



WETENSCHAPPELIJK

Themanummer: Promoveren in de GGZ

Redactioneel

Gretha Boersma, Jojanneke Bruins, Swanny Kremer

Column - Academisch ambacht

Swanny Kremer

Interview Jos de Keijser

Kor Spoelstra

Het inzetten van herstelverhalen om persoonlijk herstel te bevorderen bij cliënten in de specialistische GGZ

Mitch Lases - Interview en samenvatting proefschrift

De werkzame factoren en effecten van vaktherapie bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen

Karin Timmerman - Interview en onderzoeksartikel

in welke zin draagt psychomotorische therapie bij aan de effectiviteit van een multidisciplinaire module schematherapie, ontwikkeld voor ouderen (ouder dan 60 jaar) met een persoonlijkheidsstoornis (cluster B en C)

Renske Bouman - Interview en onderzoeksartikel

Gedeelde besluitvorming in de triade bij onbegrepen gedrag

Sandra Vos - Interview

De relatie tussen trauma en responsiviteit in de forensische GGZ

Femke den Besten - Interview

De Trauma Therapie Studie (TTS), richt zich op de effecten van een klinisch, traumagericht behandelprogramma voor cliënten met ernstige posttraumatische stressstoornis (PTSS) en emotieregulatieproblemen

Annemieke Kamstra - Interview en onderzoeksartikel

Tussen praktijk en wetenschap: promotietraject binnen de GGZ

Josien Jonker - Interview en onderzoeksartikel

Promoveren kun je leren

Stynke Castelein en Jojanneke Bruins

- 3 Redactioneel**
Gretha Boersma, Jojanneke Bruins, Swanny Kremer
- 4 Column - Academisch ambacht**
Swanny Kremer
- 6 Interview Jos de Keijser**
Kor Spoelstra
- 9 Het inzetten van herstelverhalen om persoonlijk herstel te bevorderen bij cliënten in de specialistische GGZ**
Mitch Lases - Interview en samenvatting proefschrift
- 19 De werkzame factoren en effecten van vaktherapie bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen**
Karin Timmerman - Interview en onderzoeksartikel
- 39 in welke zin draagt psychomotorische therapie bij aan de effectiviteit van een multidisciplinaire module schematherapie, ontwikkeld voor ouderen (ouder dan 60 jaar) met een persoonlijkheidsstoornis (cluster B en C)**
Renske Bouman - Interview en onderzoeksartikel
- 60 Gedeelde besluitvorming in de triade bij onbegrepen gedrag**
Sandra Vos - Interview
- 66 De relatie tussen trauma en responsiviteit in de forensische GGZ**
Femke den Besten - Interview
- 71 De Trauma Therapie Studie (TTS), richt zich op de effecten van een klinisch, traumagericht behandelprogramma voor cliënten met ernstige posttraumatische stressstoornis (PTSS) en emotieregulatieproblemen**
Annemieke Kamstra - Interview en onderzoeksartikel
- 91 Tussen praktijk en wetenschap: promotietraject binnen de GGZ**
Josien Jonker - Interview en onderzoeksartikel
- 114 Promoveren kun je leren**
Stynke Castelein en Jojanneke Bruins
- 116 Over de auteurs**



Promoveren in de GGZ

Promoveren in de GGZ is meer dan wetenschap bedrijven: het is als wetenschapper werken aan herstel, innovatie en hoop, terwijl je tegelijk met een been in de zorg staat. Alles wat we als onderzoekers doen, is uiteindelijk gericht op het verbeteren van de zorg die we met z'n allen leveren.

In deze editie van GGZ Wetenschappelijk staat daarom de promovendus centraal. Juist in een tijd waarin de GGZ onder druk staat, laten promovendi zien hoe wetenschappelijk onderzoek kan bijdragen aan betere zorg. Onze promovendi vormen vaak de drijvende kracht achter het wetenschappelijk onderzoek binnen GGZ-instellingen. Veel van de artikelen die in eerdere edities van dit tijdschrift zijn verschenen, zijn voortgekomen uit hun onderzoeksprojecten.

Maar hoe verschilt het promotietraject binnen een GGZ-instelling van dat aan een universiteit? Hoe ziet hun dagelijkse werk eruit? Welke uitdagingen komen zij tegen, en wat maakt promoveren binnen de GGZ juist zo interessant? We spraken zeven promovendi die hun traject doorlopen bij de verschillende lid-instellingen van het RGOc, en interviewden ervaren redactielid Jos de Keijser, die jarenlang als onderzoeker, opleider én behandelaar in de GGZ heeft gewerkt.

Deze promovendi hebben uiteenlopende achtergronden en werken aan zeer diverse onderwerpen. Toch delen zij één belangrijke motivatie: de wens om hun onderzoeksresultaten direct toepasbaar te maken in de dagelijkse praktijk van de geestelijke gezondheidszorg. Voor velen was dit een doorslaggevende reden om voor een promotietraject binnen de GGZ te kiezen.

We hopen dat dit themanummer niet alleen een mooi kijkje geeft in hun werk, maar u als behandelaar ook zal inspireren om samen met hen de brug te slaan tussen wetenschap en praktijk.

Onder speciale hoofdredactie van,
Gretha Boersma
Jojanneke Bruins
Swanny Kremer

Academisch ambacht

‘Ik zet het maar in kolommen’, vertel ik. ‘Dan kopieer ik hun commentaar, en dan schrijf ik rechts mijn reactie. Het is een precisie klus’, leg ik uit. ‘Het is een soort van ‘academisch ambacht’.

‘Of een ander woord voor klotewerk’, zegt mijn baas als ik hem deze update geef over mijn promotie.

Feedback

Het zit zo: de beoordeling van een artikel is binnengekomen en ik ben bezig om deze puntsgewijs te beantwoorden. Ik mopper wat tegen mijn baas en zeg: ‘Zonder feedback was het veel leuker.’

Ik had een schrijfweek in het klooster gepland, en in plaats van aan echt schrijven toekomen prutste ik rond in deze kolommen waarbij ik ook iedere keer weer beleefd begon met de reviewers bedanken voor het waardevolle commentaar. ‘Soms dacht ik echt, hebben zij het wel begrepen?’, mopper ik verder tegen mijn baas. ‘Dan missen ze de onderzoeksvraag en de hypothesen, maar het was een artikel over een praktijkvoorbeeld... dus geen wetenschappelijk onderzoek. Maar ja, raak 10.000 woorden maar eens ergens anders kwijt.’

Stroperig

‘Het lijkt wel een soort parallelproces’, zegt mijn baas ‘Je wordt als het ware tegen de grond geworpen, en dan moet je weer opstaan en door.’ Ik knik en zeg: ‘Ja klopt, het is een kwestie van volhardend zijn.’

‘Heb je ooit overwogen om te stoppen?’, vraagt mijn baas vervolgens. Na wat tegenslagen op mijn persoonlijke pad is mij dit vaker gevraagd, maar stoppen is nooit in mij opgekomen. ‘Ik mopper nu wel, maar eigenlijk zegt het tijdschrift dat zij het artikel willen hebben na deze aanpassingen. Dus in die zin is het positief. Het gaat misschien wat stroperig, maar ik kom wel vooruit’, zeg ik terwijl er wat van mij afglijdt.

Monnikenwerk

Als ik later in de week nog een keertje mag mopperen tegen één van mijn promotoren glijdt er weer wat van mij af. Ik vertel over mijn 'academische ambacht' dat ik in het klooster aan het verrichten was en zij zegt: 'Of monnikenwerk.' Ik knik. 'Ja dat is ook erg typerend', zeg ik.

Nadat ik complimenten heb geïncasseerd over mijn zorgvuldige verwerking van de feedback en ik nuttige tips heb gekregen merk ik dat ik weer blijer ben. Ik heb er weer zin in.

'Stug doorgaan', denk ik bij mijzelf, als ik thuis de laptop weer openklap.

Swanny Kremer

Tussen wetenschap en praktijk ligt de sleutel tot betere zorg: een pleidooi voor een scientist-practitioner model

Een afscheidsinterview met Jos de Keijser, pionier op het gebied van complexe rouw

Kor Spoelstra



Op het zonovergoten dakterras van het GGZ Friesland-gebouw aan de Hege Wier in Leeuwarden, waar de zachte bries de tijd lijkt stil te zetten, blikt Jos de Keijser (1958) - klinisch psycholoog, psychotherapeut, hoofdopleider PPO en bijzonder hoogleraar – aan de vooravond van zijn pensioen terug op een indrukwekkende loopbaan. Na meer dan veertig jaar werkzaam te zijn geweest in de geestelijke gezondheidszorg, gaat hij met pensioen - al is dat een relatief begrip voor iemand die zich nog altijd vol vuur inzet voor zijn vak.

Een jonge blik, een wereld vol vragen

Het avontuur begon in 1983, toen een jonge Jos zijn eerste stappen zette als stagiair in het psychiatrisch ziekenhuis in Franeker. Daar werd hij meteen geconfronteerd met de rauwe werkelijkheid van de psychiatrie. Werken op een psychose-afdeling waar traumatische ervaringen vaak onder het tapijt werden gestopt, raakte hem diep. ‘Veel patiënten droegen een beladen verleden mee, maar er werd nauwelijks over trauma’s gesproken. Over de bijwerkingen van medicatie evenmin,’ vertelt hij. Het wekte zijn nieuwsgierigheid, en tot verrassing van zijn collega’s besloot Jos de stilte te doorbreken en over deze thema’s met de cliënten in gesprek te gaan. Het was het begin van een levenslange missie: betekenis geven aan het (on)uitgesproken verdriet en leed van mensen. Al merkt de Keijser op ‘Ik had destijds geen idee waar mijn carrière me zou brengen, maar ik wist vanaf dat moment één ding zeker: ik wilde iets betekenen voor mensen.’

Na zijn tijd in Franeker bleef Jos niet stilzitten; hij groeide door en nam met overtuiging verschillende leidinggevende rollen binnen de ambulante GGZ Friesland op zich. Tegelijkertijd vond hij veel voldoening in het begeleiden en opleiden van jonge professionals. ‘Ervaring is waardevol, maar als je die niet deelt, blijft die kracht onbenut,’ zei hij vaak. Een cruciaal keerpunt in zijn carrière – en voor het hele vakgebied – was de invoering van de BIG-registratie in 1986. Voor Jos was dat veel meer dan een simpel administratief feit; het was als het omdraaien van een sleutel in een oude deur. Voor het eerst kreeg psychotherapie een officiële, erkende status. Die erkenning opende de deuren naar professionalisering en groei, en legde het fundament voor het vak zoals we dat nu kennen.

Leiderschap, opleiden en onderzoek

Van stagiair tot hoogleraar: in elke rol die hij vervulde – behandelaar, leidinggevende, opleider – zocht Jos de verbinding tussen praktijk en wetenschap. ‘Die brug is de rode draad door mijn carrière,’ zegt hij zelf. ‘Ik geloof heilig in het scientist-practitioner model (Boulder model): professionals die zowel wetenschappers als praktijkmensen zijn.’ Zonder de lens van de wetenschap zou de zorg haar weg verliezen, en zonder de warmte van de praktijk zou de wetenschap slechts koude theorie blijven. Voor hem is het essentieel dat ook toekomstige psychologen deze verbinding blijven koesteren. ‘Na 40 jaar GGZ kan ik niet anders concluderen dan dat wetenschap ons onmisbaar vooruit heeft geholpen. De vertaling daarvan naar de werkvloer is altijd mijn drijfveer geweest.’

Onderzoek naar rouw: MH17

Het toeval leidde Jos naar een onverwacht, maar betekenisvol pad: onderzoek naar rouw. Zijn eerste stappen in dit vakgebied waren bescheiden, maar wat begon als een afstudeerscriptie groeide uit tot een indrukwekkende carrière. Jos ontwikkelde zich tot een autoriteit op het gebied van rouwverwerking, waarbij zijn expertise en onderzoek hem zowel nationale als internationale erkenning opleverde.

Zijn eerste subsidieaanvraag, die hij in de avonduren achter zijn bureau schreef onder het zacht licht van een bureaulamp, betrof het toen nog nauwelijks onderzochte onderwerp ‘gestoorde rouw’. Zijn aanvraag werd beantwoord met de opmerking dat rouw toch altijd gestoord is, en dat dit toch niet onderzocht hoefde te worden. Toen wist ik: hier ligt een onontgonnen terrein.’ Jaren van onderzoek, publicaties en een promotieonderzoek in 1997 aan de universiteit van Utrecht mondde uit in een bijzonder hoogleraarschap (2014) complexe rouw aan de Rijksuniversiteit Groningen. Als hoogleraar richtte hij zich op de impact van onnatuurlijk overlijden op nabestaanden – zoals bij moord, vermissing of suïcide – en de vaak complexe rouwprocessen die daarmee gepaard gaan.

In 2014, toen de tragedie van MH17 plaatsvond, was Jos net benoemd tot hoogleraar rouw aan de RUG. Deze ramp gaf zijn werk een diepere urgentie. Hij initieerde een grootschalige cohortstudie naar rouwverwerking bij nabestaanden – een uniek en lopend onderzoek. Een van de ontdekkingen was dat er al vroeg in het rouwproces risicoprofielen kunnen worden vastgesteld, waardoor de hoogrisicogroep eerder bereikt kan worden met psychologische hulp, wat stagnatie in het verwerkingsproces mogelijk kan voorkomen. ‘Deze inzichten stellen ons in staat om nog gericht en eerder hulp te bieden,’ vertelt Jos.

Leermeesters en levenslessen

Tijdens zijn carrière werd Jos gevormd door meerdere leermeesters, wier woorden als zaadjes in zijn geest ontkiemden. Een les bleef hem altijd bij: ‘*Wie iets vindt, heeft niet goed gezocht*’. Jos glimlacht. ‘Blijf nieuwsgierig, blijf kritisch.’ Zijn eigen filosofie? ‘*Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist*’ – een houding van zelfliefde gecombineerd met professionele twijfel, die hem zijn hele carrière heeft begeleid.

Zijn Rotterdamse roots gaven hem een non-nonsens mentaliteit: ‘*Overhemden worden in Rotterdam met opgestroopte mouwen verkocht*, oftewel: hard werken, met toewijding en daadkracht. Deze slogan uit zijn Rotterdamse jeugd heeft Jos in daden omgezet. Gedreven door de wens om de zorg voor mensen met psychische klachten te verbeteren, zette hij zich jarenlang onvermoeibaar in. ‘Dat was altijd mijn kompas,’ zegt hij

GGZetwetenschappelijk: een verborgen parel

Sinds 2009 is Jos nauw verbonden aan *GGZetwetenschappelijk*, het vakblad dat in 1995 is opgericht. Met een vurige overtuiging hoopt hij dat het blad steeds breder landelijk omarmd zal worden. ‘Ons land stroomt over van waardevolle kennis, maar het is minstens zo belangrijk dat die kennis toegankelijk blijft voor iedereen op de werkvloer.’ Na een diagonale blik in de cijfers ontdekte hij iets bijzonders: Nederlandstalige artikelen worden in het veld over het algemeen vaak veel vaker gelezen dan de internationale wetenschappelijke publicaties. Voor Jos is *GGZetwetenschappelijk* dan ook geen gewoon tijdschrift, maar een verborgen parel – een brug tussen theorie en praktijk die meer aandacht en waardering verdient. ‘We mogen met recht trots zijn op deze parel,’ zegt hij met overtuigingskracht.

Geen afscheid, maar een nieuw hoofdstuk

Ook al is Jos op 1 juli 2025 officieel met pensioen gegaan, stilzitten zit er niet in. Zijn echo blijft (na)galmen in de GGZ. Hij blijft actief in het Centraal Tuchtcollege, ZonMw en juridische adviescommissies (over levenslang gestraften, spreekrecht e.a.). ‘Mijn betrokkenheid bij de GGZ en het rechtssysteem blijft bestaan.’ Zijn inzichten, publicaties en de vele psychologen die hij heeft opgeleid, zullen zijn nalatenschap voortzetten. Met één been stevig in de praktijk en het andere in de wetenschap, heeft Jos de Keijser een indrukwekkend pad bewandeld.

Met dankbaarheid kijken we terug op zijn onvermoeibare inzet, zijn scherpzinnigheid en inspirerende rol bij GGZet wetenschappelijk. Zijn nalatenschap zal nog lang inspireren, in de levens van talloze professionals en cliënten. Het moge duidelijk zijn: de ware sleutel tot betere psychische zorg ligt in de dans tussen wetenschap en praktijk: een dans die Jos met hart en ziel heeft geleid.

De afscheidsrede *Ongepaste afstand* van Jos de Keijser is beschikbaar via:
<https://josdekeijser.nl/wp-content/uploads/2025/07/Ongepaste-afstand-Afscheidsrede-Jos-de-Keijser-1.pdf>

Het inzetten van herstelverhalen om persoonlijk herstel te bevorderen bij cliënten in de specialistische GGZ

Mitch Lases, Psycholoog / promovendus bij Lentis, Afdeling Lentis Research



Waar gaat je onderzoek over?

Mijn onderzoek gaat over het inzetten van herstelverhalen om persoonlijk herstel te bevorderen bij cliënten in de specialistische GGZ. Uit onderzoek weten we dat het delen van zulke verhalen anderen kan inspireren en opnieuw hoop kan geven dat herstel mogelijk is. Ik bestudeerde (1) hoe je eigenschappen van verhalen kunt categoriseren, (2) welke verhalen passen bij welke personen of doelgroepen, (3) hoe je ze het beste aanbiedt, (4) hoe je een interventie samen met betrokkenen ontwikkelt, en (5) hoe gebruikers de interventie ervaren en hoe haalbaar die is in de praktijk.

De STORY MINE interventie is een digitale module in het Minddistrict-platform en bevat twaalf door ons verzamelde, hoopvolle en herkenbare herstelverhalen als videopodcast, luisterverhaal en geschreven tekst. Zo is er voor ieder wat wils!

Hoe is jouw onderzoek ingebed in de organisatie en word je gefaciliteerd?

Mijn onderzoek is ingebed bij Lentis Research. Ik werd financieel gefaciliteerd door Lentis en was als buitenpromovendus verbonden aan de Rijksuniversiteit Groningen. Het project sluit aan bij de leerstoel van prof. dr. Stynke Castelein, met focus op herstel bij ernstige psychische aandoeningen.

Ik werkte nauw samen met mijn promotieteam van Lentis onderzoekers, dat mij vier jaar lang betrokken begeleidde. Daarnaast heb ik veel steun ervaren van collega-onderzoekers, behandelaren, ervaringsdeskundigen en cliënten. Collega's van andere Lentis-afdelingen hielpen onder mee bij de focusgroepen, podcastinterviews, het monteren van de videopodcasts en de ontwikkeling van de eHealth module in Minddistrict.

De combinatie van wetenschappelijke en praktijkgerichte samenwerking waren voor mij een van de leukste aspecten van dit traject.

Wat is er leuk aan onderzoek doen binnen de GGZ?

Het meest waardeer ik dat het direct betekenisvol is. Je ziet de impact niet alleen in cijfers, maar vooral in verhalen en ervaringen van mensen. Ook de diversiteit aan perspectieven werkt inspirerend: cliënten, ervaringsdeskundigen, behandelaren

en onderzoekers kijken allemaal net anders naar herstel. Het samenbrengen van die werelden maakt het werk dynamisch. Tot slot gaf de creatieve component veel energie: herstelverhalen vertalen naar een *from scratch* ontwikkelde, digitale interventie die zowel wetenschappelijk onderbouwd als menselijk en toegankelijk is. STORY MINE voelt als een brug slaan tussen kennis vanuit wetenschap, zorg, en ervaringsdeskundigheid.

Wat zijn de uitdagingen aan onderzoek doen binnen de GGZ?

De grootste uitdaging is aansluiting bij de bestaande werkdruk. Behandelaren hebben volle agenda's, cliënten zitten midden in hun herstel, terwijl onderzoek juist tijd en structuur vraagt. Het is voortdurend balanceren tussen methodologische zorgvuldigheid en praktische haalbaarheid. Het thema herstelverhalen vraagt bovendien nuance: verhalen kunnen hoop bieden, maar soms ook confronteren. Dat vraagt aandacht voor ethiek, emotionele veiligheid en eigen regie van mensen. Ten slotte is duurzame implementatie complex. GGZ-organisaties bewegen mee met wisselende prioriteiten, beleidscycli en ICT-systemen. Een interventie als STORY MINE vraagt daarom niet alleen inhoudelijke onderbouwing, maar ook vervolgonderzoek, organisatie-brede afstemming én geduld.

Welke tips heb jij voor promovendi in de GGZ?

- *Zoek verbinding.* Ga direct kennis maken met collega's binnen en buiten je eigen afdeling. Werk samen met behandelaren, ervaringsdeskundigen en de cliëntenraden. Verbinding maakt je werk leuk en hun inzichten maken je onderzoek relevanter én beter implementeerbaar.
- *Blijf nieuwsgierig.* Promoveren kan soms aanvoelen als een lang traject vol verplichtingen, maar het begon met een drijfveer of iets wat je écht wilde weten. Houd dat voor ogen.
- *Durf klein te beginnen.* In de GGZ kunnen de ambities groot zijn, maar haalbare stappen, zoals een pilot, een focusgroep, een kleine implementatie, brengen je vaak verder dan een allesomvattend plan.
- *Bedenk wat je met je onderzoek bijdraagt.* Hoogstwaarschijnlijk draagt jouw onderzoek bij aan het verbeteren van de kwaliteit van de GGZ zorg en werk jij zo mee aan een betere wereld. Die realisatie helpt om je onderzoek betekenisvol te maken.
- *En tot slot: vier de kleine successen.* Probeer te zien wat allemaal wél lukt: elke deelnemer, elk hoofdstuk, elk gedeeld inzicht. Hak grote taken op in kleine to-do's en waardeer je voortgang. Kleine stapjes leiden tot grote successen. Zet hem op!

Het inzetten van herstelverhalen om persoonlijk herstel te bevorderen bij cliënten in de specialistische GGZ

Samenvatting van proefschrift Mitch Lases

Dit proefschrift onderzoekt de mogelijke rol van herstelverhalen bij het ondersteunen van persoonlijk herstel bij mensen die in zorg zijn bij de specialistische geestelijke gezondheidszorg. Het bestaat uit studies die zowel de theoretische grondslag, ontwikkeling als de evaluatie van de STORY MINE-interventie beschrijven. STORY MINE is het acroniem voor 'Studying Topics of Recovery in Mental Health Oriented Narrative Experiences'. Vrij vertaald naar het Nederlands: Onderzoek naar herstelthema's binnen de geestelijke gezondheid door het bestuderen van narratieve ervaringen.

Introductie in herstelverhalen

Hoofdstuk 1 beschrijft hoe het concept van persoonlijk herstel in de geestelijke gezondheidszorg de afgelopen decennia is ontstaan. Persoonlijk herstel verwijst naar het ervaren van een zinvol leven, met of zonder ziekte-gerelateerde symptomen (Anthony, 1993). Het was een reactie van de patiëntenbeweging op het dominante biomedische model, dat zich voornamelijk focust op het verminderen van klinische symptomen (Davidson, 2016). Er is daardoor steeds meer erkenning voor initiatieven rondom ondersteuning door lotgenoten en ervaringskennis, zowel binnen als buiten de geestelijke gezondheidszorg (Honey et al., 2020; Repper & Carter, 2011; Smit et al., 2023).

Eerder onderzoek richtte zich vooral op de voordelen van het delen van het eigen verhaal voor de 'verteller' (bijvoorbeeld meer empowerment, meer betekenisgeving en minder stigma) (Rennick-Egglestone et al., 2019; Roe & Davidson, 2005). In dit proefschrift gaat het juist om de meerwaarde van het aanbieden van herstelverhalen aan mensen met psychische problemen ('de ontvangers'), met name in klinische settingen. Recent onderzoek liet zien dat het aanbieden van herstelverhalen aan mensen met psychische problemen hoop, betekenis en empowerment kan bevorderen door een gevoel van verbondenheid met de vertellers (Ng et al., 2022; Rennick-Egglestone et al., 2019). Hierbij werden verschillende werkzame mechanismen gevonden die de verbondenheid met het narratief dan wel met de verteller konden vergroten, zoals 1) de ervaren authenticiteit, 2) diversiteit in verhalen (variatie in leeftijd, geslacht, culturele achtergrond en ervaringen) en 3) het goed matchen met de herstelfase van iemand. Dat komt neer op het aanbieden van verhalen van mensen die gedeeltelijk hersteld zijn, maar wel een goed leven leiden ondanks eventuele resterende klachten. Hiermee kunnen lezers zich sneller identificeren dan met verhalen van mensen die volledig hersteld zijn (Ng et al., 2022; Rennick-Egglestone et al., 2019). Deze drie werkzame mechanismen zullen naar

verwachting een positief effect hebben op het persoonlijk herstel van de ontvanger met psychische problemen, waarbij eventuele schadelijke effecten tot een minimum worden beperkt. Het onderzoek dat in dit proefschrift wordt beschreven, bouwt voort op deze bestaande kennis.

Karakteriseren van herstelverhalen (Lases et al., 2024a)

In **hoofdstuk 2** bespreken we het belang van het zorgvuldig in kaart brengen van de eigenschappen van herstelverhalen (karakteriseren). Een consistente karakterisering maakt vergelijking van verhalen, het opzetten van veilige verhalencollecties en gerichte selectie van verhalen mogelijk. De 'Inventory of Characteristics of Recovery Stories' (INCRESE), bestaande uit 77 items, verdeeld over 7 secties (namelijk: Geschiktheid van het narratief, Narratief modus, Eigenschappen van de verteller, Eigenschappen van het verhaal, Inhoudswaarschuwingen, Keerpunten, en Inhoud van het verhaal), biedt een gestructureerde manier van categoriseren (Llewellyn-Beardsley et al., 2020). Om de INCRESE betrouwbaar te kunnen gebruiken in Nederland, was een vertaling naar het Nederlands en een culturele aanpassing noodzakelijk.

Dit onderzoek beschrijft het Nederlandse vertaal- en validatieproces van de 'Inventory of Characteristics of Recovery Stories' (INCRESE), met als doel deze geschikt te maken voor het karakteriseren van herstelverhalen in de Nederlandse context (INCRESE-NL). Het doel was om de haalbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid ervan te onderzoeken. Hiervoor codeerden zes codeurs met verschillende professionele achtergronden (namelijk onderzoeker, ervaringsdeskundige of andere professional in de geestelijke gezondheidszorg) met behulp van de INCRESE-NL een selectie van 30 herstelverhalen uit de Psychiatrie Verhalenbank en vulden een evaluatievragenlijst in. Uit het onderzoek kwam naar voren dat de INCRESE-NL goed bruikbaar, valide en betrouwbaar is in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Aanbevelingen om het instrument en het gebruik ervan verder te verbeteren zijn het verduidelijken van de codeerinstructies - met name voor Eigenschappen van het narratief (sectie 4) - en het verbeteren van de codeurtraining om de consistentie te waarborgen. Oftewel, de INCRESE-NL kan gebruikt worden om Nederlandse herstelverhalen te karakteriseren, te selecteren en onderbelichte onderwerpen in collecties van herstelverhalen op te sporen.

