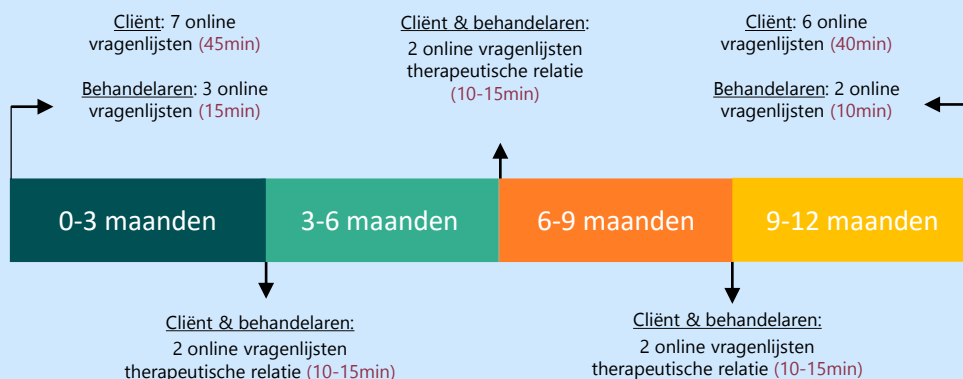
Scan de QR code voor een video met uitleg voor **behandelaren**



INCLUSIE CLIËNTEN

- Leeftijd tussen de 18 en 65 jaar
- Voldoende beheersing van de Nederlandse taal
- Primaire diagnose EPA (angst, stemming en/of psychose), waarbij:
- Er **geen sprake** is van een gediagnosticeerde (co-morbide) persoonlijkheidsstoornis, autismespectrumstoornis of een primaire diagnose van een posttraumatische stressstoornis

SCHEMATISCH OVERZICHT VAN DEELNAME



Scan de QR code voor een video met uitleg voor **cliënten**

Over de auteurs

- **Femke den Besten**, psycholoog en criminoloog, FPC Dr. S van Mesdag, Groningen
- **Bram Bovendeerd**, klinisch psycholoog en psychotherapeut bij Dimencegroep, supervisor NVP, hoofddocent universele factoren psychotherapie PPO en promovendus Rijksuniversiteit Groningen
- **Jojanneke Bruins**, senior onderzoeker bij Lentis Research
- **Stynke Castelein**, afdelingshoofd Lentis Research & hoogleraar Herstelbevordering bij ernstige psychische aandoeningen, Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen
- **Lieke Christenhusz**, Klinisch Psycholoog/psychotherapeut / teamleider zorg op de forensische polikliniek De Tender Twente (Transfore, Dimence Groep)
- **M. van Haaren**, afdeling Poliklinische Psychiatrie/afdeling Forensische Psychiatrie, GGzE Direct/De Woenselse Poort, GGzE, Eindhoven
- **H.J.R. (Rogier) Hoenders**, psychiater, senior onderzoeker en afdelingshoofd van het Centrum Integrale Psychiatrie (CIP), Lentis
- **Steven de Jong**, in opleiding tot GZ-psycholoog bij Lentis, voorheen verbonden aan Lentis Research
- **Jos de Keijser**, klinisch psycholoog en psychotherapeut, GGZ Friesland & bijzonder hoogleraar psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen
- **Swanny Kremer**, filosoof en ethicus, werkzaam bij FPC Dr. S. van Mesdag & docent professionele ethiek Fac. Godsdienstwetenschappen en godgeleerdheid, Rijksuniversiteit Groningen
- **Arzu Mazlum**, klinisch psycholoog, Lentis
- **Nadine Middelkoop**, klinisch psycholoog, Lentis
- **D.P.K. Roeg**, Universiteit van Tilburg, Tranzo & Kwintes begeleid wonen, Zeist
- **Erwin Schuringa**, senior onderzoeker, FPC Dr. S. van Mesdag, Groningen
- **Hans Steinebach**, voorzitter Centrale Cliëntenraad (CCR), Lentis



Redactie GGZet Wetenschappelijk

Gretha Boersma, *GGZ Drenthe*
Jojanneke 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*
Liesbeth Visser, *Lentis, hoofdredacteur*
Sander de Vos, *GGZ Friesland*
Mirjam Westra, *UCP/UMCG*

Secretariaat

Berta Oosterloo
ggezetzetenschappelijk@rgoc.nl

Ontwerp en productie

Klaas van Slooten, bno

Oplage

1050 exemplaren

ISSN 1389-1715