Persoonlijk herstel als transdiagnostisch concept (Lases et al., 2024b)

De opkomst van persoonlijk herstel is in belangrijke mate gedragen door de ervaringen van mensen met een psychotische stoornis. Het CHIME-raamwerk is enkele jaren geleden ontwikkeld om het concept van persoonlijk herstel in vijf hoofddimensionen (verbondenheid, hoop, identiteit, betekenis in het leven en empowerment) te operationaliseren, gebaseerd op een groot aantal herstelverhalen (Leamy et al., 2011). Hoewel het CHIME-raamwerk oorspronkelijk is ontwikkeld op basis van herstelverhalen van vooral mensen met psychose-ervaringen, zijn de principes waarschijnlijk breder relevant en ook van toepassing bij andere psychische aandoeningen. In **hoofdstuk 3** beschrijven we hoe we onderzochten of elementen

van persoonlijk herstel in herstelverhalen van verschillende psychiatrische diagnosegroepen aanwezig waren, en daarmee of persoonlijk herstel inderdaad een transdiagnostisch concept is.

We hebben onderzocht of de CHIME-dimensies transdiagnostisch toepasbaar zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg. Dertig herstelverhalen werden deductief geanalyseerd met behulp van het CHIME-codeboek, door drie codeurs per verhaal. Wanneer de oorspronkelijke CHIME-domeinen niet voldoende passend waren, hebben we aanvullend inductieve codes toegewezen, gevolgd door een member check nadat er consensus was bereikt tussen de drie codeurs. Alle vijf CHIME-dimensies kwamen terug in verhalen van mensen met stemmingsstoornissen, autismespectrumstoornissen, psychotische stoornissen en mensen met meerdere comorbide psychiatrische aandoeningen. Het CHIME-model bleek daarmee in grote lijnen relevant voor alle diagnoses, al verschilden accenten en nuances per groep. Zo kwam de dimensie 'Betekenis in het leven' het sterkst naar voren in verhalen van personen met autisme, terwijl 'Verbondenheid' en 'Empowerment' meer prominent aanwezig waren in verhalen van andere diagnosegroepen. Daarnaast identificeerden we zeven aanvullende hersteldomeinen, die goed passen binnen de bestaande vijf CHIME-dimensies. Onze bevindingen wijzen erop dat persoonlijk herstel - en het CHIME-raamwerk in het bijzonder - transdiagnostische relevantie heeft en kan worden uitgebreid om inclusiever te zijn voor andere psychiatrische diagnoses dan psychose. Verder bevatten de herstelverhalen vaak ook moeilijkheden en trauma's. Hoewel deze aspecten geen deel uitmaken van het CHIME-raamwerk, verdienen ze erkenning als belangrijk onderdeel van het herstelproces.

Ontwikkeling van de STORY MINE-interventie

Om een herstelverhaleninterventie te ontwikkelen was een systematische, theoretische en evidence-based aanpak nodig met oog voor ecologische validiteit en implementeerbaarheid. Tot op heden is er nog weinig - maar wel veelbelovend - onderzoek verricht naar de effecten van het aanbieden van herstelverhalen aan mensen met psychische problemen (Ng et al., 2022; Slade et al., 2023, 2024). Het is vooral nog onduidelijk of en hoe deze verhalen het persoonlijk herstel van cliënten in de geestelijke gezondheidszorg kunnen bevorderen.

In **hoofdstuk 4** rapporteren we de resultaten van een kwalitatief onderzoek waarin we de perspectieven van belanghebbenden (stakeholders) hebben verzameld over de ontwikkeling van een herstelverhaleninterventie (Lases et al., 2025a). De interventie zou naast de gebruikelijke klinische zorg aangeboden kunnen worden aan zorggebruikers in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Er werden vier afzonderlijke focusgroepen met in totaal zeventien deelnemers gehouden: twee met ervaringsdeskundige cliënten, één met ervaringswerkers en één met andere behandelaren in de geestelijke gezondheidszorg. De deelnemers benadrukten de waarde van authentieke, hoopvolle verhalen die een bepaalde mate van (ervaren) verbondenheid kunnen opwekken. Diversiteit in modaliteit (video, audio en tekst), lengte en inhoud werd genoemd als belangrijke onderdelen voor de nieuw te ontwikkelen interventie.

Een belangrijk punt dat naar voren kwam was de balans tussen het beschermen van de privacy van de vertellers (dat wil zeggen hen zo anoniem mogelijk te laten blijven

om mogelijke negatieve gevolgen, zoals stigmatisering, te voorkomen), en het juist openlijk delen van ervaringen om publiek stigma te helpen verminderen. Bovendien hechtten de deelnemers veel waarde aan de eigen regie (autonomie) bij het selecteren van verhalen, terwijl ze tegelijkertijd erkenden dat gestructureerde begeleiding en gepersonaliseerde aanbevelingen van relevante verhalen voor sommige gebruikers ook nuttig kunnen zijn. Ten slotte gaven deelnemers de voorkeur aan een digitaal platform met zoekfuncties, filters en contactmogelijkheden (bijvoorbeeld een behandelaar of ervaringswerker) om indien nodig emotionele steun te kunnen zoeken.

Samen onderstrepen deze bevindingen het belang van het afstemmen van zowel de inhoud als de manier van aanbieden van de herstelverhalen op iemands individuele behoeften en de context. Deze input is verwerkt in het ontwikkelen van de STORY MINE-interventie.

Hoofdstuk 5 beschrijft het systematische, in co-creatie met alle belanghebbenden, ontwikkelproces van STORY MINE: een digitale herstelverhaleninterventie ter ondersteuning van persoonlijk herstel bij mensen met ernstige psychische aandoeningen (Lases et al., 2025b). Met behulp van Bartholomew's Intervention Mapping-methodiek (Bartholomew Eldredge et al., 2016) werd de interventie ontwikkeld binnen Minddistrict: een beveiligd e-healthplatform. De interventie omvat twaalf doelbewust verzamelde herstelverhalen die zijn ontworpen om hoop, empowerment en verbondenheid te bevorderen. Een behoefteanalyse, gecombineerd met systematisch literatuuronderzoek en de resultaten van de focusgroepen uit **hoofdstuk 4**, bracht de prioriteiten en veranderdoelen voor de interventie in kaart. Ervaringsdeskundigen waren in alle fasen betrokken, wat de ecologische validiteit en gebruikersrelevantie borgde.

Naar aanleiding van dit proces biedt de interventie diverse modaliteiten (tekst, audio, video) en variërende verhaallengtes aan (van langere podcastvideo's tot samengevatte tekst- en audioversies), prioriteert deze de privacy van vertellers en bevat deze opties voor vervolcontact. STORY MINE is de eerste, op co-creatie gebaseerde, herstelverhalen-interventie in de (Nederlandse) geestelijke gezondheidszorg, die doelbewust herstelverhalen bevat waarin eerder vastgestelde 'actieve ingrediënten' zijn verwerkt, om de therapeutische waarde ervan te vergroten. Hiermee onderscheidt het zich van andere (internationale) initiatieven die herstelverhalen aanbieden, zoals het Britse NEON-project (Narrative Experiences Online) (Slade et al., 2021).

Evaluatie van STORY MINE

Hoofdstuk 6 beschrijft de resultaten van de gerandomiseerde gecontroleerde pilotstudie van de STORY MINE-interventie (Lases et al., 2025c). Het doel was om de haalbaarheid, gebruikerservaring en potentiële hersteluitkomsten te onderzoeken. Achtentwintig deelnemers werden willekeurig toegewezen aan een interventiegroep die gedurende 12 weken toegang had tot de STORY MINE verhalen, of aan een wachtlijstcontrolegroep. STORY MINE werd als haalbaar en acceptabel beoordeeld (gemiddelde score 7.7 op 10), al was de therapietrouw relatief laag (deelnemers consumeerden gemiddeld 3 van 12 verhalen). Deelnemers rapporteerden tijdens de kwalitatieve evaluatie diverse voordelen van de interventie,

zoals meer betekenisgeving, inspiratie en (ervaren) verbondenheid met vertellers. Eén deelnemer rapporteerde juist negatieve emotionele effecten.

Er werden kleine tot middelgrote negatieve effecten gevonden op de potentiële uitkomstmaten (namelijk vertrouwen in de eigen psychische gezondheid, hoop, zelfstigmatisering en persoonlijk herstel). Deze negatieve effecten verdwenen echter na uitsluiting van twee deelnemers bij wie de klinische symptomen toenamen tijdens de studie. Deze toename hield geen verband met hun deelname aan de STORY MINE-interventie, aldus desbetreffende deelnemers. Onze bevindingen suggereren dat STORY MINE een nuttige aanvulling kan zijn op de reguliere zorg.

Voor een toekomstig ‘gepowered’ onderzoek raden we aan om de nadruk te leggen op 1) het verbeteren van de therapietrouw (bijvoorbeeld via prompts en herinneringen), 2) het waarborgen van emotionele veiligheid (bijvoorbeeld inhoudswaarschuwingen, een functie om bijwerkingen te melden en laagdrempelige toegang tot professionele ondersteuning), 3) culturele en contextuele relevantie (bijvoorbeeld regionale aanpassing van verhaalonderwerpen) en 4) technische toegankelijkheid (bijvoorbeeld een gebruiksvriendelijke interface, compatibiliteit met verschillende apparaten en duidelijke instructies). Ten slotte is het belangrijk om voorafgaand aan deelname aan toekomstige STORY MINE-onderzoeken de ernst van traumasymptomen te screenen en ervoor te zorgen dat therapeutische ondersteuning beschikbaar is wanneer dat nodig is, aangezien verhalen mogelijke traumatische herinneringen kunnen oproepen.

Algemene discussie

Hoofdstuk 7 plaatst de bevindingen uit de hoofdstukken 2-6 in een breder perspectief op het herstel van ernstige psychische aandoeningen in Nederland, en relateert deze aan de volgende hedendaagse thema's: transdiagnostische perspectieven, (culturele en contextuele) overdraagbaarheid, druk op de geestelijke gezondheidszorg, digitaal versus persoonlijk lotgenotencontact, gepersonaliseerde zorg, en het toenemende belang van ervaringskennis.

In de algemene discussie betogen we dat herstelverhalen een unieke manier bieden om persoonlijk herstel te bevorderen, een domein dat enigszins onafhankelijk functioneert van klinisch en maatschappelijk herstel (Van Eck et al., 2018, 2023). Persoonlijk herstel wordt benadrukt als een proces dat zowel zeer persoonlijk als universeel herkenbaar is: transdiagnostisch in zijn kernmechanismen, maar gekenmerkt door genuanceerde, diagnose-gerelateerde en individuele variaties. Bovendien is het kernconcept achter STORY MINE weliswaar breed overdraagbaar, maar blijven culturele en contextuele aanpassingen van de aangeboden verhalen essentieel om herkenning en relevantie voor diverse gebruikersgroepen te waarborgen (Kotera et al., 2025; Panadevo et al., 2025).

Te midden van personeelstekorten en lange wachtlijsten kan het digitaal en transdiagnostisch aanbieden van herstelverhalen - zoals in STORY MINE - bijdragen aan drukvermindering in het zorgsysteem doordat gebruikers de eigen regie hebben, in plaats van uitsluitend afhankelijk te zijn van begeleiding door een behandelaar. Dit laatste hoofdstuk gaat ook in op de verschillende functies die digitaal en persoonlijk lotgenotencontact kunnen hebben. Waar groepsbijeenkomsten met lotgenoten rechtstreeks contact en een gedeelde

emotionele ruimte bieden (Burlingame, 2018; Puschner et al., 2025), maakt STORY MINE het mogelijk om 24/7 toegang te hebben tot uiteenlopende herstelverhalen. Hierdoor kunnen gebruikers zelf een herstelverhaal kiezen dat goed bij hen past, zonder hierbij afhankelijk te zijn van het bestaan van een (specifieke) lotgenotengroep.

Ten slotte benadrukken de bevindingen in dit proefschrift dat ervaringskennis niet langer louter *aanvullend* is, maar eerder een *fundamentele* bron van kennis en expertise, gelijkwaardig aan wetenschappelijke en professionele kennis.

Referenties

- Anthony. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Bartholomew Eldredge, L. K., Markham, C. M., Ruiters, R. A. C., Fernández, M. E., Kok, G., & Parcel, G. S. (2016). Planning health promotion programs. In *Jossey-Bass Public Health* (Fourth edition). Jossey-Bass, a Wiley Brand. http://bvbr.bib-bvb.de:8991/F?func=service&doc_library=BVB01&local_base=BVB01&doc_number=028134885&sequence=000001&line_number=0001&func_code=DB_RECORDS&service_type=MEDIA
- Burlingame, G. M. (2018). Cohesion in Group Therapy: A Meta-Analysis. *Psychotherapy*, 55(4). <https://doi.org/10.1037/pst0000173>
- Davidson, L. (2016). The Recovery Movement: Implications For Mental Health Care And Enabling People To Participate Fully In Life. *Health Affairs*, 35(6), 1091–1097. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0153>
- Honey, A., Boydell, K. M., Coniglio, F., Do, T. T., Dunn, L., Gill, K., Glover, H., Hines, M., Scanlan, J. N., & Tooth, B. (2020). Lived experience research as a resource for recovery: A mixed methods study. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02861-0>
- Kotera, Y., Ronaldson, A., Takhi, S., Felix, S., Namasaba, M., Lawrence, S., Kellermann, V., Kapka, A., Hayes, D., Dunnett, D., Jebara, T., Murakami, M., Bakolis, I., Repper, J., Meddings, S., Stergiopoulos, V., Brophy, L., De Ruyscher, C., Eplov, L., ... Slade, M. (2025). Cultural influences on fidelity components in recovery colleges: a study across 28 countries and territories. *General Psychiatry*, 38(3), e102010. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2024-102010>
- Lases, M., Bruins, J., Ng, F., Rennick-Egglestone, S., Llewellyn-Beardsley, J., Slade, M., van Sambeek, N., Scheepers, F., van Balkom, I., & Castelein, S. (2024a). Feasibility, validity and reliability of the Dutch translation of INCREASE (INCREASE-NL) inventory to characterize mental health recovery narratives. *Journal of Recovery in Mental Health*.
- Lases, M. N., Bruins, J., Scheepers, F. E., van Sambeek, N., Ng, F., Rennick-Egglestone, S., Slade, M., van Balkom, I. D. C., & Castelein, S. (2024b). Is personal recovery a transdiagnostic concept? Testing the fit of the CHIME framework using narrative experiences. *Journal of Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/09638237.2024.2361225>
- Lases, M. N., Bruins, J., van Balkom, I. D. C., & Castelein, S. (2025a). Gathering input for a mental health intervention based on recovery narratives: A focus

- group study (Preprint). *PsyArXiv*. https://doi.org/https://doi.org/10.31234/osf.io/akxrj_v1
- Lases, M. N., Bruins, J., van Balkom, I. D. C., & Castelein, S. (2025b). Using intervention mapping to develop a mental health intervention based on recovery narratives (Preprint). *PsyArXiv*. https://doi.org/https://doi.org/10.31234/osf.io/pmvzc_v2
 - Lases, M. N., Bruins, J., van Balkom, I. D. C., & Castelein, S. (2025c). Evaluation of a mental health intervention based on hopeful lived experience narratives: A pilot randomized controlled trial (Preprint). *JMIR preprints*. <https://doi.org/10.2196/preprints.83948>
 - Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733> [doi]
 - Llewellyn-Beardsley, J., Barbic, S., Rennick-Egglestone, S., Ng, F., Roe, J., Hui, A., Franklin, D., Deakin, E., Hare-Duke, L., & Slade, M. (2020). INCREASE: Development of an Inventory to Characterize Recorded Mental Health Recovery Narratives. *Journal of Recovery in Mental Health*, 3(2), 25–44. <https://nottingham-repository.worktribe.com/output/4783758>
 - Ng, F., Newby, C., Robinson, C., Llewellyn-Beardsley, J., Yeo, C., Roe, J., Rennick-Egglestone, S., Smith, R., Booth, S., Bailey, S., Castelein, S., Callard, F., Arbour, S., & Slade, M. (2022). How do recorded mental health recovery narratives create connection and improve hopefulness? *Journal of Mental Health*, 0(0), 1–8. <https://doi.org/10.1080/09638237.2021.2022627>
 - Panadevo, J., Kotera, Y., Køcks, N. R., Kring, L. D., & Møller, S. B. (2025). Personal recovery after mental illness from a cultural perspective: A scoping review. In *International Journal of Social Psychiatry*. SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/00207640241303026>
 - Puschner, B., Nakku, J., Hiltensperger, R., Wolf, P., Adler Ben-Dor, I., Bugeiga, F., Charles, A., Gai Meir, L., Garber-Epstein, P., Goldfarb, Y., Grayzman, A., Hadas-Grundman, S., Haun, M., Heuer, I., Iboma, B., Kalha, J., Kamwaga, L., Korde, P., Kotera, Y., ... Slade, M. (2025). Effectiveness of peer support for people with severe mental health conditions in high-, middle- and low-income countries: multicentre randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 1–9. <https://doi.org/DOI: 10.1192/bjp.2025.10299>
 - Rennick-Egglestone, S., Morgan, K., Llewellyn-Beardsley, J., Ramsay, A., McGranahan, R., Gillard, S., Hui, A., Ng, F., Schneider, J., Booth, S., Pinfold, V., Davidson, L., Franklin, D., Bradstreet, S., Arbour, S., & Slade, M. (2019). Mental Health Recovery Narratives and Their Impact on Recipients: Systematic Review and Narrative Synthesis. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 64(10), 669–679. <https://doi.org/10.1177/0706743719846108>
 - Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. In *Journal of Mental Health* (Vol. 20, Issue 4). <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
 - Roe, D., & Davidson, L. (2005). Self and narrative in schizophrenia: Time to author a new story. *Medical Humanities*, 31(2). <https://doi.org/10.1136/jmh.2005.000214>

- Slade, M., Rennick-Egglestone, S., Elliott, R. A., Newby, C., Robinson, C., Gavan, S. P., Paterson, L., Ali, Y., Yeo, C., Glover, T., Pollock, K., Callard, F., Priebe, S., Thornicroft, G., Repper, J., Keppens, J., Smuk, M., Franklin, D., Walcott, R., ... Llewellyn-Beardsley, J. (2023). *Effectiveness and cost-effectiveness of online recorded recovery narratives in improving quality of life for people with non-psychotic mental health problems: a pragmatic randomized controlled trial*. <https://nottingham-repository.worktribe.com/output/25188175>
- Slade, M., Rennick-Egglestone, S., Elliott, R. A., Newby, C., Robinson, C., Gavan, S. P., Paterson, L., Ali, Y., Yeo, C., Glover, T., Pollock, K., Callard, F., Priebe, S., Thornicroft, G., Repper, J., Keppens, J., Smuk, M., Franklin, D., Walcott, R., ... Llewellyn-Beardsley, J. (2024). Effectiveness and cost-effectiveness of online recorded recovery narratives in improving quality of life for people with non-psychotic mental health problems: a pragmatic randomized controlled trial. *World Psychiatry*, 23(1), 101–112. <https://doi.org/10.1002/wps.21176>
- Slade, M., Rennick-Egglestone, S., Llewellyn-Beardsley, J., Yeo, C., Roe, J., Bailey, S., Smith, R. A., Booth, S., Harrison, J., Bhogal, A., Penas Morán, P., Hui, A., Quadri, D., Robinson, C., Smuk, M., Farkas, M., Davidson, L., van der Krieke, L., Slade, E., ... Ng, F. (2021). Recorded Mental Health Recovery Narratives as a Resource for People Affected by Mental Health Problems: Development of the Narrative Experiences Online (NEON) Intervention. *JMIR Formative Research*, 5(5), e24417. <https://doi.org/10.2196/24417>
- Smit, D., Miguel, C., Vrijzen, J. N., Groeneweg, B., Spijker, J., & Cuijpers, P. (2023). The effectiveness of peer support for individuals with mental illness: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53(11). <https://doi.org/10.1017/S0033291722002422>
- Van Eck, R. M., Burger, T. J., Vellinga, A., Schirmbeck, F., & De Haan, L. (2018). The Relationship Between Clinical and Personal Recovery in Patients With Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 631–642. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx088>
- Van Eck, R. M., van Velden, J., Vellinga, A., van der Krieke, L., Castelein, S., de Haan, L., Schirmbeck, F., van Amelsvoort, T., Bartels-Velthuis, A. A., Bruggeman, R., Cahn, W., Simons, C. J. P., & van Os, J. (2023). Personal recovery suits us all: A study in patients with non-affective psychosis, unaffected siblings and healthy controls. *Schizophrenia Research*, 255, 24–32. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.02.026>

De werkzame factoren en effecten van vaktherapie bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen

Karin Timmerman, psychotherapeut/programmamanager, Mediant, Kliniek de Boerhaven, Expertisecentrum persoonlijkheidsstoornissen



Waar gaat je onderzoek over?

Over de werkzame factoren en effecten van vaktherapie bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen. In vaktherapie wordt gewerkt binnen het vaktherapeutisch medium, bijvoorbeeld beeldend werken of muziek maken. De verschillende vaktherapieën zijn: beeldende therapie, muziektherapie, psychomotorische therapie, danstherapie en dramatherapie.

Vaktherapie wordt in de praktijk regelmatig ingezet bij mensen met persoonlijkheidsproblematiek omdat het via doen en ervaren werkt in plaats van te praten,

middels lichaamsgerichte sensomotorische werkvormen. Dit geeft een andere ingang tot problematiek. Bijvoorbeeld bij emotieregulatie praat je niet over emoties maar worden deze uitgedrukt en opgeroepen door de werkvormen zoals schilderen of boksen. Tegelijkertijd is er dan de mogelijkheid om met nieuw gedrag te oefenen. Mijn eerste onderzoek ging over vaktherapie en emotieregulatie. Er is een vaktherapeutische interventie binnen een klinische psychotherapiesetting aangeboden. Dit is getoetst door wekelijks emotieregulatie en werkzame factoren van vaktherapie te meten, via het multiple baseline single case experimental design (MBSCED). Daaruit bleek dat vaktherapie effectief was voor emotieregulatie voor het grootste deel van de deelnemers. De emotieregulatieproblemen namen echter niet af en na de interventie leken ze juist toe te nemen. Mogelijk kwam dit door betere bewustwording van emotieregulatieproblemen en door de intensievere behandelphase binnen de klinische behandeling tijdens de follow-up metingen. Er zijn in de literatuur aanwijzingen dat veranderingen in emotieregulatieproblemen pas later optreedt, maar dat is hier niet onderzocht.

In het tweede onderzoek hebben we een kwalitatieve analyse gedaan naar de werkzame factoren van vaktherapie, ervaren door cliënten en naasten. We hebben de open antwoorden geanalyseerd op de vragen *‘waar heeft gesprekstherapie je (niet) mee geholpen?’* en *‘waar heeft vaktherapie je (niet) mee geholpen?’* en *‘wat is volgens jou het verschil tussen vaktherapie en gesprekstherapie’* uit een enquête onder MIND panelleden. Dit heeft materiaal opgeleverd voor verdere onderbouwing van de werkzame factoren van vaktherapie omdat ervaringskennis een belangrijke pijler voor evidence based practice kan zijn. Het artikel wordt momenteel geschreven,

maar een klein tipje van de sluier: vaktherapie wordt meer als betere ingang gezien tot het gevoel en gesprekstherapie zien ze als meer behulpzaam voor inzicht. In het derde onderzoek hebben we een vaktherapeutische interventie ontwikkeld voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek via de ‘Intervention Mapping’ methode. Vanuit literatuur en input van professionals en cliënten zijn de ingrediënten gebruikt om de interventie te ontwikkelen en deze is daarna kwalitatief en kwantitatief getoetst. Artikelen over de ontwikkeling van de interventie en de toetsing worden momenteel geschreven. Maar ook hier een tipje van de sluier: Het Intervention mapping proces heeft geleid tot een gedragen en effectieve vaktherapeutische interventie die zich richt op adaptiviteit als transdiagnostische factor.

Tot slot staat er nog een literatuurstudie naar de werkzame factoren van vaktherapie gericht op adaptiviteit op de planning.

Hoe is jouw onderzoek ingebed in de organisatie en word je gefaciliteerd?

Mijn ambitie was om onderzoek te gaan doen naar vaktherapie en daarom ben ik op zoek gegaan naar mogelijkheden om dit te gaan doen. Na mijn studie psychologie ontdekte ik de mogelijkheid om te gaan promoveren, een route die vorm geeft aan mijn ontwikkeling als onderzoeker en tegelijkertijd ook resultaten voor ons vakgebied zou kunnen geven. Is samenwerking met mijn werkgever Mediant en de Universiteit van Twente ben ik deze route gaan onderzoeken.

Daarbij is er een constructie ontstaan waarbij ik als buitenpromovendus in dienst ben bij Mediant en promoveer aan de Universiteit van Twente. Daarna ontstond er een samenwerking met Mediant, de Universiteit van Twente, MIND en het lectoraat ‘Vaktherapie in de Gezondheidszorg’ van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Onder de vlag van het lectoraat hebben we een subsidie aanvraag gedaan en gekregen, hetgeen tot een intensieve samenwerkingsverband heeft geleid binnen de Intervention Mapping en de kwalitatieve analyses.

Wat is er leuk aan onderzoek doen binnen de GGZ?

Het kunnen toetsen van je ideeën op verschillende manieren en ook weer je ontdekkingen kunnen implementeren in de praktijk.

Voor het doen van onderzoek moet je kritisch nadenken over wat je doet in de praktijk en waarom je denkt dat het effect heeft. Door dit wetenschappelijk te toetsen, door hypothetische uitkomsten te meten of mensen te vragen naar wat ze daadwerkelijk hebben ervaren, ontdek je of dit klopt of krijg je nieuwe ideeën voor hoe je de praktijk weer kan verbeteren. In mijn ideale wereld is dit een directe wisselwerking: Door het scherpen van kennis van wat je doet, hoe het effect heeft en wie daar baat bij heeft draagt dit bij aan een betere hulpverlening.

Wat zijn de uitdagingen aan onderzoek doen binnen de GGZ?

Vaktherapie is relatief nieuw in de wereld van onderzoek. Dit proces is aangejaagd doordat er een verzoek tot onderbouwing van vaktherapie is gekomen door het Zorginstituut Nederland in 2015. Sindsdien is er al veel werk verzet, maar de tijd en de middelen zijn voor vaktherapeuten vaak nog beperkt. Dat maakt dat we creatief moeten zijn met onze tijd en middelen en moeten samenwerken. Omdat bij alle vaktherapeuten de urgentie van onderzoek voelbaar is, is deze samenwerking en de motivatie voor mensen om mee te doen en samen te werken groot, dat is heel gaaf.

Maar een voorbeeld van een uitdaging als vaktherapeutische onderzoeker is het om onderzoeksmethoden toe te passen die recht doen aan ons vak en die op dit moment ook haalbaar zijn. In onderzoek binnen de GGZ is er een cultuur waar bijvoorbeeld de randomised controlled trial (RCT) als de gouden standaard wordt gezien. Voor vaktherapeutische onderzoekers is dit echter soms lastig te realiseren, alleen al qua aantallen. Toen zijn we bijvoorbeeld uitgekomen bij de MBSCED methode, waarbij de deelnemer zijn eigen controle is en er meer inzicht kan komen in wat er van moment tot moment gebeurt in plaats van alleen een voor- en nameting.

Welke tips heb jij voor promovendi in de GGZ?

Blijf dicht bij je eigen nieuwsgierigheid. Deze drijfveer kan je het hele proces richting en energie geven, ook als het soms moeilijk en onoverzichtelijk dreigt te worden.

En: Durf eigenwijs te zijn en laat je leiden daar waar je nog geen wijsheid hebt.

Artikelen

- Wiersma, I. C. M., Wouters, H., Timmerman, K., Heijman, J., Westerhof, G. J., Radstaak, M., & Haeyen, S. (2024). Promoting psychological adaptability and well-being of patients with personality disorders with creative arts and psychomotor therapies: protocol of an intervention mapping study. *BMJ open*, 14(12), e090275. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-090275>
- Timmerman, K., Haeyen, S., Radstaak M., Westerhof G.J. A Pilot Study on the effectiveness of combined Creative Arts and Psychomotor Therapies on Emotion Regulation in Personality Disorders: A Multiple Baseline Single Case Experimental Design, 30 October 2025, PREPRINT (Version 1) available at Research Square [<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-7723063/v1>]

Bevorderen van psychologische adaptiviteit en welbevinden van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen door middel van vaktherapie: een protocol van een Intervention Mapping studie

Imke CM Wiersma, Hans Wouters, Karin Timmerman, Jackie Heijman, Gerben J Westerhof, Mirjam Radstaak, Suzanne Haeyen*

Samenvatting

Inleiding

Persoonlijkheidsstoornissen (PS) veroorzaken veel leed. Bij de behandeling van patiënten met een PS is het belangrijk om niet alleen te focussen op het verminderen van symptomen, maar ook op het bevorderen van psychologische adaptiviteit en welbevinden. Het ervaringsgerichte karakter van vaktherapie draagt bij aan het werken aan psychologische adaptiviteit en het verbeteren van het welbevinden, hoewel er meer bewijs nodig is. Dit protocolpaper beschrijft een studie naar de ontwikkeling en evaluatie van een vaktherapeutische interventie die gericht is op het bevorderen van psychologische adaptiviteit en welbevinden bij mensen met PS.

Methoden en analyse

De vaktherapeutische interventie zal worden ontwikkeld met behulp van de Intervention Mapping methode. Voor de evaluatie van deze interventie zal een mixed method design worden gebruikt, waarbij gebruik wordt gemaakt van een multiple baseline single-case experimental design (MBSCED) met ten minste 17 deelnemers met een PS. Kwantitatieve metingen die wekelijks worden uitgevoerd, zijn de Generic Sense of Ability to Adapt Scale, de Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale en de Schema Mode Inventory (SMI, gezonde volwassene en blije kind). De Mental Health Continuum Short Form, the Brief Symptom Inventory en de SMI (volledig) worden alleen afgenomen in week 1 en 10 van de interventie. Kwalitatieve instrumenten zijn een online enquête voor mensen met ervaringskennis, focusgroepen voor vaktherapeuten, psychologen, managers en verwijzers, en semi-gestructureerde interviews met patiënten. Kwantitatieve

Correspondentie: Karin Timmerman, k.timmerman@mediant.nl

Informatie over alle auteurs is opgenomen achterin het tijdschrift op de pagina Over de auteurs.

Dit artikel is oorspronkelijk gepubliceerd in BMJ Open: 10.1136/bmjopen-2024-090275 in december 2024 en gedownload via <http://bmjopen.bmj.com/>

© Auteur(s) (of hun werkgever(s)) 2024. Hergebruik toegestaan onder CC BY-NC. Geen commercieel hergebruik. Zie rechten en toestemmingen. Gepubliceerd door BMJ Group.

Sterke punten en beperkingen van deze studie

- Deze studie richt zich op uitkomsten op het gebied van positieve mentale gezondheid.
- In deze studie wordt een interventie met vaktherapie ontwikkeld met de Intervention Mapping methode.
- Deze studie omvat zowel kwantitatieve data als de ervaringen en voorkeuren van patiënten en therapeuten.
- Patiënten met cluster A-persoonlijkheidsstoornissen zijn moeilijk te bereiken en dus moeilijk te werven.
- De herhaaldelijk gemeten resultaten vereisen dat patiënten gedurende een langere periode een groter aantal vragenlijsten invullen gedurende een langere periode, wat belastend is en waarschijnlijk zal leiden tot ontbrekende gegevens.

uitkomsten worden geanalyseerd met lineair-mixed models. Kwalitatieve analyse wordt uitgevoerd met behulp van thematische analyse.

Ethiek en verspreiding

Deze studie is goedgekeurd door de Ethische Commissie van de HAN University of Applied Sciences (ref: ECO 471.07/23). Alle deelnemers zullen een toestemmingsformulier ondertekenen en de gegevens zullen vertrouwelijk worden behandeld. De onderzoeksresultaten zullen open access worden gepubliceerd in peer-reviewed tijdschriften.

Registratienummer van het onderzoek

Dit onderzoek is geregistreerd op <https://www.ClinicalTrials.gov> (registratienummer NCT06219122).

Inleiding

Persoonlijkheidsstoornissen (PS) zijn ernstige psychiatrische stoornissen met een aanhoudend verloop. In Nederland ligt de geschatte prevalentie van PS tussen 5% en 10%.¹ PS worden gekenmerkt door hardnekkige, rigide en onaangepaste patronen van innerlijke ervaringen en gedragingen, die vaak het gevolg zijn van genetische aanleg en het omgaan met negatieve ervaringen in de kindertijd.² Maladaptieve patronen in gedrag, gevoelens en gedachten leiden tot langdurige verstoring van intra persoonlijke en interpersoonlijke relaties.^{3,4} Dit resulteert in moeilijkheden bij het versterken van het eigen welzijn, soms zelfs in weerstand tegen positieve ervaringen.⁵ Bovendien gaat een PS vaak gepaard met co morbiditeit van andere psychische aandoeningen, zoals depressie, angst en verslaving, en veroorzaakt het veel persoonlijk leed.^{1,2,5} Gespecialiseerde behandeling voor PS is noodzakelijk en moet niet alleen gericht zijn op het verminderen van PS-symptomen, zoals onaangepaste patronen, maar ook op het verbeteren van het welbevinden en de psychologische adaptiviteit. Dit wordt ook wel het twee-continua model genoemd (gericht op zowel psychische klachten als mentale gezondheid).⁶

Bij de behandeling van patiënten met een PS zijn er verschillende manieren om aan psychologische adaptiviteit te werken. Een veelgebruikte vorm van psychotherapie is Schematherapie (ST), die is ontwikkeld door Jeffrey Young⁷ voor patiënten met een PS. In ST maakt Young onderscheid tussen schema's en modi. Gevoelens en gedachten worden gestuurd door schema's,⁷⁻⁹ terwijl modi de gemoedstoestanden zijn die door schema's worden veroorzaakt. Patiënten met een PS hebben disfunctionele schema's en disfunctionele modi.¹⁰ ST heeft tot doel deze disfunctionele schema's en modi te verminderen en functionele en positieve schema's en modi te ontwikkelen. In de terminologie van ST worden het functioneren van het blijde kind en de gezonde volwassene specifiek beschreven als functionele modi, die zich richten op het op een gezonde en adaptieve manier vervullen van emotionele behoeften.⁹⁻¹¹

Positieve psychologie richt zich ook op psychologische adaptiviteit door zich te richten op geestelijke gezondheid, welzijn, kracht, versterking van positieve affecten en flow.¹²⁻¹⁴ In het model voor duurzame geestelijke gezondheid¹⁵ worden positieve psychologie en mentaal welbevinden geïntegreerd in de geestelijke gezondheidszorg. Huber *et al.*¹⁶ stellen dat gezondheid een dynamisch vermogen is om zoveel mogelijk adaptief te zijn en zichzelf te sturen, rekening houdend met de sociale, mentale en fysieke uitdagingen van het leven. Daarom is het belangrijk om bij de behandeling niet alleen te focussen op symptoomvermindering, maar ook op het versterken van het welbevinden door interventies te richten op positief gedrag, positieve emoties en positieve gedachten.^{15 17-20} Recente studies tonen aan dat dit soort interventies bijdragen aan een afname van psychologische klachten en een toename van het welbevinden bij klinische populaties.²¹

Terwijl ST en andere vormen van psychotherapie meer cognitief van aard zijn en zich richten op gedachten en percepties, is vaktherapie ervaringsgericht en richt zich op sensaties, emoties en gedragingen. Vaktherapie wordt vaak aangeboden om klinische symptomen te verminderen en het psychologische welbevinden bij PS en andere psychische stoornissen te verbeteren.²²⁻²⁴ Vaktherapie is een verzamelnaam voor verschillende disciplines, waaronder beeldende therapie, drama-, muziek-, dans- en psychomotorische therapie. Gedachten, gevoelens en gedragspatronen kunnen worden uitgedrukt of opgewekt door middel van bijvoorbeeld tekenen/schilderen, creëren, lichaamsbewustzijn, theater/rollenspel of muziek, in specifieke werkvormen van vaktherapie. Bewustwording en (zelf)reflectie worden gestimuleerd en nieuwe vaardigheden en rollen worden geoefend in een toegankelijke en veilige omgeving.²⁵⁻²⁸ Het ervaringsgerichte, creatieve, speelse en 'alsof'-karakter van vaktherapie draagt bij aan het werken aan de psychologische uitdagingen van PS en het verbeteren van het psychologisch welbevinden.²² Vaktherapie kan, net als psychotherapie, schemagericht zijn. De werkvormen van vaktherapie brengen de eigen disfunctionele schema's en modi van patiënten aan het licht en bieden inzicht daarin.^{9 29} Vervolgens kunnen patiënten met PS leren deze disfunctionele schema's en modi te vervangen en functionele en adaptieve schema's en modi te oefenen, zoals de Gezonde Volwassene, die de modus van het Blijde Kind bevordert door te voorzien in emotionele basisbehoeften in relatie tot zichzelf en anderen.^{9 29} De werkvormen van vaktherapie bieden verschillende mogelijkheden om positieve schema's en adaptieve modi te activeren, zoals het herwaarderen van zintuiglijke prikkels, improviseren door nieuw gedrag te proberen en het oplossen van conflicten tussen basisbehoeften en disfunctionele modi.²⁹ Door het creatieve, speelse en

ervaringsgerichte karakter van vaktherapie kunnen patiënten meer adequate manieren ontwikkelen om met dagelijkse situaties om te gaan en adaptief te zijn daaraan.⁹ Daarom kan het combineren van vaktherapie met ST gunstig zijn bij de behandeling van PS.

Tot op heden bestaan er maar weinig vaktherapeutische interventies die gericht zijn op het verbeteren van psychologische adaptiviteit en er is weinig praktijkgericht onderzoek gedaan naar de behandeling van PS met vaktherapie. Er is een groeiende vraag naar evidence-based vaktherapie interventies, die in de praktijk vaak al als positief worden ervaren door patiënten en therapeuten. Volgens professionals, patiënten en onderzoeksresultaten is vaktherapie veelbelovend voor het bevorderen van psychologische adaptiviteit en welbevinden van patiënten met PS. In maart 2021 hebben we een enquête gehouden waarin vaktherapeuten voorkeuren deelden voor een interventie die aansluit bij ST (niet-gepubliceerde gegevens). Daarom zullen we een vaktherapie interventie ontwikkelen op basis van ST en positieve psychologie interventies. Haeyen³⁰ heeft een boek gepubliceerd met deze focus, dat veel praktijkgerichte werkvormen bevat. Deze methoden vormen de basis voor de ontwikkeling van de vaktherapeutische interventie. Het doel van deze interventie is het versterken van de psychologische adaptiviteit en het welbevinden door het versterken van helpende schema's en modi.

Onderzoeksdoelstellingen

- Het ontwikkelen van een vaktherapeutische interventie op basis van ST en positieve psychologie die gericht is op het bevorderen van psychologische adaptiviteit en welbevinden.
- Het evalueren van de effectiviteit van de vaktherapeutische interventie bij het bevorderen van psychologische adaptiviteit en welbevinden bij patiënten met een PS.

Methoden en analyse

Design

Deze Intervention Mapping (IM)-studie combineert kwantitatieve en kwalitatieve methoden. IM is een systematische methode voor het ontwikkelen, implementeren en evalueren van interventies in de gezondheidszorg.³¹ Elke stap omvat bepaalde taken waarin theorie en empirisch bewijs worden geïntegreerd en resulteert in een product dat als leidraad dient voor de volgende stap. Deze stappen worden gebruikt om tot een interventie te komen die de gezondheid bevordert.³¹

Stap 1 en 2 (Behoeftanalyse en Veranderingsdoelstellingen) beginnen met een literatuuronderzoek naar werkingsmechanismen in vaktherapie bij PS. Vervolgens worden zes focusgroepen gehouden: vijf bestaande uit vaktherapeuten van de verschillende disciplines (beeldend, muziek, dans, drama en psychomotorisch) en één focusgroep met psychologen, psychotherapeuten en managers, allemaal gespecialiseerd in de behandeling van patiënten met een PS. Ten slotte wordt er een enquête gehouden onder mensen met ervaringskennis. Op basis van de input in stap 1, zullen we in stap 2 een matrix van veranderingsdoelstellingen opstellen.

In stap 3 en stap 4 (Theoretische methoden en praktische strategieën en Interventieontwikkeling) maken twee vaktherapeuten een eerste selectie van praktische werkvormen en interventies. De gekozen methoden en opdrachten worden vervolgens bekeken door andere vaktherapeuten uit alle disciplines, om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te vergroten. Dit is een integratief proces waarin de expertise van verschillende vaktherapeuten wordt gebundeld. Dit resulteert in een vaktherapeutische interventie en praktische richtlijnen voor professionals, zodat zij de interventie kunnen gebruiken bij de behandeling van patiënten met een PS. Zodra de interventie is ontwikkeld zullen we, **in stap 5 (Implementatie)**, interviews houden met programmamanagers, vaktherapeuten en psychiaters om de voorwaarden voor implementatie te toetsen. Daarnaast zullen we de haalbaarheid van de vaktherapeutische interventie testen met studenten van de opleiding Vaktherapie op de HAN en met patiënten in een instelling. Studenten en patiënten zullen deelnemen aan vijf verschillende therapiesessies van de vaktherapeutische interventie om te testen of de sessies qua tijd haalbaar zijn en of de verscheidenheid aan werkvormen werkt.

In stap 6 (Evaluatie), de testfase van het onderzoek, wordt een mixed methods design gebruikt die bestaat uit een multiple baseline single-case experimental design (MBSCED) en kwalitatieve interviews, waarmee we samen de effectiviteit van de interventie kunnen evalueren. In een MBSCED worden deelnemers gedurende een bepaalde periode gevolgd en worden herhaalde metingen uitgevoerd, in ons geval wekelijks. De deelnemers worden willekeurig ingedeeld voor het tijdstip waarop ze met de behandeling beginnen, wat resulteert in baselines die variëren van 5 tot 7 weken. Alle patiënten beginnen vervolgens met de interventie gedurende 10 weken, met een follow-up periode van 5 weken. Door de baseline-periode willekeurig in te delen, fungeert elke deelnemer als zijn/haar eigen controle, waardoor we de effecten van de behandeling kunnen isoleren.³² De MBSCED houdt voldoende rekening met bedreigingen voor de interne validiteit (bijv. rijping, geschiedenis en regressie naar het gemiddelde – in plaats van de vaktherapeutische interventie – als concurrerende verklaringen voor verbetering in plaats van vaktherapie behandeling). Op basis van de poweranalyse voor een MBSCED, uitgaande van een gemiddelde effectgrootte (Cohen's $d=0,5$), een autocorrelatie van 0,2, ten minste 20 metingen en een α van 5%, levert een opname van 10 deelnemers een statistische power van >80% op.³³ Metingen in de interventieperiode worden vergeleken met metingen uit de baseline-periode en tijdens de follow-up. De interventie wordt afgesloten met semi-gestructureerde interviews waarin de waargenomen effecten en ervaringen van patiënten en therapeuten worden onderzocht.

Onderzoeksopzet

Het onderzoek zal 24 maanden duren, van de voorbereidingen vanaf februari 2023 tot de publicatie van de bevindingen in februari 2025. De testfase zal worden uitgevoerd in drie ggz-instellingen die gespecialiseerd zijn in de behandeling van patiënten met een PS. We hebben het potentiële aantal geschikte deelnemers geverifieerd en zijn tot de conclusie gekomen dat het haalbaar is om ten minste 17 patiënten op te nemen. We verwachten ten minste drie therapiegroepen te starten met zes verschillende vaktherapeuten, twee per therapiegroep. De vaktherapeutische

interventie wordt gegeven als aanvulling op de gebruikelijke behandeling. Dit kan bestaan uit ambulante behandeling, deeltijdbehandeling of intramurale behandeling voor PS.

Inclusiecriteria

Studenten in stap 5 van IM worden geworven via de opleiding Vaktherapie. Patiënten in stap 5 en 6 van IM worden ingeschreven door vaktherapeuten en andere klinici. De inclusiecriteria zijn als volgt: (1) gediagnosticeerd zijn met één of meer PS volgens de criteria van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), (2) tussen 18 en 65 jaar oud zijn, (3) gemotiveerd zijn voor vaktherapie en (4) in staat zijn om deel te nemen aan groepstherapie. Het multidisciplinaire behandelteam van de patiënt zal in overleg met de patiënt bepalen of aan de criteria wordt voldaan. Exclusiecriteria zijn onder meer: (1) acute psychose of crisis, (2) prominente symptomen van posttraumatische stressstoornis (PTSS) die gespecialiseerde traumabehandeling vereisen, (3) een vermoedelijke eetstoornis, gedefinieerd als een body mass index lager dan 18, (4) een IQ lager dan 85 en (5) onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal.

Procedure

Alle geworven deelnemers zullen een toestemmingsformulier ondertekenen die ethisch is goedgekeurd door de ethische commissie van de HAN University of Applied Sciences. Het toestemmingsformulier geeft uitleg over de gegevensverzameling, beheerprocedures en andere ethische aspecten, en benadrukt dat deelname vrijwillig is (zie voor een voorbeeld het toestemmingsformulier voor patiënten). Alle deelnemers worden vóór hun inschrijving mondeling door de onderzoekers geïnformeerd over het onderzoek. Deelnemers kunnen op elk moment stoppen met deelname aan het onderzoek.

In stap 1 en 2 van IM worden de mensen met ervaringskennis die deelnemen aan de online enquête uitgenodigd via een online platform voor patiënten in de geestelijke gezondheidszorg en hun naasten (MIND). Verder worden deelnemende vaktherapeuten, psychologen en managers in de zes focusgroepen geworven via Vaktherapie Nederland, via de deelnemende instellingen en een eerdere enquête. Er wordt informatie verzameld over de behoeften en voorkeuren van professionals die met mensen met een PS werken. In deze focusgroepen worden de behandeling van mensen met een PS, (de werkingsmechanismen van) vaktherapie, de mogelijke vorm en aard van de interventie en psychologische adaptiviteit besproken.

De vaktherapeuten die deelnemen aan stap 3 en 4 van IM worden geworven uit de deelnemers van de focusgroepen en via ons eigen netwerk. De programmamanagers, vaktherapeuten en psychiaters die zullen deelnemen aan interviews om de voorwaarden voor implementatie in stap 5 van IM te testen, worden geworven via de deelnemende instellingen. Deelnemende studenten aan stap 5 van IM worden via e-mail en een informatiebrief geïnformeerd over de interventie en de bijeenkomsten waarin zij zullen deelnemen aan de interventie.

De deelnemende vaktherapeuten die de interventie in stap 6 van IM zullen

uitvoeren, worden geworven uit de verschillende deelnemende ggz-instellingen. Zij moeten gecertificeerd zijn in vaktherapie, werkzaam zijn in ggz-instellingen en ervaring hebben met ST en de behandeling van patiënten met een PS. Zij zullen door één van de onderzoekers worden geïnstrueerd over de te ontwikkelen vaktherapeutische interventie en de methoden voor gegevensverzameling. Deelnemende vaktherapeuten een krijgen praktische handleiding over de interventie. Om eventuele ervaringen, inzichten of problemen te bespreken, wordt hen gevraagd deel te nemen aan online supervisiesessies. Na afloop van de interventie wordt aan de vaktherapeuten gevraagd deel te nemen aan een focusgroep over het gebruik en de effecten van de interventie, hun ervaringen en de werkingsmechanismen van de vaktherapeutische interventie. De psychologen die de patiënten hebben doorverwezen, nemen ook samen deel aan een focusgroep om te vragen of en waarom mensen naar vaktherapie moeten worden doorverwezen en om hun ervaringen met de interventie te bespreken.

Patiënten die deelnemen aan stap 5 en 6 van IM worden door hun hoofdbehandelaar geworven in de ggz-instellingen waar zij worden behandeld, als de vaktherapeutische interventie aansluit bij hun behandelingsdoelen. De interventie vormt een aanvulling op hun gebruikelijke behandeling. Patiënten worden door hun hoofdbehandelaar en via een informatiebrief over het onderzoek geïnformeerd. Aan het begin van de interventie krijgen patiënten een patiëntnummer en een door de computer gegenereerde, willekeurige baseline-periode van 5 tot 7 weken, gevolgd door de vaktherapeutische interventie (10 weken) en follow-up (5 weken). Eén onderzoeker zal de nummers genereren, een andere onderzoeker zal de toewijzing van de computer gegenereerde baselineperiodes uitvoeren. Om de last van de vragenlijst te beperken, zal niet elke uitkomst elke week worden beoordeeld. Aangezien de Generic Sense of Ability to Adapt Scale (GSAAS), Self-Expression and Emotion Regulation in Art Therapy Scale (SERATS) en Schema Mode Inventory (SMI) gezonde volwassenen en blijvende kinderen de directe en relevante uitkomsten voor adaptiviteit zijn, worden deze in totaal 38 items elke week afgenomen. De Mental Health Continuum – short form (MHC-SF), Brief Symptom Inventory (BSI) en de volledige versie van de SMI, in totaal 165 items, worden alleen ingevuld aan het begin van de interventie en na de laatste therapiesessie. Aangezien het welbevinden (gemeten met de MHC-SF) naar verwachting pas na enige tijd zal toenemen, heeft het weinig zin om de MHC-SF elke week af te nemen. De BSI en SMI zijn lang, waardoor het invullen ervan elke week tijdrovend en belastend zou zijn voor patiënten. Na de follow-up worden 15 patiënten geïnterviewd door een onderzoeker, waarbij de nadruk ligt op de ervaren effecten van de vaktherapeutische interventie (zie figuur 1).

Meetinstrumenten

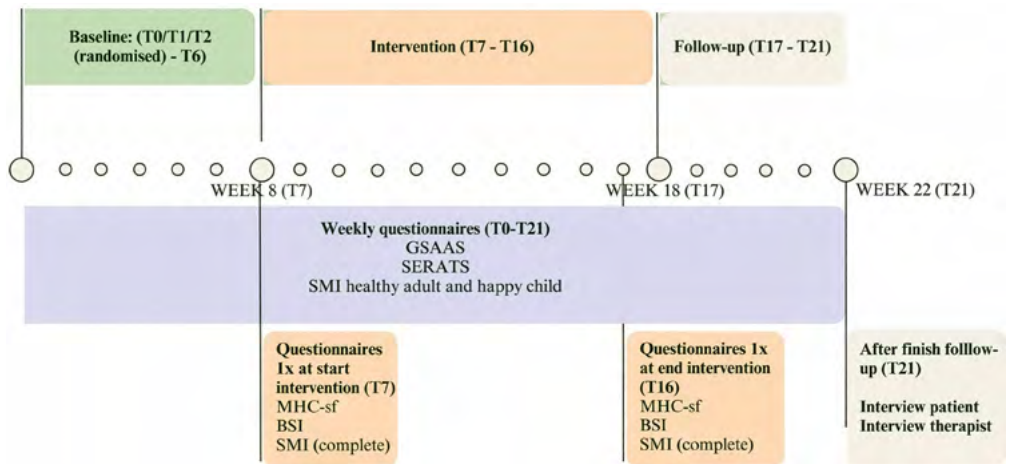
Kwantitatieve meetinstrumenten

Primaire uitkomst

De adaptiviteit van de deelnemers wordt gemeten met behulp van de GSAAS³⁴, die uit 10 items bestaat. De items zijn als volgt geformuleerd: *Ik kan goed omgaan met ongunstige omstandigheden* en *ik zie veel interessante uitdagingen*, met antwoorden

Figuur 1

Tijdlijn van de testfase. Opmerking: Visualisatie van het MBSCED-ontwerp. BSI, Brief Symptom Inventory (korte symptoominventaris); GSAAS, Generic Sense of Ability to Adapt Scale (algemene schaal voor adaptiviteit); MHC-sf, Mental Health Continuum – Short Form (korte versie van het continuüm voor positieve geestelijke gezondheid); SERATS, Self-Expression and Emotion Regulation in Arts Therapies Scale (schaal voor zelfexpressie en emotieregulatie in vaktherapie); SMI, Schema Mode Inventory (schemamodusinventaris); T0, start baseline-periode; T7, start interventieperiode; T17, start follow-up periode.



op een 5-punts Likert-schaal van *helemaal niet* (0) tot *altijd* (4). De totale gemiddelde score geeft het algemene gevoel van aanpassingsvermogen weer. De schaal vertoonde een goede interne consistentie (Cronbach's $\alpha=0,89$) en matige tot sterke correlaties tussen de GSAAS en gelijktijdige validatiemaatstaven bevestigden convergente validiteit.³⁴

Secundaire uitkomsten

Zelfexpressie en emotieregulatie via vaktherapie Het vermogen van deelnemers tot zelfexpressie en emotieregulatie via vaktherapie wordt gemeten met behulp van de SERATS,³⁵ die bestaat uit negen items (bijvoorbeeld: *In vaktherapie kan ik mijn gevoelens uiten*) gemeten op een 5-punts Likert-schaal van *(bijna) nooit* tot *(bijna) altijd*. Er wordt één totale score berekend. SERATS blijkt een hoge interne consistentie (Cronbach's $\alpha = 0,94$) en een hoge convergente validiteit te hebben.³⁵

Schemamodi

De schemamodi van deelnemers worden gemeten met behulp van de SMI,³⁶ die bestaat uit 118 items verdeeld over 14 subschalen. De items zijn als volgt geformuleerd: *Ik ontzeg mezelf plezier omdat ik het niet verdient*, en *ik voel me tevreden en op mijn gemak*, met antwoorden op een 6-punts Likert-schaal van *nooit of bijna nooit* (1) tot *altijd* (6). De 14 subschalen leveren een acceptabele interne consistentie op (Cronbach's α varieert van 0,79 tot 0,96).³⁶ De subschalen van de

adaptieve modi, de gezonde volwassene en het blij kind, worden wekelijks gemeten. De maladaptieve patronen worden tweemaal gemeten, voor en na de interventie.

Mentaal welbevinden

Het welbevinden van de deelnemers wordt gemeten met behulp van de MHC-SF,³⁷ die bestaat uit 14 items gericht op positieve geestelijke gezondheid. De MHC-SF meet drie dimensies van welbevinden: emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. De items zijn als volgt geformuleerd: *Hoe vaak voelde u zich de afgelopen week ...* (bijv. *gelukkig*), met antwoorden op een 6-punts Likert-schaal (van *nooit tot elke dag*). De totale score van de MHC-SF heeft een voldoende tot hoge interne consistentie.

Cronbach's α varieert van 0,76 tot 0,91 in verschillende studies.³⁸ Confirmatieve factoranalyse bevestigde de drie-factorenstructuur van emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden, met convergente validiteit tussen deze drie dimensies.³⁹

Psychologische symptomen

De BSI wordt gebruikt om psychologische symptomen te meten. De vragenlijst bestaat uit 53 items die negen subschalen van symptomen en drie algemene indicaties van klachten omvatten. De algemene indicaties meten respectievelijk de ernst van de symptomen, het huidige of vroegere niveau van symptomatologie en het aantal gemelde symptomen.⁽⁴⁰⁾ De items zijn als volgt geformuleerd: *Hoe vaak heeft u de afgelopen week last gehad van...* (bijvoorbeeld *het idee dat iemand anders uw gedachten of nervositeit kan beïnvloeden*), met antwoorden op een 5-punts Likert-schaal (van *helemaal niet* (0) tot *extreem* (4)). De BSI vertoont een hoge totale interne consistentie (Cronbach's α 0,96).⁴¹

Kwalitatieve meetinstrumenten

Mensen met ervaringskennis in stap 1 van IM vullen een online enquête in. Ze worden gevraagd naar hun ervaringen met vaktherapie, gesprekstherapie en SFT in het algemeen. De vragen worden als volgt geformuleerd: *waar heeft vaktherapie u bij geholpen* of *waar hebben gesprekstherapieën u bij geholpen?* De enquête bestaat ook uit stellingen die moeten worden beantwoord op een 5-punts Likert-schaal (van *absoluut waar* tot *helemaal niet waar*). De items zijn als volgt geformuleerd: *Meerdere vormen van vaktherapie in de nog te ontwikkelen interventie hebben toegevoegde waarde in vergelijking met één vaktherapie* en *Vaktherapie helpt bij het waarnemen van lichaamssignalen*. Daarnaast wordt hen gevraagd naar hun voorkeuren en behoeften bij het werken aan psychologische adaptiviteit en welbevinden.

Vaktherapeuten, psychologen en managers zullen deelnemen aan focusgroepen, waarbij gebruik wordt gemaakt van de methode van Raats.⁴² In stap 1 van IM zullen zij worden gevraagd hoe de interventie eruit zou moeten zien, hoe vaktherapie werkt en wat hun kennis is over psychologische adaptiviteit. In stap 6 zullen zij worden gevraagd naar hun ervaringen met het gebruik en de effecten van de vaktherapeutische interventie.

Deelnemende patiënten in stap 6 van IM zullen worden gevraagd naar hun ervaringen met de vaktherapeutische interventie. De patiënten zullen individueel worden geïnterviewd aan de hand van een semi-gestructureerd interview op basis van het *change interview*, waarbij de nadruk ligt op het identificeren van

veranderingsprocessen in de therapie.⁴³ Er zal een interviewgide met een *topic list* worden gebruikt om te voorkomen dat belangrijke onderwerpen worden vergeten. Het doel van het interview is om de ervaring met de vaktherapeutische interventie te evalueren.

Gegevensbeheer

Onderzoekers van het lectoraat Vaktherapie in de gezondheidszorg van de HAN University of Applied Sciences zullen de gegevens beheren in overeenstemming met de 'FAIR Guiding Principles for Scientific Data Management and Stewardship'. Een datamanagementplan is beoordeeld en goedgekeurd door de ethische commissie (ECO 471.07/23) van de HAN University of Applied Sciences. De gegevens worden opgeslagen op een beveiligde *research drive* en tweemaal ingevoerd om de nauwkeurigheid te garanderen. De toestemmingsformulieren worden opgeslagen op de beveiligde *research drive* van de HAN University of Applied Sciences. Het onderzoeksteam heeft alleen toegang tot de gegevens van deelnemers op basis van hun deelnemersnummer. Alleen het onderzoeksteam heeft toegang tot de definitieve dataset.

Gegevensanalyse

Demografische en klinische kenmerken

De demografische en klinische kenmerken van de deelnemers worden samengevat met behulp van beschrijvende statistieken (gemiddelden en SD's voor intervalvariabelen, mediaan en IQR voor ordinale variabelen, aantallen en percentages voor nominale variabelen). De volgende demografische gegevens van deelnemers worden gerapporteerd: leeftijd, geslacht, diagnose (type PS) en aantal bijgewoonde vaktherapie sessies. Van de deelnemende therapeuten worden de volgende demografische gegevens gerapporteerd: leeftijd, geslacht, vaktherapie discipline, aantal jaren werkervaring, doelgroep en setting.

Kwantitatieve gegevens

Eerst worden de kwantitatieve gegevens visueel geanalyseerd. De grafieken van individuele deelnemers worden bekeken om de interventieperiode te vergelijken met de baseline-periode en de follow-up periode, met behulp van de stapsgewijze handleiding van Lane en Gast.⁴⁴ Daarna worden de kwantitatieve gegevens geanalyseerd met behulp van MultiSCED. Dit is een applicatie die is gebouwd met Shiny,⁴⁵ een raamwerk voor het maken van interactieve webapps die een gebruiksvriendelijke interface bieden voor R-functionaliteiten.⁴⁶ De applicatie maakt het mogelijk om herhaaldelijk gemeten gegevens te analyseren die op 16-18 tijdstippen zijn verzameld. De resultaten zoals gemeten door de GSAAS, MHC-SF, SERATS, SMI en BSI zijn de afhankelijke variabelen. Deze resultaten weerspiegelen klinische symptomen en welbevinden. De fase (baseline versus behandelingsperiode) wordt meegenomen. Daarnaast kunnen tijd en de interactie daartussen (tijd $\times$ fase) worden meegenomen als onafhankelijke variabelen. Er zullen twee analyses worden uitgevoerd in MultiSCED. Ten eerste omvat de

analyse op het niveau van geaggregeerde gegevens een lineair mixed model. Er zal een willekeurige intercept en slope worden opgenomen om rekening te houden met de afhankelijkheid van observaties binnen deelnemers op verschillende tijdstippen. De gemiddelde verschillen in resultaten tussen de baseline-periode, de interventieperiode en de follow-up periode zullen worden berekend. Hypothesetests voor de vaste effecten van lineair mixed models in MultiSCED worden uitgevoerd met behulp van een t-test met de Kenward- en Roger-benadering voor df.⁽⁴⁷⁾ Lineair mixed models zijn goed toegerust om ontbrekende gegevens te verwerken onder de aanname van 'missing at random'. In de primaire analyse hanteren we een intention-to-treat-benadering waarbij alle deelnemers worden meegenomen, ongeacht de therapietrouw en het al dan niet verloren gaan van follow-up. De secundaire analyse omvat alleen deelnemers met voldoende therapietrouw. In een sensitiviteitsanalyse wordt de robuustheid van de bevindingen geanalyseerd door de analyse te herhalen met alleen die deelnemers zonder ontbrekende gegevens (complete-case-analyse) en zonder multivariate outliers. Ten tweede wordt een analyse uitgevoerd op het niveau van de individuele deelnemers. MultiSCED levert deelnemer specifieke regressiecoëfficiënten, samen met hun SE's, t-waarden en p-waarden. De gemiddelde verschillen in uitkomsten tussen de baselineperiode, de interventieperiode en de follow-up periode worden berekend. Aangezien de MHC-SF, BSI en SMI (volledig) slechts tweemaal worden afgenomen (T7 en T16), wordt het gemiddelde verschil binnen proefpersonen in de tijd voor deze metingen getest met behulp van een gepaarde t-toets. In alle analyses wordt een α van 5% gehanteerd.

Kwalitatieve metingen

De resultaten van het onderzoek worden geanalyseerd in ATLAS.ti voor Windows (V.24.0). De focusgroepen met de therapeuten, de interviews met managers en psychologen, evenals de interviews met deelnemers en therapeuten worden opgenomen, woordelijk uitgeschreven en geanalyseerd in ATLAS.ti. In overeenstemming met de principes van thematische analyse⁴⁸ zullen we de zes fasen van analyse gebruiken: (1) vertrouwd raken met de gegevens, (2) initiële codes creëren, (3) zoeken naar thema's, (4) potentiële thema's beoordelen, (5) de thema's definiëren en benoemen, en (6) rapporteren.

Integratie van kwantitatieve en kwalitatieve resultaten

Individuele MBSCED-trajecten worden geanalyseerd vanuit het perspectief van de interviewresultaten. Interpersoonlijke en intrapersoonlijke overeenkomsten en verschillen in resultaten zullen worden onderzocht. Op basis van deze bevindingen zal de effectiviteit van de vaktherapeutische interventie worden beoordeeld en zullen aanbevelingen worden gedaan met betrekking tot het gebruik ervan in de klinische praktijk.

Monitoring

Deze studie heeft een externe stuurgroep bestaande uit een psycholoog, een manager van een van de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, een hoogleraar psychologie van de Universiteit Twente, een muziektherapeut (die ook

ervaringskennis heeft), een patiëntvertegenwoordiger van de cliëntenraad van Vaktherapie Nederland, en een patiënten- en naastenvertegenwoordiger van MIND, een nationaal platform voor mensen in de geestelijke gezondheidszorg (die ook ervaringskennis heeft). De externe stuurgroep komt tijdens de projectperiode elke drie maanden bijeen met de hoofdonderzoeker.

De interventie wordt ontwikkeld door twee vaktherapeuten. Om ervoor te zorgen dat de interventie aansluit bij de beroepspraktijk, worden de resultaten van de focusgroepen met vaktherapeuten gebruikt om de interventie te ontwikkelen. Vervolgens worden de werkvormen in de interventie voorgelegd aan enkele vaktherapeuten uit elke discipline om te controleren of ze aansluiten bij de doelstellingen van de sessies. Later wordt de interventie getest met een groep studenten en patiënten en worden de ervaringen verzameld. Op basis daarvan wordt de interventie opnieuw aangepast. Op deze manier zorgen we ervoor dat de kwaliteit van de interventie gewaarborgd blijft.

Een van de onderzoekers controleert wekelijks of de deelnemers de vragenlijsten invullen. Indien nodig wordt contact opgenomen met de deelnemers en wordt hen gevraagd de vragenlijsten in te vullen. Therapeuten helpen hen herinneren de vragenlijsten in te vullen. Naast de vragenlijsten vraagt een onderzoeker de deelnemers halverwege de interventie hoe het met hen gaat. Dit is om het welbevinden van de deelnemers te controleren en ongewenste voorvallen te beheersen. De vraag wordt door een onderzoeker gesteld om te voorkomen dat de deelnemer sociaal wenselijke antwoorden geeft aan de therapeut.

De deelnemende therapeuten krijgen elke drie weken supervisie van een andere vaktherapeut. Hier kunnen ze bespreken hoe de uitvoering van de interventie verloopt, wat ze tegenkomen en hoe ze de uitvoering ervaren.

Betrokkenheid van patiënten en publiek

Patiëntenvertegenwoordigers van de cliëntenraad van Vaktherapie Nederland en MIND zullen worden betrokken bij de ontwikkeling van het onderzoeksvoorstel en de onderzoeksvraag. Daarnaast zullen we een vragenlijst ontwikkelen over hun ervaringen met psychotherapie en vaktherapie. We zullen de resultaten gebruiken bij de ontwikkeling van de interventie.

Ethiek en verspreiding

De lokale medisch-ethische commissie (METC Oost-Nederland) heeft aangegeven dat dit onderzoek niet onderworpen is aan de Nederlandse Wet op het medisch onderzoek met mensen (2023–16438). Het onderzoek is goedgekeurd door de officiële Ethische Commissie Onderzoek van de HAN University of Applied Sciences (ref: ECO 471.07/23). Alle deelnemers krijgen informatie over het onderzoek via een informatiebrief en een mondelinge toelichting door de onderzoeker, voordat schriftelijke toestemming wordt verkregen. Persoonsgegevens worden vertrouwelijk verwerkt in gecodeerde bestanden en opgeslagen op een beveiligde *research drive* van de HAN University of Applied Sciences. Afwijkingen van het onderzoeksprotocol worden beschreven in een bijlage bij de definitieve publicatie.

De onderzoeksresultaten worden via presentaties en publicaties verspreid onder professionals en studenten. Op verzoek worden de resultaten ook verspreid onder de deelnemers aan het onderzoek. Toestemming tot inzage in de volledige dataset op deelnemersniveau wordt verleend door de hoofdonderzoeker.

Dankwoord

Wij zijn Regieorgaan SIA dankbaar voor het mogelijk maken van dit onderzoek. Daarnaast willen wij Arjan Doolaar bedanken voor het controleren van de referentielijst.

Bijdragen

SH, KT, HW en JH hebben het gepresenteerde idee bedacht. SH, ICMW, KT, HW, JH, MR en GJW hebben bijgedragen aan het ontwerp en het schrijven van het onderzoeksprotocol. KT en ICMW hebben de ethische procedures uitgevoerd. SH, KT, ICMW en JH zullen zorgen voor de uitvoering van het onderzoek. SH en KT zullen de interventie ontwikkelen. ICMW en KT zullen toezicht houden op de procedures van de therapeuten en de procedures van de patiënten. HW en KT zullen de statistische analyse uitvoeren. SH zal als hoofdonderzoeker toezicht houden op het onderzoeksproces en onderhoudt contacten met de stuurgroep. ICMW schreef het eerste ontwerp van het manuscript, SH, KT, HW, JH, MR en GJW hebben het manuscript kritisch beoordeeld op intellectuele inhoud. SH is als garantsteller verantwoordelijk voor de algehele inhoud.

Financiering

Dit onderzoek wordt gefinancierd door Regieorgaan SIA: Raak Publiek (RAAK, PUB10.003). De financier van het onderzoek is niet betrokken bij de uitvoering van het onderzoek, de analyse en interpretatie van de gegevens of de beslissing om de resultaten in te dienen.

Concurrerende belangen

Geen vermeld.

Betrokkenheid van patiënten en publiek

Patiënten en/of het publiek waren betrokken bij het ontwerp, de uitvoering, de rapportage of de verspreiding van dit onderzoek. Raadpleeg het gedeelte Methoden voor meer informatie.

Toestemming van patiënten voor publicatie

Niet van toepassing.

Herkomst en peer review

Niet in opdracht uitgevoerd; extern peer reviewed.

Aanvullend materiaal

Deze inhoud is geleverd door de auteur(s). Deze is niet gecontroleerd door BMJ Publishing Group Limited (BMJ) en is mogelijk niet peer-reviewed. Alle besproken meningen of aanbevelingen zijn uitsluitend die van de auteur(s) en worden niet

onderschreven door BMJ. BMJ wijst alle aansprakelijkheid en verantwoordelijkheid af die voortvloeit uit het vertrouwen dat in de inhoud wordt gesteld. Wanneer de inhoud vertaald materiaal bevat, garandeert BMJ niet de nauwkeurigheid en betrouwbaarheid van de vertalingen (met inbegrip van maar niet beperkt tot lokale voorschriften, klinische richtlijnen, terminologie, geneesmiddelennamen en geneesmiddelen doseringen) en is BMJ niet verantwoordelijk voor fouten en/of weglatingen die voortvloeien uit vertaling en aanpassing of anderszins.

Open access

Dit is een open access-artikel dat wordt verspreid in overeenstemming met de Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0)-licentie, die anderen toestaat om dit werk op niet-commerciële basis te verspreiden, te remixen, aan te passen en erop voort te bouwen, en hun afgeleide werken onder andere voorwaarden in licentie te geven, op voorwaarde dat het oorspronkelijke werk correct wordt geciteerd, de juiste bronvermelding wordt gegeven, eventuele wijzigingen worden aangegeven en het gebruik niet-commercieel is. Zie: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.

ORCID-ID's

Imke CM Wiersma <http://orcid.org/0009-0003-3480-8817> Karin Timmerman <http://orcid.org/0000-0001-9816-2865> Jackie Heijman <http://orcid.org/0000-0003-3370-9203> Gerben J Westerhof <http://orcid.org/0000-0002-0993-1448> Mirjam Radstaak <http://orcid.org/0000-0001-6139-1007>

Referenties

- 1 Akwa GGZ. Zorgstandaard persoonlijkheidsstoornissen: Individueel zorgpad en behandeling [Care for personality disorders: Individualized care and treatment]. Available from: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/persoonlijkheidsstoornissen-zorgstandaard-2017/individueel-zorgplan-en-behandeling/zelfmanagement>. [Accessed 16th May 2024].
- 2 Samuels J. Personality disorders: Epidemiology and public health issues. *Int Rev Psychiatry*. 2011 Jun 1;23(3):223-33. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.588200> PubMed PMID 21923224
- 3 American Psychiatric Association. Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5 [Diagnostic and statistical manual of mental disorders]. Amsterdam: Boom; 2014.
- 4 Hopwood CJ. A framework for treating DSM-5 alternative model for personality disorder features. *Personal Ment Health*. 2018 May;12(2):107-25. <https://doi.org/10.1002/pmh.1414> PubMed PMID 29656545
- 5 Franken CP, Jade V, Westerhof GJ, Bohlmeijer E. De Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF), een handleiding voor behandelaars in de geestelijke gezondheidszorg voor het interpreteren en bespreken van scores met patiënten [The Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF), a manual for mental health clinicians for interpreting and discussing scores with patients]. Enschede: Universiteit Twente; 2019.
- 6 Westerhof GJ, Keyes CL. Mental illness and mental health: The two continua

- model across the lifespan. *J Adult Dev.* 2010 Jun;17:110-9. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y> PubMed PMID 20502508.
- 7 Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Revised ed. Sarasota: Professional Resource Press; 1994.
 - 8 Farrell JM, Reiss N, Shaw IA. The schema therapy clinician's guide: A complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs. Hoboken: John Wiley & Sons; 2014.
 - 9 Haeyen S. Strengthening the healthy adult self in art therapy: using schema therapy as a positive psychological intervention for people diagnosed with personality disorders. *Front Psychol.* 2019 Mar 22;10:445514. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00644> PubMed PMID 30967824.
 - 10 Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Publications; 2003.
 - 11 Claassen AM, Pol S, editors. Schematherapie en de Gezonde Volwassene: Positieve technieken uit de praktijk [Schematherapy and the Healthy Adult: Positive techniques from practice]. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2015.
 - 12 Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. *Am Psychol.* 2000 Jan;55(1):5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5> PubMed PMID 11392865.
 - 13 Seligman ME, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. *Am Psychol.* 2006 Nov;61(8):774. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.8.774> PubMed PMID 17115810.
 - 14 Bohlmeijer ET, Bolier L, Walburg JA. Handboek positieve psychologie: Theorie, onderzoek en toepassingen [Handbook of positive psychology: Theory, research and applications]. Amsterdam: Boom; 2013.
 - 15 Bohlmeijer E, Westerhof G. The model for sustainable mental health: Future directions for integrating positive psychology into mental health care. *Front Psychol.* 2021 Oct 21;12:747999. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.747999> PubMed PMID 34744925.
 - 16 Huber M, Knottnerus JA, Green L, Van Der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ.* 2011 Jul 26;343. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163> PubMed PMID 21791490.
 - 17 Franken K, Lamers SM, Ten Klooster PM, Bohlmeijer ET, Westerhof GJ. Validation of the Mental Health Continuum-Short Form and the dual continua model of well-being and psychopathology in an adult mental health setting. *J Clin Psychol.* 2018 Dec;74(12):2187-202. <https://doi.org/10.1002/jclp.22659> PubMed PMID 29978482.
 - 18 Franken K, De Vos S. Meten van duurzame mentale gezondheid in de ggz [Measuring sustainable mental health within the mental health system]. *Tijdschrift voor Positieve Psychologie [Journal for Positive Psychology]*. 2018;1:48-55.
 - 19 Haeyen S, van Hooren S, van der Veld W, Hutschemaekers G. Efficacy of art therapy in individuals with personality disorders cluster B/C: A randomized controlled trial. *J Pers Disord.* 2018 Aug;32(4):527-42. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_312 PubMed PMID 28926306.
 - 20 Haeyen S, van Hooren S, van der Veld W, Hutschemaekers G. Promoting mental health versus reducing mental illness in art therapy with patients with personality disorders: A quantitative study. *Arts Psychother.* 2018;58(4):11-16. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.12.009>
 - 21 Chakhssi F, Bohlmeijer ET. Mentale gezondheid: De betekenis van positieve

- psychologie voor de klinische behandeling [Mental health: The significance of positive psychology for clinical treatment]. *Tijdschrift voor Psychotherapie* [Journal for Psychotherapy]. 2018 Jan;44(1):5-16.
- 22 de Witte M, Orkibi H, Zarate R, Karkou V, Sajjani N, Malhotra B, et al. From therapeutic factors to mechanisms of change in the creative arts therapies: A scoping review. *Front Psychol*. 2021 Jul 15;12:678397. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.678397> PubMed PMID 34366998.
 - 23 Haeyen S, Chakhssi F, van Hooren S. Benefits of art therapy in people diagnosed with personality disorders: A quantitative survey. *Front Psychol*. 2020 Apr 15;11:526240. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00686> PubMed PMID 32351431.
 - 24 Haeyen S, Dimaggio G. Arts and psychomotor therapies in the treatment of personality disorders. *J Clin Psychol*. 2024 Apr 25. Online ahead of print. <https://doi.org/10.1002/jclp.23693> PubMed PMID 38662958.
 - 25 British Association of Art Therapy. What is art therapy? Available from: <https://www.baat.org/About-Art-Therapy>. [Accessed 25th April 2024].
 - 26 Akwa GGZ. Generieke module Vaktherapie [Generic module Creative Arts and Psychomotor Therapies]. Available from: <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/vaktherapie/inleiding>. [Accessed 17th May 2024].
 - 27 Federatie Vaktherapeutische Beroepen [FVB]. Strategische Onderzoeksagenda [Strategic research agenda]. Unpublished minutes; 2021.
 - 28 van Hooren SA, van Busschbach J, Waterink W, Abbing A. Werkingsmechanismen van vaktherapie: Naar een onderbouwing en verklaring van effecten-work in progress [Mechanisms of action of arts therapies: Towards a foundation and explanation of effects-work in progress]. *Tijdschrift voor Vaktherapie* [Journal for Arts Therapies]. 2021;17(2):4-12.
 - 29 Haeyen S. De gezonde volwassene verstevigen in beeldende therapie: Meer een gevoeld dan gedacht proces [Strengthening the healthy adult by means of art therapy: More a felt than a thought process]. *Schematherapie en de Gezonde Volwassene: Positieve technieken uit de praktijk* [Schema therapy and the Healthy Adult: Positive techniques from practice]. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2015:157-73.
 - 30 Haeyen S, editor. Schema-focused working methods for arts and body-based therapies : a practical guide. New York: Routledge; 2024.
 - 31 Eldredge LKB, Markham CM, Ruiter RA, Fernández ME, Kok G, Parcel GS. Planning health promotion programs: An intervention mapping approach. 4th ed. Hoboken: John Wiley & Sons; 2016.
 - 32 Kazdin AE. Single-case experimental designs: Evaluating interventions in research and clinical practice. *Behav Res Ther* 2019;117:3–17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.11.015> PubMed PMID 30527785.
 - 33 Bouwmeester S, Jongerling J. Power of a randomization test in a single case multiple baseline AB design. *PLoS One*. 2020;15:e0228355. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228355> PubMed PMID 32027683.
 - 34 Franken K, Schuffelen P, Ten Klooster P, van Doesum K, Westerhof G, Bohlmeijer E. Introduction of the generic sense of ability to adapt scale and validation in a sample of outpatient adults with mental health problems. *Front Psychol*. 2023 Mar 29;14:985408. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.985408> PubMed PMID 37063565.
 - 35 Haeyen S, Noorthoorn E. Validity of the self-expression and emotion regulation in art therapy scale (SERATS). *PLoS One*. 2021 Mar 10;16(3):e0248315. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248315>

- [org/10.1371/journal.pone.0248315](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248315) PubMed PMID 33690731.
- 36 Lobbestael J, van Vreeswijk M, Spinhoven P, Schouten E, Arntz A. Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). *Behav Cogn Psychother*. 2010 Jul;38(4):437-58. <https://doi.org/10.1017/s1352465810000226> PubMed PMID 20487590.
 - 37 Keyes CLM. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav* 2002; 43:207–22. PubMed PMID 12096700.
 - 38 Iasiello M, van Agteren J, Schotanus-Dijkstra M, et al. Assessing mental wellbeing using the mental health continuum—short form: A systematic review and meta-analytic structural equation modelling. *Clin Psychol (New York)*. 2022; 29:442–56. <https://doi.org/10.1037/cps0000074>
 - 39 Lamers SM, Westerhof GJ, Bohlmeijer ET, ten Klooster PM, Keyes CL. Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *J Clin Psychol*. 2011 Jan;67(1):99-110. <https://doi.org/10.1002/jclp.20741> PubMed PMID 20973032.
 - 40 Derogatis L. Brief Symptom Inventory (BSI). Available from: <https://hazards.colorado.edu/nhcddata/chernobyl/ChData/ScalesInstruments/Scales%20and%20Indices/Scale%20Construction%20Instructions/BSI.pdf>. [Accessed 23th May 2024].
 - 41 De Beurs E, Zitman FG. The Brief Symptom Inventory (BSI): Reliability and validity of a practical alternative to SCL-90. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid [Monthly Journal for Mental Health]*. 2006;61:120-41.
 - 42 Raats I. Handleiding focusgroepen: Een praktische handleiding voor de organisatie, begeleiding en analyse van focusgroepen [Focus groups manual: A practical guide to organizing, conducting and analyzing focus groups]. Utrecht: Raats voor Mensgerichte Zorg; 2019.
 - 43 Elliott R. Qualitative methods for studying psychotherapy change processes. In: Harper D, Thompson AR, editors. *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd, 2011. p.69–81.
 - 44 Lane JD, Gast DL. Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. *Neuropsychol Rehabil*. 2014 Jul 4;24(3-4):445-63. <https://doi.org/10.1080/09602011.2013.815636> PubMed PMID 23883189
 - 45 Chang W. Shiny: Web application framework for R. Available from: <https://cran.r-project.org/web/packages/shiny/index.html>. [Accessed 6th June 2024].
 - 46 R Development Core Team. R: A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2013.
 - 47 Kenward MG, Roger JH. Small sample inference for fixed effects from restricted maximum likelihood. *Biometrics*. 1997;53:983–97. PubMed PMID 9333350.
 - 48 Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006 Jan 1;3(2):77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

In welke zin draagt psychomotorische therapie bij aan de effectiviteit van een multidisciplinaire module schematherapie, ontwikkeld voor ouderen (ouder dan 60 jaar) met een persoonlijkheidsstoornis (cluster B en C)



Renske Bouman, psychomotorisch therapeut in het UMCG, Universitair Centrum Psychiatrie

Waar gaat je onderzoek over?

Mijn onderzoek gaat over de vraag in welke zin psychomotorische therapie bijdraagt aan de effectiviteit van een multidisciplinaire module schematherapie, ontwikkeld voor ouderen (ouder dan 60 jaar) met een persoonlijkheidsstoornis (cluster B en C).

Mijn onderzoek is onderdeel van een groter geheel; een groep promovendi die onderzoek doen naar de effectiviteit van schematherapie bij ouderen. Met onze onderzoeksgroep hebben we middels een RCT kunnen vaststellen dat de module, die door ons is ontwikkeld, een kosteneffectieve behandelmethode is voor ouderen met een persoonlijkheidsstoornis (cluster B en C).

Hoe is jouw onderzoek ingebed in de organisatie en word je gefaciliteerd?

Ik ben begonnen met onderzoek doen toen we als onderzoeksgroep een subsidie hadden van ZonMw voor het doen van een RCT om de kosteneffectiviteit aan te tonen van een module die een collega (klinisch psycholoog) en ik hebben ontwikkeld. Zolang die subsidie liep heb ik 8 uren betaald gekregen om onderzoek te doen. Inmiddels word ik 3 jaar niet meer betaald voor het doen van onderzoek maar heb ik wel nog nauwe contacten met de onderzoekers en zijn we nu bezig met een vervolg op onze RCT. We mogen nu namelijk de module implementeren in de (psychiatrische) ouderenzorg in Nederland. Er zijn korte lijnen en we helpen elkaar waar het kan, dit onderzoek voelt daarmee echt als teamwork. Ik werk in het UMCG en dit is een instelling waarin onderzoek doen één van de pijlers

is waarop de zorg wordt vormgegeven. In die zin is onderzoek erg ingebed in de organisatie en zijn de lijntjes kort.

Wat is er leuk aan onderzoek doen binnen de GGZ?

Wat ik erg leuk vind aan onderzoek doen binnen de GGZ is dat je de kans hebt om interventies, die je in de praktijk ziet werken, wetenschappelijk te toetsen. Het heeft mij verdieping gebracht in hoe ik naar mijn werk in de praktijk kijk. Voor onderzoek is het belangrijk om goed na te denken over hypothesen die je hebt over wat werkt in de therapie of interventie die je aanbiedt. Dat vertalen naar manieren van onderzoek en eventuele vragenlijsten is interessant en ook wel een beetje spannend. Inmiddels heb ik geleerd dat ook een vragenlijst waar op het eerste oog niet zoveel uit lijkt te komen toch een bevinding oplevert. Ik vind het bijzonder en ook belangrijk om op deze manier ook bij te dragen aan de wetenschappelijke evidentie voor mijn werk als psychomotorisch therapeut. Dit is een werkveld dat onderzoekstechnisch nog in de kinderschoenen staat, maar in de praktijk wel vaak wordt ingezet in de zorg.

Wat zijn de uitdagingen aan onderzoek doen binnen de GGZ?

Het is een uitdaging om naast een klinische baan ook onderzoek te doen binnen de GGZ omdat het volgens mij een onhebbelijkheid van behandelaren is om patiëntenzorg altijd net wat belangrijker te maken dan onderzoeksactiviteiten waardoor je niet altijd goed voor jezelf zorgt. Daarnaast vraagt onderzoek soms van je om echt de tijd te nemen bijvoorbeeld om ergens goed in te duiken, praktische zaken uit te zetten en te regelen of een artikel te schrijven. Om die tijd te vinden is soms behoorlijk uitdagend. Ik doe onderzoek samen met directe collega's, daardoor zijn er korte lijnen en zijn afspraken gemakkelijk te maken, en ook is het zo dat we elkaar al lang kennen en weten wat we aan elkaar hebben. Ik kan me voorstellen dat als je onderzoek doet in de GGZ en je verder van de praktijk en je collega's afstaat dit wel veel ingewikkelder en uitdagender is.

Welke tips heb jij voor promovendi in de GGZ?

Het is denk ik heel belangrijk dat je een onderwerp voor je promotie kiest dat dicht bij je interessegebied ligt. Een promotietraject biedt kansen om echt in een onderwerp te duiken en te kijken of je het kunt doorgronden. Om dit leuk te blijven vinden is het belangrijk dat je inspiratie kunt halen uit het onderwerp of de klinische relevantie, of de verdieping voor jezelf (presentaties maken en geven, je product uitdragen en vertalen zowel wetenschappelijk als ook in gewone taal). Ook ben je vaak afhankelijk van medewerking van klinische behandelaren en patiënten, hoe gemakkelijker jij hun deelname maakt hoe beter de sfeer zal zijn. Probeer te ontdekken wat mensen eventueel tegenhoudt om deel te nemen en probeer daar creatief mee om te gaan. Onderzoek doen is praktijkwerk en je zult het moeten doen met onverwachte wendingen en lastminute oplossingen. Dus een gezonde portie creativiteit en praktische slagkracht is wel een voordeel. Vaak bestaat je onderzoeksteam ook uit senior onderzoekers en soms zijn dingen onduidelijk voor je. Het is belangrijk om te vragen wat er precies bedoeld of verwacht wordt, blijf niet in je eigen cirkel ronddraaien maar vraag om hulp en geef je grenzen aan.

Groepsschematherapie in combinatie met psychomotorische therapie voor oudere volwassenen met een persoonlijkheidsstoornis: een open-label, multicenter, gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek

*Martine S Veenstra-Spruit, Renske Bouman, Silvia DM van Dijk, Antoinette DI van Asselt, Sebastiaan PJ van Alphen, Dorothee H Veenstra, Marije de Ruiter, Saskia E Troost, Monique W Lammers, Frank Vulker, Maureen MJ Smeets-Janssen, Rob HS van den Brink, Richard C Oude Voshaar**

Samenvatting

Achtergrond

Hoewel verschillende soorten psychotherapieën effectief zijn in het verminderen van psychische klachten die gepaard gaan met persoonlijkheidsstoornissen, zijn oudere patiënten systematisch uitgesloten van gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's). We wilden de effectiviteit van groepsschematherapie in combinatie met psychomotorische therapie (GST + PMT) bij ouderen onderzoeken in vergelijking met de gebruikelijke behandeling (TAU).

Methoden

We hebben een open-label, multicenter, RCT uitgevoerd in acht poliklinieken voor geriatrische psychiatrie in Nederland. Volwassenen van 60 jaar of ouder met een volledige of subthreshold cluster B- of C-persoonlijkheidsstoornis volgens de DSM-criteria werden opgenomen en willekeurig 1:1 toegewezen aan GST + PMT of TAU door een onafhankelijke onderzoeker die een computergegenereerde volgorde per onderzoekslocatie toepaste wanneer 8 tot 16 patiënten geïnformeerde toestemming hadden gegeven; onderzoekers en interviewers werden tot het einde van de follow-up blind gehouden. De opgenomen personen kregen 20 wekelijkse sessies GST + PMT of TAU met 1 jaar follow-up. De primaire uitkomstmaat was psychisch leed, gemeten met de 53-item Brief Symptom Inventory. De studie werd geregistreerd bij het International Clinical Trials Registry Platform, NTR6621.

Correspondentieadres: Prof. dr. Richard C. Oude Voshaar, r.c.oude.voshaar@umcg.nl

Informatie over alle auteurs is opgenomen achterin het tijdschrift op de pagina Over de auteurs.

De oorspronkelijke Engelstalige versie van dit artikel is gepubliceerd in *Lancet Healthy Longevity*, 2024 Apr; 5(4):e245-e254. doi: 10.1016/S2666-7568(24)00001-1. PMID: 38555919.

© 2024 De auteur(s). Gepubliceerd door Elsevier Ltd. Dit is een Open Access-artikel onder de CC BY-NC-ND 4.0-licentie.

Bevindingen

Van de 145 deelnemers aan het onderzoek die tussen 21 februari 2018 en 21 januari 2020 werden gerekruteerd, werden 102 patiënten (mediane leeftijd 69 jaar [IQR 63-71], 62 [61%] vrouw) die de therapie vóór de COVID-19-pandemie (cut-off 20 maart 2020) hadden afgerond, werden opgenomen in de intention-to-treat-analyse (51 in elke onderzoeksgroep), omdat COVID-19-maatregelen de levering van groepstherapie aanzienlijk verstoorden. GST + PMT verbeterde de psychologische stress significant in vergelijking met TAU gedurende de behandelingsperiode van 6 maanden (Cohen's d 0,42, 95% BI 0,16 tot 0,68; $p = 0,0016$). Het pre-post-effect van GST + PMT bleef stabiel tijdens de follow-up, terwijl patiënten die TAU kregen verder verbeterden, wat resulteerde in een niet-significant verschil tussen de groepen na 1 jaar (Cohen's d 0,21, 95% BI -0,07 tot 0,48; $p = 0,14$). Geen van de patiënten meldde bijwerkingen.

Interpretatie

Psychotherapie gericht op persoonlijkheidsstoornissen is effectief op latere leeftijd en leidt tot een snellere verbetering van de psychopathologie dan TAU. Toekomstige studies moeten zich richten op het vergroten van de effectiviteit door de behandeling te intensiveren of te verlengen.

Financiering Nederlandse Organisatie voor Gezondheidsonderzoek en Ontwikkeling.

Onderzoek in context

Bewijs vóór deze studie

Op 1 maart 2022 hebben we een systematisch literatuuronderzoek uitgevoerd in de elektronische databases EMBASE, PsycINFO, Web of Science, MEDLINE en COCHRANE, zonder taal- of datumbeperkingen, om alle empirische studies te identificeren waarin schematherapie werd toegepast. De volgende zoektermen werden gebruikt: 'schemagerichte therapie', 'maladaptief schema', 'young schema questionnaire', 'schemamodi', 'maladaptieve modus', 'schemamodusinventaris' en synoniemen. Studies werden opgenomen wanneer schematherapie de interventie was, of een hoofdonderdeel van de onderzochte interventie, en wanneer een maatstaf voor symptoomverandering was opgenomen. Van de 101 geïdentificeerde studies die empirische gegevens rapporteerden van patiënten die schematherapie kregen, hadden slechts 30 een gerandomiseerd gecontroleerd ontwerp. Hoewel sommige van deze onderzoeken patiënten tot 60 of 65 jaar omvatten, waren er zelden oudere mensen (≥ 55 jaar) bij betrokken. Twee casusrapporten en vier casusreeksen toonden aan dat schematherapie haalbaar is voor oudere mensen met persoonlijkheidsstoornissen en door patiënten wordt gewaardeerd.

Toegevoegde waarde van deze studie

Dit is de eerste gerandomiseerde gecontroleerde studie waarin schematherapie bij ouderen wordt geëvalueerd en die aantoonde dat psychische problemen die verband houden met langdurige onaangepaste persoonlijkheidskenmerken op latere leeftijd

effectief kunnen worden behandeld. Dit eerste bewijs kan ertoe bijdragen dat er een einde komt aan de onterechte maar wijdverbreide uitsluiting van ouderen van psychotherapie gericht op (langdurige) persoonlijkheidspathologie.

Implicaties van al het beschikbare bewijs

De effectiviteit van schematherapie bij volwassenen en onze veelbelovende resultaten op latere leeftijd pleiten voor implementatie- en surveillanceonderzoeken in de geriatrie geestelijke gezondheidszorg. Zowel voor oudere patiënten met persoonlijkheidsstoornissen als voor patiënten die lijden aan therapieresistente affectieve stoornissen, omdat meer dan de helft van deze stoornissen gecompliceerd wordt door comorbide persoonlijkheidsstoornissen.

Inleiding

Het potentieel van psychologische therapieën om psychisch leed te verminderen en het interpersoonlijke, sociale en beroepsmatige functioneren van mensen met persoonlijkheidsstoornissen te verbeteren, is aanzienlijk toegenomen.¹ Omdat persoonlijkheidsstoornissen tot op hoge leeftijd blijven bestaan, rijst de vraag tot welke leeftijd mensen met langdurige persoonlijkheidsproblemen in staat zijn om te veranderen.

Op latere leeftijd (55–65 jaar) gaat het hebben van persoonlijkheidsstoornissen nog steeds samen met een lagere kwaliteit van leven, veel psychische problemen, een hoger risico op zelfmoord en meer gebruik van medische en informele zorg.² In een representatief bevolkingsonderzoek in de VS werd de prevalentie van een persoonlijkheidsstoornis op latere leeftijd geschat op 13,2% voor personen van 55-74 jaar, 10,4% voor personen van 75-84 jaar en 10,7% voor personen van 85 jaar of ouder.³ Deze prevalenties stegen tot bijna 50% onder mensen die werden doorverwezen naar gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg of mensen met affectieve stoornissen.⁴⁻⁶

Vanwege het ontbreken van bewijs van klasse A (d.w.z. geen gerandomiseerde gecontroleerde studies of meta-analyses) over de effectiviteit van psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen op latere leeftijd, wordt in richtlijnen geen melding gemaakt van de mogelijke effectiviteit bij deze leeftijdsgroep,⁷ of wordt expliciet vermeld dat generalisatie naar leeftijdsgroepen buiten de leeftijdscategorie van 20-40 jaar beperkt is.⁸ Bovendien blijkt uit grote observationele studies naar de behandeling van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen in de dagelijkse praktijk dat deze behandeling zelden wordt aangeboden aan patiënten van 55 jaar en ouder.⁹ Hoewel de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie (CGT) is bewezen voor depressieve en angststoornissen bij oudere volwassenen kunnen deze bevindingen niet worden gegeneraliseerd naar schematherapie. Schematherapie is een integratieve psychotherapie die verder gaat maar ook CGT-technieken omvat, en is gericht op langdurige persoonlijkheidspathologie waarvoor specifieke gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT's) nodig zijn. Oudere patiënten zijn systematisch uitgesloten van RCT's waarin schematherapie werd geëvalueerd; deze RCT's omvatten patiënten tot 60 jaar of 65 jaar en omvatten zelden patiënten ouder dan 55 jaar.^{1,10}

Verskillende onderzoeken wijzen erop dat schematherapie veelbelovend kan zijn voor de behandeling van oudere volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen. Ten eerste bleek de effectiviteit van schematherapie afhankelijk te zijn van leeftijd bij jongere en middelbare patiënten.^{11,12} Ten tweede kan schematherapie, van alle bestaande psychotherapieën voor persoonlijkheidsstoornissen, als meest relevant worden beschouwd voor de geriatrische praktijk, omdat het psychische klachten en affectieve symptomen vermindert die gepaard gaan met comorbide, vaak langdurige affectieve stoornissen.^{10,13} Ten derde hebben ongecontroleerde studies aangetoond dat schematherapie haalbaar is op latere leeftijd, waaronder een casusrapport van een cognitief beperkte bewoner van een verpleeghuis,⁽¹⁰⁾ een multiple-baseline studie van acht ouderen met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis,⁽¹⁰⁾ en twee observationele studies naar groepsschematherapie voor gemengde persoonlijkheidsstoornissen, waaruit bleek dat verbetering van onaangepaste schema's voorafgaat aan verbetering van psychische klachten bij ouderen.^{13, 14} Schematherapie richt zich op de invloed van vroege onaangepaste schema's op het dagelijks leven en interpersoonlijke relaties. Schema's worden gevormd in de kindertijd en hebben betrekking op iemands kernopvattingen over zichzelf, anderen en de wereld. In geval van ongunstige omstandigheden zullen onaangepaste schema's en bijbehorende copingstijlen zich ontwikkelen om (emotioneel) te overleven, wat in een gezondere omgeving kan leiden tot interpersoonlijke disfunctionele coping en emotionele instabiliteit. Schematherapie heeft tot doel patiënten te helpen hun belangrijkste onaangepaste schema's te identificeren en op een meer adaptieve manier te reageren wanneer deze schema's in het dagelijks leven worden geactiveerd.¹⁵ Schematherapie is oorspronkelijk ontwikkeld voor de behandeling van chronische psychiatrische stoornissen, maar wordt voornamelijk toegepast bij borderline persoonlijkheidsstoornissen.¹⁰ Tot op heden hebben 101 studies, waaronder 30 RCT's, empirische gegevens opgeleverd over patiënten die schematherapie hebben ondergaan.¹⁰ Deze 30 RCT's suggereren een goede effectiviteit voor bijna alle persoonlijkheidsstoornissen en chronische affectieve stoornissen, hoewel dit niet is bevestigd door een robuuste meta-analyse, waarschijnlijk vanwege heterogeniteit in de onderzoeksgroepen en de gebruikte behandelingshandleidingen. Bovendien was de mediane leeftijd van de deelnemers aan de 30 RCT's 33 jaar en nam geen enkele studie patiënten van 60 jaar of ouder op,¹⁰ wat generalisatie naar oudere volwassenen bemoeilijkt. We wilden het effect van groepsschematherapie in combinatie met psychomotorische therapie vergelijken met de gebruikelijke behandeling bij oudere patiënten met een cluster B- of C-persoonlijkheidsstoornis in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg.

Methoden

Onderzoeksopzet en deelnemers

We hebben een open-label RCT uitgevoerd in acht poliklinieken voor geriatrische psychiatrie in heel Nederland (Universitair Medisch Centrum Groningen, Lentis, GGZ Friesland, GGZ Drenthe, GGZ Rivierduinen, Molemann geestelijke gezondheidszorg, Stichting Dimence en Mediant; bijlage p. 17). De gedetailleerde methoden zijn eerder gepubliceerd,¹⁶ en het onderzoeksprotocol is beschikbaar op de website van het Rob Giel Onderzoekcentrum.

Mensen kwamen in aanmerking als ze een (subklinische) cluster B- of C-persoonlijkheidsstoornis hadden die was bevestigd door het Gestructureerd Klinisch Interview voor DSM-5 voor persoonlijkheidsstoornissen (SCID-5-PD),¹⁷ 60 jaar of ouder waren en mentaal in staat waren om zich aan de groepsbehandeling te houden en schema (modus) vragenlijsten in te vullen. We hebben zogenaamde subklinische persoonlijkheidsstoornissen meegenomen, gedefinieerd als de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis die één criterium tekort komt voor de aanwezigheid van een specifieke cluster B- of C-persoonlijkheidsstoornis, omdat oudere patiënten over het algemeen minder specifieke persoonlijkheidsstoorniscriteria onderschrijven dan jongere patiënten, terwijl de latente variabelen structuur voor elke stoornis een vergelijkbare ernstgraad van persoonlijkheidspathologie suggereert.^{18,19} Uitsluitingscriteria waren ernstige huidige psychische aandoeningen, een vastgestelde neurodegeneratieve aandoening, een Montreal Cognitive Assessment (MoCA)-score van minder dan 23 punten, het hebben ondergaan van schematherapie in het voorgaande jaar of tijdens de huidige ziekte-episode, en zelfmoordrisico dat adequate behandeling in de weg stond. Fysieke beperkingen waren geen uitsluitingscriterium, omdat de psychomotorische therapie werd aangepast aan de individuele capaciteiten van de deelnemers. Alle deelnemers hebben schriftelijk toestemming gegeven. Het onderzoek is goedgekeurd door de Medisch-Ethische Toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Groningen (M17.212189). Er was geen Data Monitoring Committee, aangezien een dergelijke vereiste pas na aanvang van het onderzoek in ons ziekenhuis is ingevoerd. De gegevensverwerking wordt beschreven in bijlage 2 (p. 5).

Randomisatie en maskering

Een onafhankelijke, gecentraliseerde, computergegenereerde randomisatiesequentie (QuickCalcs-randomisatiesoftware van GraphPad 18) werd gebruikt door een onafhankelijke randomisatiestatisticus om patiënten willekeurig 1:1 toe te wijzen aan een van twee parallele behandelingsgroepen: 20 sessies groepsschematherapie in combinatie met psychomotorische therapie (GST+PMT) gedurende een periode van 20 maanden versus de gebruikelijke behandeling (TAU). De deelnemers werden per onderzoekslocatie toegewezen wanneer 8–16 patiënten geïnformeerde toestemming hadden gegeven, en de randomisatie werd gestratificeerd op basis van de aanwezigheid van een volledige versus subklinische persoonlijkheidsstoornis (bijlage 2 p. 4). Ongebruikte toewijzingen (in geval van oneven aantallen in het stratum) werden overgedragen naar een willekeurig geselecteerde deelnemer van de volgende randomisatie in hetzelfde stratum. Het was niet mogelijk om de deelnemers te blinderen. Omdat de meeste uitkomstparameters door de deelnemers zelf werden gerapporteerd of via telefonische interviews werden verzameld, waren de interviewers (die niet bij de behandeling betrokken waren) niet op de hoogte van de behandelings-toewijzing en kregen de geïnterviewden de instructie om het type therapie dat ze hadden gekregen niet te vermelden.

Procedures

Alle patiënten met een vermoedelijke cluster B- of C-persoonlijkheidsstoornis werden doorverwezen naar een psycholoog die was opgeleid in het afnemen van de SCID-5-PD en MoCA, om te worden geïnformeerd over het onderzoek en om de

inclusie- en exclusiecriteria te controleren. De deelnemers aan het onderzoek werden vóór de randomisatie voorafgaand aan de behandeling beoordeeld.

De ontwikkeling van ons behandelprotocol is eerder beschreven en getest op haalbaarheid (bijlage 2, blz. 21-28;¹⁴ volledig protocol [in het Nederlands] verkrijgbaar bij de corresponderende auteur). Kort gezegd was onze interventie gebaseerd op het groepsprotocol van Broersen en van Vreeswijk,²⁰ een kortdurend behandelprogramma waarvan de effectiviteit bij jongvolwassenen is bewezen. Dit protocol is voornamelijk cognitief van aard en werd aangepast aan de hand van hun later ontwikkelde versie van ervaringsgerichte schematherapie,²¹ door ervaringsgerichte beeldvorming, herschrijving en stoelinterventies toe te voegen. Geriatrische thema's zoals het verlies van maatschappelijke rollen, het verlies van dierbaren, comorbide somatische aandoeningen en sociaal-culturele opvattingen over de behandeling van ouderen werden in het behandelprotocol geïntegreerd. Het protocol werd aangevuld met PMT, omdat cognitieve technieken minder effectief kunnen worden naarmate men ouder wordt. PMT is een ervaringsgerichte therapie waarbij psychotherapeutische technieken worden vertaald naar ervaringsgerichte oefeningen, waarbij gebruik wordt gemaakt van fysieke middelen. Het wordt uitgevoerd door gekwalificeerde PMT-therapeuten, en voornamelijk in groepen. De PMT-sessies stelden patiënten in staat om te ervaren hoe hun schema's hun gedrag en gevoelens beïnvloeden. De 'learning by doing'-benadering in een gymzaal biedt patiënten de mogelijkheid om de oorsprong van hun gevoelens en fysieke sensaties te ontdekken en om te experimenteren met nieuw gedrag in interactie met groepsleden.

Alle deelnemers kregen voorafgaand aan de groepssessies twee individuele sessies om hen vertrouwd te maken met schematherapie en om een persoonlijk behandelplan op te stellen op basis van hun eigen drie dominante schema's en copingstijlen (zogenaamde modi), zoals beoordeeld met de Young Schema Questionnaire en de korte Schema Mode Inventory.^{22,23} De daaropvolgende groepsinterventies bestonden uit 18 wekelijkse sessies in combinatie met psychomotorische therapie en twee verbale follow-upsessies in week 22 en 26. De wekelijkse groepssessies bestonden uit een verbale sessie van 2 uur, gevolgd door een psychomotorische therapiesessie van 1 uur, met een pauze van 15 minuten tussendoor.

De verbale sessies werden geleid door een psycholoog met minimaal twee jaar postdoctorale klinische opleiding en een co-therapeut, een psycholoog of verpleegkundige met ervaring in groepstherapie. De psychomotorische therapie werd gegeven door een geregistreerde psychomotorisch therapeut, die aanvullend was opgeleid in schematherapie. Eén psycholoog was co-therapeut in de aangrenzende psychomotorische sessie om de continuïteit tussen beide sessies te garanderen. De werving van onderzoekslocaties en therapeuten voor de verbale en psychomotorische sessies was gebaseerd op de beschikbaarheid van beide soorten therapeuten in de polikliniek voor geriatrische psychiatrie. Alle therapeuten kregen een tweedaagse training om hen vertrouwd te maken met het behandelprotocol, dat een gedetailleerde beschrijving bevatte van alle verbale en psychomotorische therapiesessies. Tijdens het onderzoek werden ze tweewekelijks begeleid door SDMvD en RB.

Indien nodig konden patiënten in de interventiegroep een psychiater raadplegen in geval van een crisis (suïcidaliteit) of een mogelijke noodzaak om van psychotrope medicatie te veranderen.

De gebruikelijke behandeling (TAU) was onbeperkt, met uitzondering van groepsschematherapie. Deze werd geïndiceerd en uitgevoerd door het multidisciplinaire team dat de patiënt behandelde.

Alle uitkomstparameters werden beoordeeld vóór de behandeling, na de behandeling (zes maanden na de voorbehandeling) en bij de follow-ups na 6 maanden en 12 maanden. We hebben de ongewenste uitkomsten van de psychotherapie niet systematisch beoordeeld. Er werden geen ongewenste voorvallen gemeld door deelnemers of waargenomen door therapeuten of onderzoekers.

De kenmerken van de patiënten werden beoordeeld tijdens de verificatie van de inclusie- en exclusiecriteria en de beoordeling vóór de behandeling.

De screeningprocedure omvatte de beoordeling van cluster B- of C-persoonlijkheidsstoornissen (SCID-5-PD), comorbide psychische stoornissen aan de hand van een klinische checklist en cognitief functioneren (MoCA). Geslacht, leeftijd, opleiding en chronische somatische aandoeningen werden beoordeeld aan de hand van zelfrapportage in de beoordeling vóór de behandeling (bijlage 2, blz. 3-4).¹⁶

Therapeuten vroegen hun therapiegroep om geïnformeerde toestemming om de therapiesessies op te nemen. Voor elke groep die toestemming gaf, werden twee opgenomen sessies willekeurig geselecteerd en door een onafhankelijke psycholoog beoordeeld op naleving van het protocol. Alle interventies die in het behandelprotocol voor een geselecteerde sessie waren opgenomen, werden beoordeeld op de uitvoering en de kwaliteit van de uitvoering van de interventie, op een schaal van 0 (niet uitgevoerd) tot 10 (uitstekend uitgevoerd). De naleving van het protocol werd beoordeeld aan de hand van het gemiddelde percentage uitgevoerde interventies en de gemiddelde kwaliteitsbeoordeling van de uitvoering.

Resultaten

Psychologische stress in de afgelopen week, zoals aangegeven door de totaalscore op de Brief Symptom Inventory 53-itemversie (BSI-53),²⁴ was de primaire uitkomstparameter.¹⁶ Secundaire uitkomsten waren mentaal welzijn, beoordeeld met de Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale, persoonlijkheidsfunctioneren, beoordeeld met de Severity Indices of Personality Problems—Short Form, tevredenheid met het leven, beoordeeld met Cantril's ladder, en gebruik van psychotrope medicijnen, beoordeeld door middel van een telefonisch interview (bijlage 2, blz. 2-3).¹⁶

Statistische analyse

Het onderzoek was ontworpen om een gemiddeld verschil tussen de groepen (Cohen's *d* van 0,5) te detecteren, waarvoor 63-patiënten per onderzoeksgroep nodig waren bij toepassing van een tweezijdige alfa van 0,05 en een power van 80%. We streefden ernaar 140 patiënten op te nemen om 10% uitval te compenseren. Omdat de COVID-19-maatregelen de mogelijkheid om groepsbehandeling te geven aanzienlijk belemmerden, hebben we eerst gecontroleerd of de resultaten verschilden tussen patiënten die de interventie vóór de COVID-19-pandemie hadden voltooid en patiënten die dat niet hadden gedaan.

De analyses werden uitgevoerd volgens het intention-to-treat-principe. De verschillen tussen de experimentele en de controlegroep op de primaire en secundaire uitkomsten werden geanalyseerd met behulp van (gegeneraliseerde)

lineaire gemengde modellen met SPSS versie 28 (bijlage 2 p 6), meer bepaald (logistische) willekeurige coëfficiëntanalyse, die rekening houdt met ontbrekende waarnemingen. De onderzoekslocatie en de patiënt werden opgenomen als willekeurige effecten (met waarnemingen in patiënten en patiënten ingebed in onderzoekslocaties) en de onderzoeksgroep en volledige versus subklinische persoonlijkheidsstoornis als vaste effecten. Er werden interacties getest tussen het tijdstip van observatie en de onderzoeksgroep en tussen deze interactie en volledige versus subklinische persoonlijkheidsstoornis om na te gaan of het effect van de interventie verschillend is voor patiënten met een volledige versus subklinische persoonlijkheidsstoornis. Omdat we slechts één, a priori bepaalde primaire uitkomstparameter hadden, hebben we niet gecorrigeerd voor de veelheid aan secundaire uitkomsten. Alle analyses werden gecontroleerd op mogelijke verschillen vóór de behandeling.

Deze studie is geregistreerd bij de International Clinical Trial Registry Platform, NTRGGG21.

Rol van de financieringsbron

De financier van het onderzoek had geen rol in het ontwerp van het onderzoek, de gegevensverzameling, de gegevensanalyse, de gegevensinterpretatie of het schrijven van het rapport.

Resultaten

Tussen 21 februari 2018 en 21 januari 2020 hebben we 207 doorverwezen patiënten gescreeend, waarvan er 145 zijn opgenomen in het onderzoek; 73 werden toegewezen aan GST + PMT en 72 aan TAU (figuur 1).

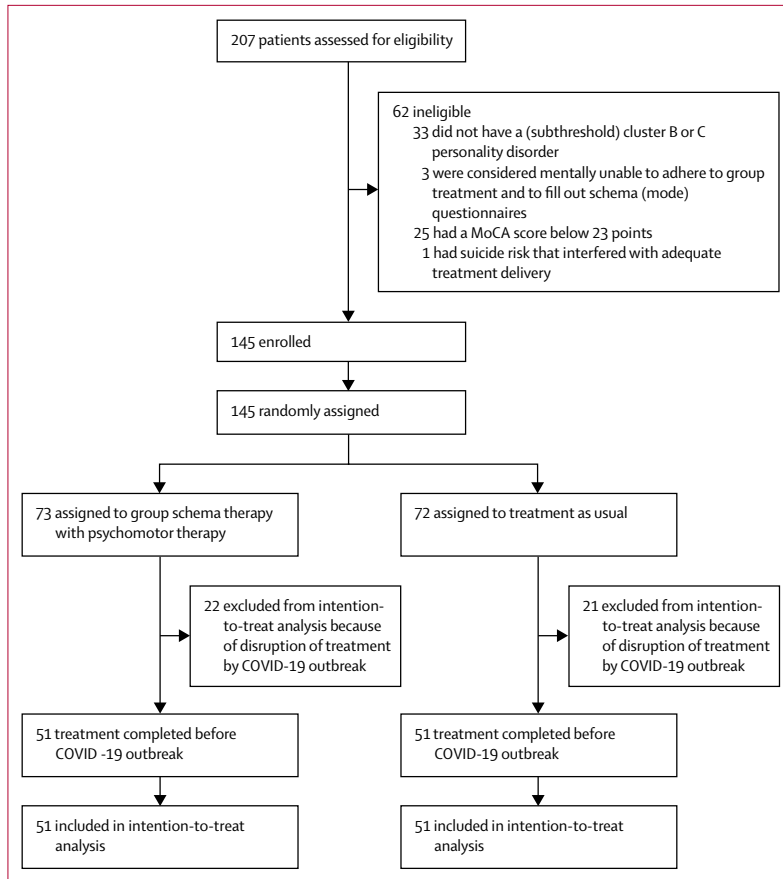
102 deelnemers (70%) voltooiden de behandeling (d.w.z. waren meer dan 6 maanden verder dan hun beoordeling vóór de behandeling) vóór het begin van de COVID-19 pandemie, terwijl de behandeling 43 deelnemers (30%) werd verstoord door de COVID-19 uitbraak. De verandering in psychische klachten (primaire uitkomstmaat) tussen de onderzoeksgroepen verschilde tussen deelnemers die de interventie vóór de COVID-19 pandemie hadden voltooid en deelnemers die dat niet hadden gedaan (hele onderzoeksperiode $F=2,82$, $df=3, 340$, $p=0.039$; tussen beoordeling vóór en na behandeling $t=2,32$, $df=342$, $p=0,021$)

We hebben onze analyses daarom beperkt tot de 102 deelnemers die vóór de COVID-19 pandemie werden behandeld 51 in beide onderzoeksgroepen, bijlage 2, p. 14) en presenteren de resultaten voor de 43 deelnemers wier behandeling door COVID-19 werd onderbroken in bijlage 2 (p. 8).

De mediane leeftijd van de 102 deelnemers was 69 jaar (IQR 63-71; bereik 60–80) en 62, (61%) waren vrouwelijk (tabel 1).

Figuur 1: Onderzoeksprofiel

MoCA = Montreal Cognitive Assessment



81 (79%) deelnemers hadden een cluster C-persoonlijkheidsstoornis, waaronder een vermijdende persoonlijkheidsstoornis (52 [51%]) of obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (38 [37%]), en 36 (35%) hadden een cluster B-persoonlijkheidsstoornis, waaronder borderline persoonlijkheidsstoornis (29 [28%]; tabel 1). 29-deelnemers (28%) hadden een volledige persoonlijkheidsstoornis en 33 (32%) hadden een of meer subklinische persoonlijkheidsstoornissen. 81 deelnemers (79%) hadden een of meer comorbide psychische stoornissen, met name depressieve stoornis (66. [65%]), posttraumatische stressstoornis (15 [15%]) en gegeneraliseerde angststoornis (11 [11%]; bijlage 2 p. 13). 79 (77%) deelnemers gebruikten psychotrope medicatie (tabel 1), met name een antidepressivum (60 [59%]) of een anxiolyticum of sedativum (38 [37%]). Van de 51 patiënten in de experimentele groep stopten er acht (16%) vóór het einde van de 18 wekelijkse sessies met deelname aan de therapiegroep.

Van de tien therapiegroepen die hun therapie vóór de invoering van de COVID-19-maatregelen hadden afgerond, gaven zeven groepen toestemming voor het maken

Tabel 1

Basissenmerken van de onderzoeksgroep (n=102) die vóór de COVID-19-pandemie werd behandeld

	GST+PMT group (n=51)	TAU group (n=51)
Median age (IQR), years	68 (63–71)	70 (63–71)
Sex		
Female	34 (67%)	28 (55%)
Male	17 (33%)	23 (45%)
Educational level		
Low	8 (16%)	16 (32%)
Medium	24 (47%)	16 (32%)
High	19 (37%)	18 (36%)
Median number of somatic diseases treated (IQR)	2 (1–2)	2 (1–3)
Personality disorders*†		
Avoidant	29 (57%)	23 (45%)
Dependent	5 (10%)	7 (14%)
Obsessive compulsive	18 (35%)	20 (39%)
Histrionic	3 (6%)	1 (2%)
Narcissistic	3 (6%)	5 (10%)
Borderline	16 (31%)	13 (25%)
Antisocial	1 (2%)	1 (2%)
Cluster		
Cluster B only	10 (20%)	11 (22%)
Cluster C only	33 (65%)	33 (65%)
Cluster B and C	8 (16%)	7 (14%)
Any full personality disorder	34 (67%)	35 (69%)
Median number of full or subthreshold personality disorders (IQR)	1 (1–2)	1 (1–2)
Comorbid mental disorders†		
Depressive disorder	32 (63%)	34 (67%)
Anxiety disorder	11 (22%)	13 (25%)
Somatic symptom or related disorder	6 (12%)	3 (6%)
Obsessive compulsive disorder	2 (4%)	2 (4%)
Post-traumatic stress disorder	7 (14%)	8 (16%)
Any comorbid mental disorder	39 (76%)	42 (82%)
Median number of comorbid mental disorders (IQR)	1 (1–2)	1 (1–2)
Psychosocial functioning		
Psychological distress	1.3 (0.7)	1.2 (0.6)
Mental wellbeing	40.1 (8.5)	39.5 (7.2)
Personality functioning†‡	2.9 (0.5)	2.8 (0.4)
Life satisfaction	5.2 (1.7)	5.2 (1.5)
Cognitive functioning	26.5 (2.0)	26.1 (1.7)
Psychotropic drug use	38 (75%)	41 (80%)
Antidepressant	30 (59%)	30 (59%)
Sedative or anxiolytic	18 (35%)	20 (39%)
Antipsychotic	8 (16%)	17 (33%)
Other	6 (12%)	10 (20%)

Data are n (%) or mean (SD) unless otherwise specified. GST+PMT=group schema therapy combined with psychomotor therapy. TAU=treatment as usual. *Full or subthreshold. †Further details in the appendix (p 13). ‡Mean domain score. Individual domain scores presented in appendix (p 13).

Table 1: Baseline characteristics of study sample (n=102) treated before the COVID-19 pandemic

Tabel 2

Uitkomstverschillen tussen onderzoeksgroepen in verandering ten opzichte van vóór de behandeling in de intention-to-treat-steekproef (n = 102) die vóór de COVID-19-pandemie werd behandeld

	GST+PMT group (n=51)			TAU group (n=51)			Difference		
	Effect size (95%CI)	t	p value	Effect size (95%CI)	t	p value	Effect size (95%CI)	t	p value
Psychological distress									
Post-treatment	0.68 (0.49 to 0.86)	7.28	<0.0001	0.25 (0.07 to 0.44)	2.68	0.0078	0.42 (0.16 to 0.68)	3.20	0.0016
6-month follow-up	0.55 (0.36 to 0.74)	5.67	<0.0001	0.34 (0.15 to 0.53)	3.58	0.0004	0.21 (-0.06 to 0.48)	1.56	0.12
12-month follow-up	0.59 (0.40 to 0.78)	6.01	<0.0001	0.38 (0.19 to 0.58)	3.89	0.0001	0.21 (-0.07 to 0.48)	1.48	0.14
Mental wellbeing									
Post-treatment	0.59 (0.34 to 0.83)	4.67	<0.0001	0.22 (-0.03 to 0.47)	1.74	0.083	0.37 (0.02 to 0.72)	2.06	0.040
6-month follow-up	0.61 (0.35 to 0.87)	4.63	<0.0001	0.24 (-0.01 to 0.49)	1.86	0.064	0.37 (0.01 to 0.73)	2.03	0.043
12-month follow-up	0.58 (0.32 to 0.84)	4.39	<0.0001	0.33 (0.07 to 0.59)	2.50	0.013	0.25 (-0.12 to 0.62)	1.34	0.18
Personality functioning									
Post-treatment	0.48 (0.28 to 0.68)	4.78	<0.0001	0.29 (0.10 to 0.50)	2.94	0.0037	0.19 (-0.09 to 0.47)	1.31	0.19
6-month follow-up	0.58 (0.38 to 0.79)	5.56	<0.0001	0.28 (0.08 to 0.48)	2.80	0.0056	0.30 (0.01 to 0.59)	2.06	0.040
12-month follow-up	0.60 (0.39 to 0.81)	5.70	<0.0001	0.47 (0.27 to 0.68)	4.51	<0.0001	0.13 (-0.16 to 0.42)	0.87	0.39
Life satisfaction									
Post-treatment	0.48 (0.20 to 0.76)	3.36	0.0009	0.28 (0.00 to 0.57)	1.95	0.052	0.20 (-0.20 to 0.60)	0.98	0.33
6-month follow-up	0.50 (0.20 to 0.80)	3.33	0.0010	0.37 (0.08 to 0.66)	2.51	0.013	0.13 (-0.28 to 0.55)	0.63	0.53
12-month follow-up	0.42 (0.13 to 0.72)	2.80	0.0055	0.42 (0.12 to 0.71)	2.76	0.0062	0.01 (-0.41 to 0.43)	0.03	0.97

The effect size (Cohen's d) represents the mean difference from pre-treatment, standardised by SD of outcome pre-treatment in the total sample (n=145). For all outcomes a positive effect size indicates improved functioning. It is adjusted for sex, age, level of education, number of chronic somatic diseases treated, cognitive functioning, number of mental disorders, and cluster B or C personality disorder. GST+PMT=group schema therapy combined with psychomotor therapy. TAU=treatment as usual.

Table 2: Outcome differences between study groups in change from pre-treatment in the intention-to-treat sample (n=102) treated before the COVID-19 pandemic

van geluidsopnames van hun therapiesessies. Het behandelprotocol vermeldde een gemiddeld aantal van zeven therapeutische interventies per sessie (SD 2). 79 (96%) van de 82 interventies werden uitgevoerd in de beoordeelde sessies en de gemiddelde kwaliteitsbeoordeling van de uitvoering was 8,3 (SD 2,0), wat wijst op een zeer goede uitvoering van de interventies. Er werden geen ongewenste voorvallen in de GST+PMT-groep gemeld door deelnemers of waargenomen door therapeuten of onderzoekers.

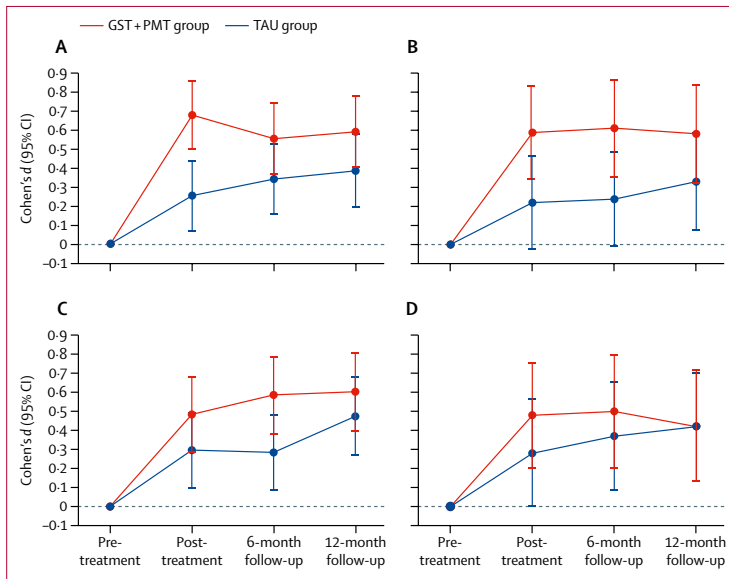
De inhoud van TAU werd beoordeeld voor 46 (90%) van 51 deelnemers in de controlegroep die het interview na de behandeling vóór de COVID-19-pandemie hadden voltooid.

Het interview had betrekking op de behandeling die in de afgelopen 3 maanden. TAU bestond voornamelijk uit psychotrope medicatie (38 [83%] van 4G), contacten met een psychiater (21 [4G%]), een psycholoog of psychotherapeut (38 [83%]), of een verpleegkundig specialist of casemanager (12 [26%]). Daarnaast kregen zes patiënten (13%) psychiatrische dagbehandeling en bezochten vijf (11%) een dagactiviteitscentrum.

Figuur 2

Uitslagmaten in de intention-to-treat-steekproef (n = 102) die vóór de COVID-19-pandemie werd behandeld Cohen's deffectgrootte voor psychisch leed (A), mentaal welzijn (B), persoonlijkheidsfunctioneren (C) en tevredenheid met het leven (D).

GST+PMT = groepsschematherapie in combinatie met psychomotorische therapie. TAU = gebruikelijke behandeling.



Voor psychische klachten (primaire uitkomstmaat) werd een behandelingseffect voor GST + PMT versus TAU van 0,42 (95% BI 0,1G–0,68; $p=0,001$ G) waargenomen van vóór de behandeling tot na de behandeling (tabel 2; figuur 2). Voor mentaal welzijn was het behandelingseffect 0,37 (0,02 tot 0,72; $p=0,04$) gedurende deze periode. Door latere verbeteringen in de TAU-groep werden deze verschillen tussen de groepen vanaf de follow-up na 6 maanden niet meer significant voor psychisch leed (0,21, 95% BI –0,0G tot 0,48; $p=0,12$) en vanaf de follow-up na 12 maanden voor mentaal welzijn (0,25, –0,12 tot 0,62; $p=0,18$). Voor persoonlijkheidsfunctioneren traden de veranderingen iets later op dan voor de andere uitkomsten, wat resulteerde in een klein behandelingseffect dat zichtbaar werd bij de follow-up na 6 maanden (0,30, 0,01 tot 0,59; $p=0,04$). Door een nog latere toename in de TAU-groep werd dit verschil tussen de groepen echter niet significant bij de follow-up na 12 maanden. Voor levensvreugde werden geen verschillen tussen de onderzoeksgroepen gevonden. Deze veranderingen in uitkomsten verschilden niet tussen deelnemers met een volledige of subklinische persoonlijkheidsstoornis (bijlage 2 p 7). Bovendien verschilden het gebruik van psychotrope medicatie niet tussen de groepen (tabel 3). Deze bevindingen werden niet herhaald bij de 43 deelnemers bij wie de eerste 6 maanden van de behandeling werden onderbroken door het uitbreken van de COVID-19-pandemie. Bij hen werden geen significante verschillen in de uitkomsten waargenomen, met uitzondering van een verbetering van de psychologische distress in de TAU-groep in vergelijking met de GST+PMT-groep na 12 maanden (–0,43, 95% BI –0,84 tot –0,02; $p=0,039$; bijlage 2 p 14).

Tabel 3

Veranderingen in het gebruik van psychotrope medicatie ten opzichte van vóór de behandeling in de intention-to-treat-steekproef (n=102) die vóór de COVID-19-pandemie werd behandeld

	GST+PMT group (n=51)			TAU group (n=51)			Difference		
	Odds ratio (95% CI)	t	p value	Odds ratio (95% CI)	t	p value	Odds ratio (95% CI)	t	p value
Pre-treatment	1 (ref)	..	..	1 (ref)	..	..	1 (ref)	..	..
Post-treatment	1.15 (0.30–4.51)	0.21	0.84	2.33 (0.49–11.0)	1.07	0.28	0.50 (0.06–3.91)	0.67	0.50
6-month follow-up	0.48 (0.12–1.90)	1.05	0.29	0.93 (0.22–3.91)	0.10	0.92	0.52 (0.07–3.78)	0.65	0.51
12-month follow-up	2.03 (0.48–8.51)	0.97	0.33	3.32 (0.66–16.7)	1.46	0.15	0.61 (0.07–5.31)	0.45	0.65

Odds ratios are adjusted for sex, age, level of education, number of chronic somatic diseases treated, cognitive functioning, number of mental disorders, and cluster B or C personality disorder. GST+PMT=group schema therapy combined with psychomotor therapy. TAU=treatment as usual.

Discussie

Voor zover wij weten is dit de eerste gerandomiseerde gecontroleerde studie waarin schematherapie bij ouderen wordt geëvalueerd. Patiënten die GST + PMT kregen, vertoonden gemiddelde (0,42) tot grote (0,8) verbeteringen op alle uitkomsten en gedurende alle follow-up periodes. De effecten tussen de groepen waren in het voordeel van GST + PMT, met gemiddelde effectgroottes direct na de behandeling op psychisch leed en mentaal welzijn, en bij de follow-up na 6 maanden op mentaal welzijn en persoonlijkheidsfunctioneren. De verschillen tussen de groepen namen echter af en werden statistisch niet-significant bij de follow-up na 12 maanden, als gevolg van latere verbeteringen in de controlegroep.

Kortdurende GST lijkt consistent effectief te zijn bij het verbeteren van psychopathologie.²⁵ Onze effectgrootte in de experimentele groep was vergelijkbaar met die gevonden in ongecontroleerde studies met jongere patiënten met gemengde persoonlijkheidsstoornissen,^{11,26} die 20 sessies groepsschematherapie kregen volgens het protocol van Broersen en van Vreeswijk.²⁰ Wat betreft ongecontroleerde studies bij oudere leeftijdsgroepen, vonden we een hogere effectgrootte ($d=0,68$) op psychisch leed in vergelijking met cognitieve schemagroepstherapie voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissenmerken en stemmingsstoornissen ($d=0,54$)(13) of een primaire persoonlijkheidsdiagnose ($d=0,20$).(25) De laatste studie was gebaseerd op hetzelfde protocol als ons verbale protocol. Onze grotere effectgrootte kan worden verklaard door de toevoeging van ervaringsgerichte technieken aan het verbale protocol en de toevoeging van psychomotorische therapie.

Achteraf gezien was de behandelingsduur wellicht te kort om robuuste persoonlijkheidsveranderingen te bewerkstelligen. Verschillende studies wijzen erop dat kortdurende GST mogelijk onvoldoende is om veranderingen in het persoonlijkheidsfunctioneren te bewerkstelligen bij patiënten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis.²⁷ Voor deze ernstige groep is een langere of intensievere behandeling nodig om te herstellen.²⁸ We constateerden een verbetering van het persoonlijkheidsfunctioneren bij de follow-up na 6 maanden, wat wijst op het potentieel voor persoonlijkheidsverandering op latere leeftijd. Niettemin bleven de effectgroottes tussen de groepen klein en werden ze statistisch niet-significant bij de follow-up na 12 maanden. Hoewel het significante effect na 6 maanden verklaard zou kunnen worden door de opname van zowel subklinische als volledige

persoonlijkheidsstoornissen, lijkt dit onwaarschijnlijk, omdat we geen differentiële effecten tussen deze subgroepen hebben gevonden. Vanuit een stepped-care-perspectief zou de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis echter kunnen beginnen met kortdurende (groeps)schematherapie, en in geval van onvoldoende remissie zou dan langdurige of intensievere behandeling geïndiceerd zijn. Differentiële staat-trait effect dat we hebben gevonden bij het toepassen van kortdurende schematherapie staat in contrast met de resultaten die zijn gerapporteerd in de grootste gerandomiseerde gecontroleerde studie naar groepsschematherapie bij volwassenen met een gemiddelde leeftijd van 34 jaar (spreiding 18–61).²⁹ Deze studie rapporteerde een groter effect voor persoonlijkheidsfunctioneren dan voor psychopathologie. Het verschil kan niet rechtstreeks worden toegeschreven aan leeftijd, vanwege verschillende methodologische verschillen met onze studie, waaronder een homogenere steekproef van patiënten met uitsluitend een borderline persoonlijkheidsstoornis, een veel langere behandelingsduur (2 jaar), intensievere behandeling (beginnend met twee sessies per week) en ten slotte de combinatie van groepsbehandeling met individuele sessies. Het verschil tussen schematherapie en gebruikelijke zorg kwam echter pas na 1,5 jaar naar voren,²⁹ terwijl wij een statistisch significant verschil vonden bij 6 maanden tussen groepsschematherapie en gebruikelijke zorg, terwijl we alleen wekelijkse sessies aanboden en helemaal geen individuele sessies. Bovendien was hun persoonlijkheidsuitkomstparameter de ernst van borderline-symptomen, die rechtstreeks was afgestemd op de inclusiecriteria van hun homogene steekproef. Omdat we een heterogene groep patiënten met een persoonlijkheidsstoornis hadden opgenomen, hebben we het persoonlijkheidsfunctioneren gemeten volgens het alternatieve DSM-5-model voor persoonlijkheidsstoornissen. Deze verschillen kunnen worden verklaard door de verrijking van ons protocol met psychomotorische therapie. Groepsoefeningen in een gymzaal vereisen complexe sociale interacties en lokken spontaan gedrag uit. Therapeuten, maar ook andere groepsleden, kunnen patiënten direct confronteren wanneer vroege onaangepaste schema's worden geactiveerd of disfunctionele modi actief worden.¹⁴ Niettemin namen de verschillen tussen de groepen tijdens de follow-up in onze studie af, wat nog steeds pleit voor een verlenging van de behandelingsduur om robuuste en duurzame effecten op het persoonlijkheidsfunctioneren te bereiken.

43 patiënten waren onlangs met de behandeling begonnen toen de COVID-19-pandemie uitbrak, toen veiligheidsmaatregelen het onmogelijk maakten om groepstherapie te geven. Volgens het studieprotocol waren de patiënten die aan de experimentele groep waren toegewezen net overgestapt van hun vertrouwde behandelaar naar de nieuwe groepstherapeut. Deze therapeuten kregen de opdracht om de best mogelijke zorg te bieden, rekening houdend met de veiligheidsmaatregelen van hun organisatie, en gaven meestal individuele schematherapie online of via de telefoon, of online groepssessies in één centrum. In tegenstelling tot de patiënten in de controlegroep werden de patiënten in de experimentele groep dus geconfronteerd met een nieuwe therapeut terwijl ze al last hadden van de start van een confronterende groepstherapie. Deze stressfactoren en het onvermogen om GST + PMT volgens het protocol te geven, kunnen het gebrek aan effect tijdens het begin van de COVID-19-pandemie verklaren. Vanuit klinisch oogpunt ondersteunen deze bevindingen het belang van een stabiele, veilige omgeving bij het geven van groepstherapie.

De grote kracht van deze studie is dat we de effectiviteit van GST + PMT op latere leeftijd hebben onderzocht met een gerandomiseerde gecontroleerde studie. Bovendien hebben we de effectiviteit geëvalueerd op basis van een uitgebreide reeks uitkomsten, waaronder psychische klachten, mentaal welzijn, persoonlijkheidsfunctioneren, tevredenheid met het leven en kosteneffectiviteit (apart gerapporteerd). De experimentele behandeling werd ook gegeven door een breed scala aan therapeuten, werkzaam bij acht verschillende instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. In de analyse werd gecontroleerd voor verschillen tussen de onderzoekscentra. We hebben gekozen voor schematherapie op basis van de traditie van schematherapie in Nederland. We hopen dat onze positieve bevindingen ook aanleiding zullen geven tot evaluatie van mentalisatiegerichte therapie en dialectische therapie bij deze leeftijdsgroep.

De eerste, belangrijkste zwakte van het onderzoek is dat we de effectiviteit van de behandeling volgens het protocol niet konden evalueren op basis van het berekende aantal proefpersonen dat nodig was voor het onderzoek. Door de uitsluiting van de laatste 43 proefpersonen die vlak voor het uitbreken van de COVID-19-pandemie waren toegewezen, had ons onderzoek minder statistische kracht dan beoogd. Niettemin konden we aantonen dat GST + PMT direct na de behandeling superieur is aan TAU en dat de pre-post effecten van GST + PMT gedurende ten minste 1 jaar stabiel blijven. Bovendien werd aangetoond dat deze effectiviteit afhankelijk was van de omstandigheden die het mogelijk maakten om de behandeling volgens het protocol toe te passen, zoals in de situatie vóór COVID-19. De verminderde kracht waarmee de effectiviteit van GST + PMT werd vastgesteld, onderstreept in feite de kracht van deze bevindingen. De verminderde kracht kan echter hebben verhinderd dat verschillen werden waargenomen tussen bijvoorbeeld patiënten met een volledige en subklinische persoonlijkheidsstoornis of tussen de kleine onderzoeksgroepen in de post-COVID-19-situatie.

Ten tweede, door te kiezen voor de gebruikelijke behandeling als controle in plaats van bijvoorbeeld lotgenotengroepen, kunnen we geen correctie toepassen voor aandachtsbias of sociale interactie, zoals nodig is in een effectiviteitsonderzoek. Onze studie moet worden beschouwd als een pragmatisch effectiviteitsonderzoek, omdat we GST + PMT hebben vergeleken met de gebruikelijke zorg. Niettemin vinden het waarschijnlijker dat de effectgroottes tussen de groepen zijn afgezwakt door het hoge niveau van de gebruikelijke zorg in Nederland,³⁰ dan dat ze zijn opgeblazen door het niet corrigeren voor aandachtseffecten. Bovendien kunnen we, omdat we alleen een interventiegroep met GST + PMT hadden, de effecten niet toeschrijven aan GST, PMT of beide.

Ten derde werd geen correctie toegepast voor een mogelijke verhoging van het type I-foutpercentage door het testen over meerdere follow-up periodes en uitkomsten. Ten vierde ontbrak een formele diagnose na de behandeling of tijdens de follow-up, wat als behoorlijk belastend voor de patiënten werd beschouwd en niet eenduidig was met betrekking tot het herstel van de heterogene en vaak comorbide persoonlijkheidsstoornissen in kwestie.

Ten vijfde wisten deelnemers en therapeuten onvermijdelijk welke behandeling werd toegediend, en dit kan de respons op de behandeling hebben beïnvloed. We hebben de interviewers echter blind gehouden voor de behandelingstoewijzing, om de kans op onderzoeksbias te minimaliseren.

Ten slotte kan het opnemen van oudere patiënten met een subklinische persoonlijkheidsstoornis zowel als een sterke als een zwakte van het onderzoek worden beschouwd. We hebben patiënten met een subklinische persoonlijkheidsstoornis opgenomen, omdat uit onderzoek is gebleken dat oudere patiënten met dergelijke stoornissen een vergelijkbare ernst van persoonlijkheidspathologie hebben als jongere patiënten die wel aan de criteria voor een volledige persoonlijkheidsstoornis voldoen.^{18,19} Daarom hebben we de inclusiecriteria meer geldig gemaakt voor oudere patiënten met ernstige persoonlijkheidspathologie. Dit maakte onze onderzoeksgroep echter ook heterogener en mogelijk omvatte deze ook patiënten zonder een zogenaamde echte persoonlijkheidsstoornis. Onderzoek naar de validiteit van persoonlijkheidsdiagnoses en -beoordelingen bij oudere patiënten is daarom hard nodig.

Ongeveer een derde tot de helft van de ouderen die worden doorverwezen naar gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg heeft een persoonlijkheidsstoornis.⁴ Persoonlijkheidsstoornissen zijn echter zelden de primaire diagnose voor behandeling in de geriatrische geestelijke gezondheidszorg,³¹ en de beschikbaarheid van psychotherapieën is laag.³² Bovendien zou een betere inachtneming van persoonlijkheidspathologie in de gespecialiseerde geriatrische geestelijke gezondheidszorg de afnemende effectiviteit van de behandeling van stemmings- en angststoornissen bij het ouder worden kunnen tegengaan.^{33,34} In onze studie hadden vier van de vijf patiënten comorbide psychische stoornissen, wat ook suggereert dat schematherapie effectief is buiten persoonlijkheidsstoornissen op latere leeftijd, zoals bewezen is bij jongere leeftijdsgroepen,³⁵ moet worden onderzocht. We concluderen dat GST + PMT op korte termijn effectief psychische klachten vermindert in vergelijking met TAU en kan leiden tot een verbetering van het persoonlijkheidsfunctioneren. Omdat de gevonden effectgroottes iets kleiner waren dan vooraf verwacht en niet consistent waren gedurende de gehele follow-up periode, moet toekomstig onderzoek zich richten op het vergroten van de effectiviteit op zowel psychische klachten als persoonlijkheidsfunctioneren. Dit kan bijvoorbeeld worden bereikt door tijdens de follow-up booster-sessies aan te bieden om de effecten op psychische klachten te behouden, of door intensievere en langere therapieën te evalueren die gericht zijn op persoonlijkheidsfunctioneren.

Verklaring auteurs

Alle auteurs waren betrokken bij het opzetten van het onderzoek. MSV-S en RCOV schreven het eerste concept van het manuscript. MSV-S en RHSvdB analyseerden de gegevens. MSV-S, RHSvdB en RCOV hadden toegang tot de onderliggende gegevens en controleerden deze. Alle auteurs waren betrokken bij de interpretatie van de resultaten en gaven kritisch commentaar op latere concepten. Alle auteurs stemden volledig in met de publicatie van het artikel in zijn huidige vorm. De hoofdonderzoeker van het onderzoek, RCOV, had de eindverantwoordelijkheid voor het besluit om het artikel in te dienen.

Verklaring van belangen

Wij verklaren dat er geen concurrerende belangen zijn.

Delen van gegevens

Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van de infrastructuur voor gegevensbeheer van het Universitair Centrum voor Psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Groningen, een goed uitgerust, geïntegreerd systeem dat voldoet aan de huidige richtlijnen en voorschriften. Nadat de belangrijkste uitkomst- en kosteneffectiviteitsanalyses zijn gepubliceerd, zullen alle gegevens via de corresponderende auteur vrij beschikbaar zijn voor andere groepen.

Dankwoord

Dit onderzoek is gefinancierd door de Nederlandse Organisatie voor Gezondheidsonderzoek en Ontwikkeling (subsidie 84300170G), die wij bedanken voor hun steun. Wij willen ook de patiënten en therapeuten van de vijf pilotgroepen bedanken voor hun nuttige feedback. Daarnaast bedanken wij het Rob Giel Research Center van het Universitair Medisch Centrum Groningen voor het faciliteren van het onderzoek.

Referenties

- 1 Storebø OJ, Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, et al. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 5: CD012955.
- 2 Powers A, Strube MJ, Oltmanns TF. Personality pathology and increased use of medical resources in later adulthood. *Am J Geriatr Psychiat* 2014; 22: 1478–86.
- 3 Reynolds K, Pietrzak RH, El-Gabalawy R, Mackenzie CS, Sareen J. Prevalence of psychiatric disorders in US older adults: findings from a nationally representative survey. *World Psychiatry* 2015; 14: 74–81.
- 4 Van Alphen SPJ, van Dijk SDM, Videler AC, et al. Personality disorders in older adults: emerging research issues. *Curr Psychiat Rep* 2015; 17: 538.
- 5 Friborg O, Martinussen M, Kaiser S, Øvergård KT, Rosenvinge JH. Comorbidity of personality disorders in anxiety disorders: a meta-analysis of 30 years of research. *J Affect Disord* 2013; 145: 143–55.
- 6 Friborg O, Martinsen EW, Martinussen M, Kaiser S, Øvergård KT, Rosenvinge JH. Comorbidity of personality disorders in mood disorders: a meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *J Affect Disord* 2014; 152: 1–11.
- 7 National Institute for Health and Care Excellence. Borderline personality disorder: recognition and management. Jan 28, 2009. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78> (accessed Dec 1, 2023).
- 8 Federatie Medisch Specialisten. Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen [Multidisciplinary Guideline Personality Disorders]. Aug 26, 2022. https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/persoonlijkheidsstoornissen/startpagina_-_persoonlijkheidsstoornissen.html (accessed Dec 1, 2023).
- 9 Van Manen JG, Andrea H, van den Eijnden E, et al. Relationship between patient characteristics and treatment allocation for patients with personality disorders. *J Personal Dis* 2011; 25: 656–67.
- 10 Van Dijk SDM, Veenstra MS, van den Brink RHS, van Alphen SPJ, Oude Voshaar RC. A systematic review of the heterogeneity of schema therapy. *J Pers Disord* 2023; 37: 233–62.

- 11 Van Vreeswijk MF, Spinhoven P, Eurelings-Bontekoe EHM, Broersen J. Changes in symptom severity, schemas and modes in heterogeneous psychiatric patient groups following short-term schema cognitive-behavioural group therapy: a naturalistic pre-treatment and post-treatment design in an outpatient clinic. *Clin Psychol Psychother* 2014; **21**: 29–38.
- 12 Bamelis LLM, Evers SMAA, Spinhoven P, Arntz A. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *Am J Psychiat* 2014; **171**: 305–22.
- 13 Videler AC, Rossi G, Schoevaars M, van der Feltz-Cornelis CM, van Alphen SPJ. Effects of schema group therapy in older outpatients: a proof of concept study. *Int Psychogeriatr* 2014; **26**: 1709–17.
- 14 Van Dijk SDM, Bouman R, Folmer EH, van Alphen SPJ, van den Brink RHS, Oude Voshaar RC. A feasibility study of group schema therapy with psychomotor therapy for older adults with a cluster B or C personality disorder. *Clin Gerontologist* 2022; published online July 16. DOI: <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2099330>.
- 15 Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: The Guilford Press, 2003.
- 16 Van Dijk SDM, Veenstra MS, Bouman R, et al. Group schema-focused therapy enriched with psychomotor therapy versus treatment as usual for older adults with cluster B and/or C personality disorders: a randomized trial. *BMC Psychiatry* 2019; **19**: 26.
- 17 First MB, Williams JBW, Benjamin LS, Spitzer RL. User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorder (SCID-5-PD). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2015.
- 18 Balsis S, Gleason MEJ, Woods CM, Oltmanns TF. An item response theory analysis of DSM-IV personality disorder criteria across younger and older age groups. *Psychol Aging* 2007; **22**: 171–85.
- 19 Balsis S, Woods CM, Gleason MEJ, Oltmanns TF. Over and underdiagnosis of personality disorders in older adults. *Am J Geriatr Psychiat* 2007; **15**: 742–53.
- 20 Broersen J, van Vreeswijk M. Schema therapy in groups: a short-term schema CBT protocol. In: van Vreeswijk M, Broersen J, Nadort M (Eds). *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice*. Chichester: John Wiley & Sons, 2012.
- 21 Broersen J, van Vreeswijk M. Werkboek kortdurende schematherapie: experiëntiele technieken [Workbook brief schema therapy: experiential techniques]. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2017.
- 22 Young JE & Brown G. Young Schema-Questionnaire (2nd ed). In: Young JE (Ed). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resource Press, 1994.
- 23 Lobbestael J, van Vreeswijk M, Spinhoven P, Schouten E, Arntz A. Reliability and validity of the short Schema Mode Inventory (SMI). *Behav Cogn Psychother* 2010; **38**: 437–58.
- 24 Derogatis LR. Brief Symptom Inventory. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research, 1975.
- 25 Videler AC, van Beest KA, Ouwens MA, Rossi G, van Royen RJJ, van Alphen SPJ. Adapting group schema therapy for older adults with personality disorders: lessons learnt. *Cogn Behav Ther* 2021; **14**: e35.

- 26 Renner F, van Goor M, Huibers M, Arntz A, Butz B, Bernstein D. Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: associations with changes in symptomatic distress, schemas, schemamodes and coping styles. *Behav Res Ther* 2013; **51**: 487–92.
- 27 Hilden HM, Rosenström T, Karila I, et al. Effectiveness of brief schema group therapy for borderline personality disorder symptoms: a randomized pilot study. *Nord J Psychiat* 2021; **75**: 176–85.
- 28 Koppers D, Van HL, Peen J, Dekker JJ. Exploring the effect of group schema therapy and comorbidity on the treatment course of personality disorders. *Curr Opin Psychiat* 2023; **36**: 80–85.
- 29 Arntz A, Jacob GA, Lee CW, et al. Effectiveness of predominantly group schema therapy and combined individual and group schema therapy for borderline personality disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiat* 2022; **79**: 287–99.
- 30 Hutsebaut J, Willemsen E, Bachrach N, Van R. Improving access to and effectiveness of mental health care for personality disorders: the guideline-informed treatment for personality disorders (GIT-PD) initiative in the Netherlands. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation* 2020; **7**: 16.
- 31 Veerbeek MA, Oude Voshaar RC, Pot AM. Effectiveness and predictors of outcome in routine out-patient mental health care for older adults. *Int Psychogeriatr* 2014; **26**: 1565–74.
- 32 Hepple J. Psychotherapies with older people: an overview. *Adv Psychiatr Treat* 2004; **10**: 371–77.
- 33 Wetherell JL, Petkus AJ, Thorp SR, et al. Age differences in treatment response to a collaborative care intervention for anxiety disorders. *Br J Psychiatry* 2013; **203**: 65–72.
- 34 Schaakxs R, Comijs HC, Lamers F, Kok RM, Beekman ATF, Penninx BWJH. Associations between age and the course of major depressive disorder: a 2-year longitudinal cohort study. *Lancet Psychiat* 2018; **5**: 581–90.
- 35 Carter JD, McIntosh VV, Jordan J, Porter RJ, Frampton CM, Joyce PR. Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *J Affect Disord* 2013; **151**: 500–05.

Gedeelde besluitvorming in de triade bij onbegrepen gedrag

Sandra Vos, docent-onderzoeker bij de Hanzehogeschool Groningen



Omdat Sandra de Vos op dit moment nog geen wetenschappelijke publicatie heeft, volgt hieronder een beschrijving van het onderzoek dat zij in het kader van haar promotie (samenwerking Hanzehogeschool en VNN) zal uitvoeren.

Waar gaat je onderzoek over?

Mijn promotieonderzoek gaat over gedeelde besluitvorming in de triade bij onbegrepen gedrag. Informele zorg wordt steeds vaker aangedragen als oplossing voor de hoge druk op de formele zorg (Integraal Zorg Akkoord, 2022; Trimbos, 2023) Met informele zorg wordt hier

gedoeld op ondersteuning geboden door naasten of naastbetrokkenen. Formele zorg is betaalde, professionele hulpverlening.

Samenwerken

In de praktijk blijkt het ‘inzetten’ of ‘betrekken’ van het informele netwerk echter complex (Meijer, 2020). Factoren zoals beschadigde relaties, schaamte, schadelijke invloeden vanuit het informele netwerk, de hoge werkdruk in de formele zorg, privacyvraagstukken, cliënten die weigeren naasten te betrekken, een gebrek aan gelijkwaardigheid binnen de triade en de medicalisering van informele zorg bemoeilijken deze samenwerking (Blaauw & Van der Meer-Jansma, 2020; Meijer, 2020). Ook zijn naasten regelmatig zelf belast met eigen problematiek (Blaauw & Van der Meer-Jansma, 2020; Trimbos, 2023) en is een toename te zien in langdurige en intensieve mantelzorg aan mensen met psychische problemen, waarbij één op de tien mantelzorgers overbelast raakt (Boer et al., 2020). Het is daarom belangrijk om zicht te krijgen op hoe het formele en informele netwerk effectief samen kunnen werken, zodat de druk op beide netwerken verlicht kan worden.

Wij pleiten daarom voor de term ‘samenwerken’ in plaats van ‘betrekken’ of ‘inzetten’, waarbij de professional zichzelf centraal stelt. We bepleiten dat effectieve ondersteuning aansluit bij de leefwereld van mensen en dat professionele hulp, als het goed is, daar maar een klein onderdeel van uitmaakt.

Shared decision making

Naast het verlichten van de druk op de zorg kan effectief samenwerken met het informele netwerk positieve effecten hebben op de kwaliteit en effectiviteit van de zorg. Er is groeiend besef dat het informele netwerk de persoon en de context veel beter kent dan het formele netwerk en een belangrijke rol kunnen spelen bij het besluitvormingsproces over wat passende zorg is (Giacco et al., 2018). Eén methode om met de persoon zelf en het formele en informele netwerk tot gedeelde besluiten te komen over wat passende zorg is, is 'shared decision making' (Joosten et al., 2008). Of, in het Nederlands: gedeelde besluitvorming. Voorgaand onderzoek naar gedeelde besluitvorming binnen de geestelijke gezondheidszorg laat zien dat deze aanpak een positieve invloed heeft; beter geïnformeerde patiënten, meer betrokkenheid van patiënten bij de behandeling, een hogere patiënttevredenheid, beter opvolgen van behandelafspraken en ten slotte ook betere behandeluitkomsten (Metz et al., 2019). Tegelijkertijd is nog weinig bekend over het proces van gedeelde besluitvorming in situaties van onbegrepen gedrag, waarbij complexe problematiek zorgt voor overlast en onveiligheid en men niet weet hoe hier goed mee om te gaan. Onderzoek met betrekking tot gedeelde besluitvorming is vaak uitgevoerd vanuit een klinische of medische context en nog vrijwel niet op het gebied van ambulant of outreachend werk. Daarnaast is eerder onderzoek gericht op effectiviteit van gedeelde besluitvorming en minder op wat de werkzame bestanddelen zijn in het proces van komen tot gedeelde besluitvorming (kwalitatieve data).

Promotieonderzoek

In dit promotieonderzoek wordt onderzocht 1) of gedeelde besluitvorming plaatsvindt bij situaties waarin onbegrepen gedrag speelt, 2) welke informele en formele partijen betrokken worden wanneer sprake is van gedeelde besluitvorming, en 3) hoe het proces van gedeelde besluitvorming verloopt en wat daarin werkzame bestanddelen zijn.

Met deze kennis kunnen professionals gedeelde besluitvorming beter toepassen in de praktijk, wat zorgt voor meer onderling begrip in de triade, door alle leden gedragen besluiten, passende zorg en daarmee een verlichting van druk op alle betrokkenen.

Hoe is jouw onderzoek ingebed in de organisatie en word je gefaciliteerd?

Als docent-onderzoeker binnen de Hanzehogeschool Groningen heb ik me naast mijn werk voor de deeltijdopleiding Social Work altijd bezig gehouden met onderzoek binnen verschillende lectoraten binnen de Academie voor Social Studies, nu vanuit het lectoraat Verslavingskunde en Forensische zorg.

Ik ben gevraagd deel te nemen aan de kenniswerkplaats Onbegrepen Gedrag in Groningen, werd daar trekker van de themalijn 'samenwerking tussen formeel en informeel netwerk' en heb samen met collega's van de Hanze en afdeling Onderzoek van VNN een ZonMw subsidie aangevraagd voor aanvullend Praktijkgericht Onderzoek. Dat Praktijkonderzoek voer ik samen uit met een onderzoeker van VNN en is de basis voor mijn promotieonderzoek.

Ik ben nu 1.5 jaar met dit onderwerp en onderzoek bezig. Afgelopen jaar heb ik een aanvraag ingediend voor de promotieregeling die bestaat bij de Hanze, in samenwerking met de RUG. Die is toegekend en is per 1 september 2025 ingegaan. Hiervoor werk ik onder andere samen met onderzoekers van VNN.

Ik werk nu vier dagen in de week aan mijn onderzoek en promotie. Eén dag wordt vanuit de RUG gefinancierd, twee vanuit de Hanze en nog één dag wordt vanuit subsidie van ZonMw gefinancierd. Dit geeft mij een luxe positie, want ik kan me echt de hele week richten op dit super interessante thema.

Het onderwerp en de thematiek sluiten heel goed aan bij het onderwijs dat we bij sociaal werk (deeltijd) verzorgen, dat maakt dat ik wordt gevoed door collega's, maar dat ik ook de recente ontwikkelingen en verworven kennis direct terug kan brengen in het onderwijs.

Denk aan de thema's netwerkgericht werken, systemisch werken, ervaringskennis ontsluiten en benutten, herstel ondersteunend werken, etc.

Wat is er leuk aan onderzoek doen binnen de GGZ?

Mijn hart ligt bij de ondersteuning van kwetsbare mensen, mensen die vaak niet begrepen worden en doordat zij afwijken van de norm en daardoor hele nare dingen meemaken in contact (ook met hulpverlening). Ik draag heel graag een steentje bij aan het verbeteren van de ondersteuning die we mensen kunnen bieden.

Uit de herstelbeweging en wat ervaringsdeskundigen vertellen, blijkt dat de zorg echt nog een stuk beter kan. Ik ben erg blij met de beweging die streeft naar hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, die meer wil bewegen naar de leefwereld van mensen, systemisch en holistisch kijkt naar mensen en naar hun problemen, en die minder vanuit het medisch model wil werken. Ik denk dat het biopsychosociaal model een heel belangrijk uitgangspunt van de zorg zou moeten zijn, want een ziekte of aandoening staat bijna nooit op zichzelf. Er moet breed naar de context en geschiedenis gekeken worden van een persoon en zijn omgeving om passende ondersteuning te kunnen bieden. Het gevolg als we dat niet doen, is dat veel behandelingen niet aanslaan, mensen zich niet verbonden voelen met hoe het probleem gedefinieerd wordt en zich dus ook niet verbinden met de voorgestelde behandeling.

Waar ik het warm van krijg is dat ik echt iets wil proberen te brengen. Dat ik, en velen met mij, denk dat het beter kan en dat ik daar een steentje hoop bij te dragen

Wat zijn de uitdagingen aan onderzoek doen binnen de GGZ?

Ik werk samen met veel verschillende organisaties en wat ik er complex vind is dat de zorg overal weer anders georganiseerd is. De enorme versnippering, de onderlinge cultuurverschillen en verschillen in werkwijze maken het voor mij als onderzoeker moeilijk om de juiste wegen te vinden, bijvoorbeeld welke professionals zich nu bezig houden met mensen met onbegrepen gedrag. Je kan je voorstellen dat cliënten hier ook tegen aan lopen, dat hoor ik ook wel in de interviews die we afnemen.

Mijn onderzoek bevindt zich op het snijvlak tussen zorg, welzijn en een beetje in het veiligheidsdomein. Je merkt dat de partijen binnen deze verschillende domeinen erg hard proberen om meer samen te werken, maar dat dat ook erg moeilijk blijkt te zijn. Belangen, taal- en cultuurverschillen spelen een rol bij het vastlopen van de zorg, maar dit kom je natuurlijk ook binnen onderzoek tegen.

Welke tips heb jij voor promovendi in de GGZ?

Ik kan denk ik nog niet zoveel tips geven, omdat ik mijn promotie net gestart ben. Ik denk dat het belangrijk is dat je goed kan aansluiten op verschillende disciplines en netwerkvaardigheden moet hebben om ergens binnen te komen. Het bewust zijn

van het paradigma en perspectief waar van uit degene tegenover je praat is ook erg belangrijk. Om met de praktijk samen te kunnen werken binnen dit soort projecten, is het erg belangrijk dat je het gezamenlijk belang goed kan benoemen en agenderen.

Het promotieonderzoek van Sandra Vos

Doel

Mijn onderzoek zal inzicht geven in hoe besluitvormingsprocessen rond situaties van onbegrepen gedrag in de triade (d.w.z. de persoon waar zorgen om zijn, en zijn/haar informele en formele netwerk) plaatsvinden en wat daarin werkzame bestanddelen zijn. Deze inzichten worden vertaald naar handvatten voor professionals om gedeelde besluitvorming effectiever vorm te geven. Het uiteindelijke doel van mijn promotieonderzoek is dat binnen de hulpverlening bij onbegrepen gedrag:

- (ervarings)kennis en behoeften uit alle drie perspectieven in het besluitvormingsproces meegewogen worden,
- alle leden van de triade begrip en erkenning ervaren voor de verschillende rollen, verantwoordelijkheden en behoeftes die zij hebben;
- beter passende doelen en interventies (bv behandeling) bepaald en ingezet worden;
- er meer draagvlak wordt ervaren door alle partijen in de triade voor genomen besluiten.

Kennishiaten

Effectievere en kwalitatief beter zorg leidt tot betere mentale gezondheid van zowel de persoon waar zorgen om zijn als zijn naasten, en daarmee tot minder overlast en meer veiligheid voor de samenleving. Duurzamere oplossingen zorgen voor lagere zorgkosten en vermindering van de druk op de zorg.

Terwijl de wetenschappelijke kennis over gedeelde besluitvorming in de zorg groeit (Schuster et al., 2021), bestaan er ook in de wetenschap lacunes. De drie belangrijkste lacunes zijn: 1) inzicht in gedeelde besluitvorming in triades (i.e. de persoon over wie zorgen bestaan, naastbetrokkenen en hulpverleners) in tegenstelling tot dyades (i.e. de persoon over wie zorgen bestaan en hulpverleners), 2) gedeelde besluitvorming in ambulante setting, en 3) *hoe* gedeelde besluitvorming werkt, in plaats van *of* het werkt.

Onderzoeksvragen

Mijn promotieonderzoek richt zich op de samenwerking binnen triades in situaties van onbegrepen gedrag. Deze situaties worden gekenmerkt door ernstige zorgen over een individu, overlast of onrust in een buurt of gemeenschap, dreigend gevaar voor de persoon of omgeving en een omgeving die niet goed weet hoe hiermee om te gaan.

De hoofdvraag van mijn promotieonderzoek is: Hoe komen triades in situaties van onbegrepen gedrag tot gedeelde besluitvorming, en welke werkzame bestanddelen dragen bij aan een effectief en duurzaam besluitvormingsproces?

Deze hoofdvraag wordt uitgewerkt in vier deelvragen, die elk in een afzonderlijk, maar samenhangend hoofdstuk worden behandeld. De hoofdstukken zullen als

wetenschappelijke artikelen worden ingediend voor publicatie in wetenschappelijke tijdschriften.

- Wat is bekend uit de literatuur over werkzame bestanddelen bij gedeelde besluitvorming binnen triades bij complexe problematiek?
- Hoe wordt bepaald welke personen betrokken worden bij het besluitvormingsproces over doelen en (behandel)interventies, en hoe worden de behoeften van naasten hierin meegewogen?
- In hoeverre worden kennis, ervaring en belangen van de verschillende perspectieven in de triade meegenomen bij het bepalen van doelen en (behandel)interventies bij complexe problematiek?
- Hoe kan gedeelde besluitvorming effectiever worden ingezet binnen triadesamenwerking bij complexe problematiek?

Onderzoeksopzet

Deelvraag 1 wordt beantwoord door middel van een **systematische review** van bestaande literatuur over werkzame bestanddelen bij gedeelde besluitvorming binnen triades bij complexe problematiek.

Deelvragen 2 en 3 worden onderzocht in het praktijkonderzoek *Samenwerken in de triade bij situaties van onbegrepen gedrag*. Dit kwalitatieve onderzoek analyseert retrospectief 20 casussen van onbegrepen gedrag (n=10 uit Groningen en n=10 uit Drenthe). Voor elke casus worden drie afzonderlijke interviews afgenomen met de persoon over wie zorgen waren, een naastbetrokkene, en een betrokken hulpverlener. Deze interviews brengen ervaringen met triadesamenwerking in kaart, evenals de factoren die het herstelproces hebben bevorderd of belemmerd. Vervolgens wordt een **dialoogsessie** gehouden, waarin de drie betrokkenen gezamenlijk reflecteren op hun ervaringen, perspectieven en behoeften binnen de samenwerking.

Deelvraag 4 wordt beantwoord door deze werkwijze te testen binnen een passende organisatie, zoals de OGGZ. Welke organisatie dit wordt, volgt uit de eerste onderzoeksfase. Medewerkers worden getraind in de nieuwe werkwijze, waarna de toepassing ervan wordt geëvalueerd. Afhankelijk van de doelgroep wordt gekozen voor **observatie en interviews**, of **vragenlijsten en interviews**. Wanneer het vervolgonderzoek bij de OGGZ plaats gaat vinden, moet rekening gehouden worden met de kwetsbaarheid en kenmerken van de doelgroep. De OGGZ heeft als taak zorg – en overlastmeldingen te onderzoeken, contact te leggen en indien nodig, mensen naar zorg toe te leiden. Vaak gaat het hierbij om kwetsbare mensen met problematiek op meerdere levensgebieden en weinig vertrouwen in overheid en hulpverlening. Binnen die context wordt samen met professionals bepaald of het mogelijk is om bijvoorbeeld ter plekke te observeren of naderhand een casusbespreking te observeren.

Door de inzichten uit het praktijkonderzoek en de toetsing van de werkwijze in de praktijk, wordt een onderbouwd antwoord gegeven op deelvraag 4.

Bibliografie

- Blaauw, E., & Van der Meer-Jansma, M. (2020). *Verslaving in Context: De kracht van de omgeving- ondersteunende zorg* (2020th ed.). Verslavingszorg Noord Nederland en Hanzehogeschool Groningen. https://research.hanze.nl/ws/portalfiles/portal/35045218/boek_verslaving_in_context.pdf
- Boer, A. de, Klerk, M. de, Verbeek-Oudijk, D., & Plaisier, I. (2020). *Blijvende bron van zorg: Ontwikkelingen in het geven van informele hulp 2014-2019*. Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Giacco, D., Mavromara, L., Gamblen, J., Conneely, M., & Priebe, S. (2018). Shared decision-making with involuntary hospital patients: A qualitative study of barriers and facilitators. *BJPsych Open*, 4(3), 113–118. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.6>
- *Integraal Zorg Akkoord*. (2022). Rijksoverheid. geraadpleegd op 27-11-2024, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
- Joosten, E. A. G., DeFuentes-Merillas, L., De Weert, G. H., Sensky, T., Van Der Staak, C. P. F., & De Jong, C. A. J. (2008). *Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status*. 77. <https://karger.com/PPS/article/doi/10.1159/000126073>
- Meijer, E. (2020). *Family Group Conferencing in psychiatry: Forming a new practice*. [PhD thesis]. Vrije Universiteit Amsterdam.
- Metz, M. J., Veerbeek, M. A., & Elfeddali, I. (2019). Samen beslissen in de ggz; onderzoek naar toegevoegde waarde voor patiënten en behandelaars. *TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE* 61(2019)7, 487-497.
- Schuster, F., Holzhüter, F., Heres, S., & Hamann, J. (2021). ‘Triadic’ shared decision making in mental health: Experiences and expectations of service users, caregivers and clinicians in Germany. *Health Expectations*, 24(2), 507–515. <https://doi.org/10.1111/hex.13192>
- *Trimbos*. (2023). Ggz uit de knel. geraadpleegd op 27-11-2024, van <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/2023/01/AF2059-Ggz-uit-de-knel.pdf>

De relatie tussen trauma en responsiviteit in de forensische GGZ

Femke den Besten, psycholoog/criminoloog en promovenda bij FPC Dr. S. van Mesdag



Waar gaat je onderzoek over?

Mijn promotieonderzoek richt zich op de relatie tussen trauma en responsiviteit in de forensische zorg. Blootstelling aan (potentieel) traumatische ervaringen komt veel voor in de algemene bevolking (Kessler et al., 2017). Uit eerder onderzoek blijkt dat dergelijke ervaringen – vooral wanneer zij herhaaldelijk plaatsvinden op jonge leeftijd – het risico op het ontwikkelen van psychopathologie en het vertonen van crimineel gedrag vergroten (Felitti et al., 1998; Baglivio et al., 2015; Stinson et al., 2016; Hogg et al., 2022). Het is dan

ook niet verrassend dat een groot deel van de forensisch psychiatrische populatie dergelijke ervaringen heeft doorgemaakt.

Een Nederlandse studie onder 436 tbs-patiënten laat zien dat 67,7% minimaal één (potentieel) traumatische ervaring in de kindertijd heeft meegemaakt en 36,5% in de volwassenheid (Bohle & De Vogel, 2017). Internationale onderzoeken rapporteren zelfs prevalentiecijfers tussen de 75 en 86% (Ford et al., 2019; Stinson et al., 2016; Guina et al., 2021; McLachlan et al., 2024). Daarnaast blijkt dat een derde tot de helft van de forensisch psychiatrische patiënten vier of meer traumatische jeugdervaringen heeft doorgemaakt, een drempelwaarde die vaak wordt geassocieerd met het ontwikkelen van ernstige psychopathologie later in het leven (McLachlan et al., 2024).

Trauma en de forensische behandeling

Hoewel blootstelling aan potentieel traumatische ervaringen niet per definitie leidt tot een trauma of trauma gerelateerde klachten, worden deze ervaringen geassocieerd met het ontstaan van maar liefst 32,4% van alle DSM-IV diagnoses gedurende de levensloop (Green et al., 2010). In de forensische context worden deze ervaringen bovendien geassocieerd met factoren die de behandeling kunnen bemoeilijken, zoals verhoogde impulsiviteit, middelengebruik, intramurale agressie, langere behandelduur en hogere risico inschattingen (Dube et al., 2003; Sarchiapone et al., 2009; Carli et al., 2014; Koolschijn et al., 2023).

Hoe vaak traumatische ervaringen daadwerkelijk tot een traumagerelateerde stoornis leiden binnen deze populatie is moeilijk vast te stellen. De in de literatuur gerapporteerde prevalenties van posttraumatische-stressstoornis (PTSS) variëren van 1,4 tot 41% (Alexander et al., 2016; Guina et al., 2021; Bianchini et al., 2022). Daarbij wordt regelmatig opgemerkt dat PTSS in de forensische psychiatrie vermoedelijk wordt ondergediagnosticeerd, vooral wanneer er sprake is van ernstige comorbide stoornissen (Alexander et al., 2016). Een mogelijke verklaring is diagnostic overshadowing: traumasymptomen worden ten onrechte toegeschreven aan reeds vastgestelde stoornissen. Daarnaast kan de nadruk op risicomanagement in de forensische zorg ertoe leiden dat behandelaars zich primair richten op gedrag en symptomen die direct samenhangen met recidiverisico, waardoor eventueel onderliggend trauma wellicht over het hoofd wordt gezien.

Trauma en responsiviteit

Hoewel de klinische relevantie van traumatische ervaringen bij forensisch psychiatrische patiënten steeds meer wordt onderkent in de wetenschappelijke literatuur, is de integratie ervan in forensische behandelmodellen nog beperkt. Zo erkennen Andrews en Bonta, pioniers van het Risk-Need-Responsivity (RNR)-model, in de nieuwste editie van *The Psychology of Criminal Conduct* (2024) voor het eerst expliciet de persoonlijke en emotionele gevolgen van traumatische ervaringen. Zij beschouwen dergelijke ervaringen als een barrière voor effectieve behandeling en classificeren ze als specifieke responsiviteitsfactor: een kenmerk van het individu die diens betrokkenheid bij de behandeling kan belemmeren en daarom vraagt om maatwerk in de therapeutische aanpak (Andrews & Bonta, 2024). Hoewel de classificatie van traumatische ervaringen als specifieke responsiviteitsfactor steeds vaker wordt onderschreven in de wetenschappelijke literatuur, is het empirisch bewijs hiervoor nog schaars.

Promotieonderzoek

Gedurende mijn promotietraject onderzoek ik 1) in hoeverre traumatische ervaringen worden erkend als relevante factor in de forensische behandeling, 2) in hoeverre onverwerkt trauma het profiteren van de delictgerelateerde behandeling in de weg staat, 3) welk effect traumabehandeling heeft op de behandelontvankelijkheid van patiënten en 4) wat de gewenste positie is van traumabehandeling in het tbs-traject. Hiermee hoop ik meer inzicht te creëren in de relatie tussen traumatische ervaringen van forensisch psychiatrische patiënten en hun behandelontvankelijkheid; een inzicht dat kan bijdragen aan de effectiviteit en efficiëntie van de forensische behandeling.

Momenteel werk ik aan twee studies. Het eerste betreft een scoping review naar de relatie tussen trauma en twee indicatoren van responsiviteit: *treatment engagement* (betrokkenheid bij behandeling) en *patient learning* (het leren van behandeling, Bourgon & Bonta, 2014). De tweede studie is een dossieronderzoek naar de huidige positie van traumabehandeling binnen het tbs-traject. Hierbij onderzoek ik of, en op welke wijze traumatische ervaringen in de voorgeschiedenis worden opgemerkt, of er traumabehandeling wordt geïndiceerd, hoe dit besluitvormingsproces eruit zien en op welk moment in het tbs-traject deze behandeling wordt aangeboden.

Hoe is jouw onderzoek ingebed in de organisatie en word je gefaciliteerd?

Ik ben heel tevreden over de wijze waarop mijn onderzoek binnen Mesdag wordt gefaciliteerd. Vanuit mijn vaste aanstelling bij de afdeling onderzoek mag ik werken aan mijn promotietraject en er worden mij volop mogelijkheden geboden voor scholing en cursussen om mijn onderzoeksvaardigheden en inhoudelijke kennis te vergroten. Daarnaast wordt het belang van aandacht voor trauma bij onze doelgroep breed gedragen binnen Mesdag, wat zich onder andere vertaalt in steun vanuit de organisatie bij het overkomen van de obstakels die ik tot op heden ben tegengekomen in mijn onderzoek.

Wat is er leuk aan onderzoek doen binnen de GGZ?

Onderzoek doen binnen de forensische GGZ vind ik ontzettend boeiend. Als onderzoeker bij Mesdag sta je dicht bij de behandelpraktijk, de patiënten en zorgprofessionals. Je ziet hoe complex de zorgvraag van onze populatie kan zijn en tegelijkertijd hoe weinig er eigenlijk bekend is over de effectiviteit van de geboden behandelingen. Om hier in de toekomst verandering in te brengen is wetenschappelijk onderzoek onmisbaar. Onderzoek binnen Mesdag vindt plaats met en voor de praktijk, dat is voor mij een grote motivatiefactor.

Wat zijn de uitdagingen aan onderzoek doen binnen de GGZ?

Natuurlijk zijn er ook legio uitdagingen bij het doen van onderzoek in de forensische GGZ. De meeste daarvan gelden ook voor onderzoekers in de reguliere GGZ. Zo kan het bijvoorbeeld lastig zijn om voldoende deelnemers te werven (mede door de hoge werkdruk), bemoeilijkt de heterogeniteit van de doelgroep vergelijkingen tussen groepen en spelen er ethische bezwaren bij het gebruik van controlegroepen. Daarnaast kent de forensische context ook een aantal specifieke uitdagingen: zo kampt onze doelgroep bijvoorbeeld veelal met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (EPA) en een hoge mate van comorbiditeit, ligt de nadruk veelal op risicomanagement en risicotaxatie en zijn meetinstrumenten zelden gevalideerd voor de forensische populatie. In mijn eigen onderzoek ben ik tot op heden vooral tegen de complexiteit aangelopen van het verkrijgen van toegang tot dossiergegevens van patiënten voor wetenschappelijk onderzoek. Hiervoor is in de regel informed consent vereist. De dwangcontext maakt echter dat het 'vrijelijk' kunnen geven van informed consent – een van de eisen vanuit de AVG – kan worden betwist. Op zijn minst kan de grote afhankelijkheidspositie waarin patiënten zich bevinden de mate van (ervaren) 'vrijelijkheid' drukken. Ook kan de dwangcontext van invloed zijn op de mate waarin patiënten gemotiveerd zijn om mee te werken aan onderzoek.

Welke tips heb jij voor promovendi in de GGZ?

Mijn belangrijkste tip is: leer je doelgroep écht goed kennen. Loop bijvoorbeeld een tijdje mee op een behandelafdeling, woon multidisciplinaire overleggen bij en praat met behandelaren, patiënten en staf. Zo krijg je een completer en realistischer beeld van de klinische praktijk en kun je jouw onderzoeksvragen beter afstemmen op de behoeften en problemen van jouw doelgroep. Daarnaast kan het je helpen bij het maken van methodologische keuzes die passend zijn bij de kenmerken van jouw doelgroep, wat vervolgens weer kan helpen bij de werving van deelnemers en het voorkomen van uitval. En niet onbelangrijk: het maakt het doen van onderzoek een stuk leuker wanneer je weet voor wie je het doet en wat je ermee kunt bijdragen.

Referenties

- Alexander, A., Welsh, E., & Glassmire, D. (2016). Underdiagnosing Posttraumatic Stress Disorder in a State Hospital. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 16, 448-459. <https://doi.org/10.1080/15228932.2016.1234142>.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2024). *The psychology of criminal conduct (6th ed.)*. Routledge.
- Appelman, J., Dirkzwager, A., & Van der Laan, P. (2021). *Kenmerken van justitiabelen. Een systematisch literatuuronderzoek*. Nederlands Studiecencentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving.
- Baglivio, M. T., Wolff, K. T., Piquero, A. R., & Epps, N. (2015). The relationship between Adverse Childhood Experiences (ACE) and juvenile offending trajectories in a juvenile offender sample. *Journal of Criminal Justice*, 43(3), 229– 241. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.-2015.04.012>
- Bianchini, V., Paoletti, G., Ortenzi, R., Lagrotteria, B., Roncone, R., Cofini, V., & Nicolò, G. (2022). The Prevalence of PTSD in a Forensic Psychiatric Setting: The Impact of Traumatic Lifetime Experiences. *Frontiers in Psychiatry*. 13:843730. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.843730>.
- Bohle, A., & De Vogel, V. (2017). Gender Differences in Victimization and the Relation to Personality Disorders in Forensic Psychiatry. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 26(4), 411- 429.
- Bourgon, G., & Bonta, J. (2014). Reconsidering the Responsibility Principle: A Way to Move Forward. *Federal Probation*, 78(2), 3-10.
- Carli, V., Mandelli, L., Zaninotto, L., Alberti, S., Roy, A., Serretti, A., & Sarchiapone, M. (2014). Trait- aggressiveness and impulsivity: Role of psychological resilience and childhood trauma in a sample of male prisoners. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68, 8-17, <https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.3109/08039488.2012.756061>
- Dube, S.R., Felitti, V.J., Dong, M., Chapman, D.P., Giles, W.H., & Anda, R.F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572, <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564>. PMID: 12612237.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-58. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Ford, K., Barton, E., Newbury, A., Hughes, K., Bezeczyk, Z., Roderick, J., & Bellis, M. (2019). *Understanding the prevalence of adverse childhood experiences (ACEs) in a male offender population in Wales: The prisoner ACE survey*. Public Health Wales; Bangor University.
- Green, J.G., McLaughlin, K.A., Berglund, P.A., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., & Kessler, R.C. (2010). Childhood Adversities and Adult Psychiatric Disorders in the National Comorbidity Survey Replication I: Associations With First Onset of DSM-IV Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 113–123. <https://doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.186>
- Guina, J., Audu, A.K., Cameron, J., Lemmen, A., Mamidipaka, A., & Kletzka, N. (2021). Prevalence of Traumas and PTSD Among Individuals Adjudicated Not

- Guilty by Reason of Insanity. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 49(2), 194 - 201. <https://doi.org/10.29158/JAAPL.200062-20>
- Hogg, B., Gardoki-Souto, I., Valiente-Gómez, Ribeiro Rosa, A., Fortea, L., Radua, J., Amann, B.L., & Moreno- Alcázar, A. (2022). Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: an umbrella meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273(2), 397-410. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01495-5>
 - Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E.J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R.V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y., Karam, E.G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J.P., Levinson, D., ... Koenen, K.C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(5):1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
 - Koolschijn, M., Janković, M., & Bogaerts, S. (2023). The impact of childhood maltreatment on aggression, criminal risk factors, and treatment trajectories in forensic psychiatric patients. *Frontiers in Psychiatry*, 14:1128020. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.112802>
 - McLachlan, K., Roters, J., Ahmed, D., Moulden, H., & Marshall, L. (2024). Adverse childhood experiences in forensic psychiatric patients: Prevalence and correlates from two independent Canadian samples. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 35(3), 406-424, <https://doi.org/10.1080/14789949.2024.2338905>
 - Sarchiapone, M., Carli, V., Cuomo, C., Marchetti, M., & Roy, A. (2009). Association between childhoodtrauma and aggression in male prisoners. *Psychiatry Research*, 165(1-2), 187-192, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.04.026>
 - Stinson, J.D., Quinn, M.A., & Levenson, J.S. (2016). The impact of trauma on the onset of mental health symptoms, aggression, and criminal behavior in an inpatient psychiatric sample. *Child abuse & neglect*, 61, 13-22.

De Trauma Therapie Studie (TTS), richt zich op de effecten van een klinisch, trauma-gericht behandelprogramma voor cliënten met ernstige posttraumatische stressstoornis (PTSS) en emotieregulatieproblemen



Annemieke C. Kamstra, Klinisch Psycholoog / promovendus bij GGZ Friesland, Afdeling Onderzoek.

Waar gaat je onderzoek over?

Mijn promotieonderzoek, de Trauma Therapie Studie (TTS), richt zich op de effecten van een klinisch, traumagericht behandelprogramma voor cliënten met ernstige posttraumatische stressstoornis (PTSS) en emotieregulatieproblemen. Deze modulaire behandeling van twaalf weken combineert dialectische gedragstherapie met imaginaire

exposure en verscheidene andere behandelmodules. De meeste cliënten die op de Traumakliniek van GGZ Friesland in behandeling komen, hebben een voorgeschiedenis van vroegkinderlijk, vaak langdurig, trauma. Zij hebben vaak onvoldoende kunnen profiteren van voorgaande behandelingen of kwamen niet in aanmerking voor een traumagerichte behandeling. Het doel van de Trauma Therapie Studie (TTS) is om de effecten van het behandelprogramma te onderzoeken. We kijken hierbij naar klinische maten zoals de ernst van de PTSS, dissociatie, zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag, symptomen van borderline persoonlijkheidsstoornis, en naar het sociaal functioneren en kwaliteit van leven.

Hoe is jouw onderzoek ingebed in de organisatie en word je gefaciliteerd?

Voordat ik eind 2018 bij GGZ Friesland startte met de opleiding tot Klinisch Psycholoog, begon ik samen met een klein en fijn team met het opzetten van de studie. Naast de middelen die GGZ Friesland beschikbaar stelde, ontvingen we subsidies vanuit het Researchfonds van Opleidingsinstituut PPO en het 'Societal PhD Research Project' van het UMCG voor het project. Toen mijn KP-opleiding startte, waren we net begonnen met de dataverzameling, waarbij twee researchverpleegkundigen zich bezighielden met werving, inclusie en uitvoering van metingen. Voor mij was het verder heel prettig dat de p-opleider van GGZ Friesland rekening hield met het feit dat ik promotieonderzoek met de KP-opleiding combineerde. Ik kon bijvoorbeeld als opleiding starten op de afdeling Trauma, zodat ik mij kon richten op de dataverzameling en mij

als therapeut kon ontwikkelen in het werken met deze doelgroep. Ook was het belangrijk dat we vooraf bespraken dat voor de combinatie van beide trajecten een langere periode nodig zou zijn dan voor alleen een promotietraject. Verder kreeg ik een onbezoldigde aanstelling bij het UMCG, waardoor ik cursussen kon volgen voor promovendi. Inmiddels is de dataverzameling afgerond en zit ik volop in de fase van analyseren en schrijven. Dat doe ik vanuit de afdeling Onderzoek van GGZ Friesland.

Wat is er leuk aan onderzoek doen binnen de GGZ?

Een mooi aspect van het doen van onderzoek binnen een GGZ-instelling vind ik dat het direct kan bijdragen aan de kwaliteit van de zorg en vernieuwing. Ik raak geïnspireerd door het werken met cliënten en door het samenwerken met collega's. Wetenschappelijk onderzoek en de dagelijkse klinische praktijk komen zo dichterbij elkaar te staan. Een voorbeeld is het kwalitatieve onderzoek waarin we cliënten bevroegen over hun ervaringen met het behandelprogramma. Hierin vroegen we onder andere naar de ervaren effecten en naar de helpende en hinderende factoren die in hun beleving hierop van invloed waren. De uitkomsten hiervan koppelen we binnenkort terug aan de collega's op de kliniek. Het biedt de mogelijkheid om kritisch te kijken naar wat er goed gaat en waar we verbeteringen kunnen doorvoeren. Het artikel met de uitkomsten zal binnenkort tevens ingediend worden bij een tijdschrift.

Wat zijn de uitdagingen aan onderzoek doen binnen de GGZ?

Eén van de dingen die ik zo leuk vind, het combineren van wetenschap en praktijk, is direct ook een uitdaging. Het schakelen tussen patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek betekent regelmatig dat ik het gevoel heb dat ik tijd tekort kom. Hierin speelt uiteraard mee dat ik mijn promotieonderzoek combineerde met de KP-opleiding en een jong gezin. Aan het begin van mijn traject zei een directeur van GGZ Friesland een keer dat als je veel tegelijkertijd doet, je niet alles voor de volle 100% kan doen. Dat bleek inderdaad het geval en dat vond ik af en toe best lastig. Ik houd ervan mij te verdiepen en te specialiseren. De KP-opleiding vraagt dat je op verschillende afdelingen werkt gedurende je opleiding. Inhoudelijk is het inderdaad leerzaam en waardevol om in verschillende teams en met verschillende doelgroepen te werken. In combinatie met mijn promotieonderzoek was het minder ideaal. Een nieuwe werkplek vraagt tijd en energie en die kun je maar één keer inzetten. Ik had het achteraf prettiger gevonden om op de afdeling trauma te blijven, zodat ik mij als wetenschapper en clinicus nog meer kon onderdompelen in deze doelgroep. Een tweede uitdaging in het werken binnen een GGZ-instelling is het omgaan met de werkdruk die collega's ervaren en de wisselingen in personeel. Patiëntenzorg staat centraal en dat kan gemakkelijk ten koste gaan van onderzoek. Dataverzameling kan hierdoor een grote kluit zijn om voor elkaar te krijgen. In mijn geval kwam de covid-pandemie hierbij, wat extra uitdagingen met zich meebracht. Tot slot, kon het soms wat eenzaam zijn, omdat ik vaak als enige met onderzoek bezig was op de afdelingen waar ik werkte.

Mijn tips voor promovendi in de GGZ

Allereerst, zorg ervoor dat je af en toe wat langer tijd plant voor analyseren en schrijven. Ik heb bijvoorbeeld genoten van weekenden alleen weg naar Terschelling.

Dan kon ik lekker doorwerken en tussendoor genieten van zon (of regen), zee, strand en heerlijke kopjes koffie of een glaasje wijn. Dat waren ook de momenten dat ik mij het meest geïnspireerd voelde en er nieuwe ideeën bij mij opborrelden. Ten tweede, in een setting waar patiëntenzorg centraal staat, is het fijn om collega's op te zoeken die zich ook met wetenschappelijk onderzoek bezighouden. Als je een onderwerp hebt die jou echt boeit of die je belangrijk vindt, zoek collega's in jouw organisatie die jou op weg kunnen helpen. Het is prettig om bij een afdeling aan te kunnen haken van onderzoekers. Tot slot, er waren voor mij periodes dat ik de combinatie van KP-opleiding, promotieonderzoek, zwangerschappen en een jong gezin veel vond. Voor mij was het belangrijk om de weekenden écht weekend te houden en mijn kinderen op één te zetten. Dat hield het traject leuk en gezond!

Klinische traumabehandeling in combinatie met dialectische gedragstherapie

Een kijkje bij de Traumaverwerkingskliniek Leeuwarden aan de hand van casuïstiek

Annemieke Kamstra, Milou Wiersum, Mirjam Meek, Robert Schoevers, Sybolt de Vries & Frederike Jörg

Samenvatting

Klinische dialectische gedragstherapie gecombineerd met traumabehandeling (DGT-PTSS) richt zich op cliënten met een ernstige posttraumatische-stressstoornis (PTSS) en comorbide problematiek. Eerder onderzoek toonde in een *randomized controlled trial* met een *treatment-as-usual*-conditie de effectiviteit van het behandelprogramma aan bij vrouwen met een PTSS na vroegkinderlijk seksueel misbruik. De behandeling, die enerzijds geprotocolleerd is en anderzijds aansluit bij de persoonlijke problematiek en doelen van de cliënt, wordt geïllustreerd met casuïstiek. Maaïke en Klaas, twee cliënten met een lange psychiatrische voorgeschiedenis, profiteerden van deze geïntegreerde behandelvorm. Zij kampten naast een ernstige PTSS, ontstaan na vroegkinderlijk trauma, met heel uiteenlopende comorbide klachten. Klinische DGT-PTSS is onderdeel van recente ontwikkelingen in het traumaveld en past binnen het brede behandelaanbod in Nederland voor cliënten met ernstige traumagerelateerde klachten.

Trefwoorden: posttraumatische-stressstoornis (PTSS), dialectische gedrags therapie (DGT), traumabehandeling, borderline-persoonlijkheidsstoornis

Kernboodschappen voor de klinische praktijk

- Klinische DGT-PTSS combineert dialectische gedragstherapie met traumabehandeling en richt zich op cliënten met een ernstige PTSS en comorbide problematiek.
- Het geïntegreerde behandelprogramma is geprotocolleerd en sluit tegelijkertijd aan bij de casusconceptualisatie van individuele cliënten.
- Klinische DGT-PTSS is een landelijk behandelaanbod dat relatief recent ont-wikkeld werd.

Dit artikel is oorspronkelijk gepubliceerd in het Tijdschrift voor Gedragstherapie, bij Uitgeverij Boom.

https://www.tijdschriftgedragstherapie.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/TG-2024-0-5/Klinische-traumabehandeling-in-combinatie-met-dialectische-gedragstherapie

Inleiding

‘Een hels traject, waardoor ik beter weet wie ik ben.’ Een treffende opmerking van Maaïke tijdens de evaluatie van haar behandeling op de Traumaverwerkingskliniek, waar we dialectische gedragstherapie (DGT) combineren met traumagerichte behandeling. Deze combinatie past uitstekend in het gedachtegoed van DGT: interveniëren op één onderdeel is pas zinvol als de brede context van de cliënt wordt meegenomen.

In dit artikel bespreken we eerst kort de ontwikkeling in het denken over effectieve en efficiënte behandelingen voor PTSS en emotieregulatieproblemen na vroegkinderlijke traumatisering. Vervolgens bespreken we de theorie achter DGT. Ten slotte illustreren we aan de hand van casuïstiek de huidige werkwijze van het klinische DGT-PTSS-programma in de Trauma-verwerkingskliniek van GGZ Friesland.

Ontwikkelingen in de behandeling voor ptss en emotieregulatieproblemen

Het traumalandschap in Nederland wordt gekenmerkt door een diversiteit aan behandelsettings en behandelvormen, en door een grote verscheidenheid aan traumagerelateerde klachten. Er zijn ontwikkelingen die de behandeluitkomsten verder kunnen verbeteren voor cliënten met een PTSS na (herhaaldelijk) vroegkinderlijk trauma en comorbide problematiek die onvoldoende opknappen of voortijdig uitvallen uit reguliere behandelingen. Recente onderzoeken naar cognitieve therapie, *cognitive processing therapy* (CPT) en *prolonged exposure* (PE) laten bijvoorbeeld zien dat wanneer sessies kort op elkaar volgen, PTSS-klachten vlotter afnemen (Ehlers et al., 2014; Gutner et al., 2016). Ook de IMPACT-trial in Nederland toonde aan dat het intensiever aanbieden van imaginaire exposure (IE) leidde tot een snellere afname van klachten (Opriel et al., 2021). De mate waarin de klachten afnemen was vergelijkbaar met wekelijkse IE-sessies, en met de combinatie van Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR) en IE. In een systematische review van hoofdzakelijk observationele studies lijken kortdurende, intensieve programma's waarin minstens twee traumagerichte sessies per week aangeboden worden voor verschillende doelgroepen effectief te zijn (Sciarrino et al., 2020). Ook toont deze review aan dat de drop-out tijdens deze intensieve behandelingen een stuk lager ligt dan bij een minder intensieve poliklinische behandeling (5,5% berekend over vijf studies, vergeleken met 18% tot 39% in voorgaande studies). Een andere ontwikkeling is het combineren van persoonlijkheids- en traumagerichte behandeling, zoals schematherapie met EMDR (Driessen & ten Broeke, 2014) of DGT gecombineerd met traumagerichte behandeling. In een pilot randomized controlled trial (RCT) werd poliklinische DGT vergeleken met DGT in combinatie met IE en exposure in vivo bij cliënten ($n = 26$) met PTSS en een borderline-persoonlijkheidsstoornis (Harned et al., 2014). De combinatie van deze behandelvormen bleek het meest effectief in het verminderen van zowel PTSS-klachten, zelfbeschadigend gedrag als suïcidaliteit. Een recente RCT bij een grotere groep patiënten ($n = 193$) toonde aan dat zowel de combinatie van poliklinische DGT en exposure als CPT bij vrouwen met PTSS-klachten gerelateerd aan vroegkinderlijk fysiek of seksueel geweld effectief waren in het verminderen

van PTSS-klachten (Bohus et al., 2020). In deze studie leidde DGT met exposure vaker tot remissie van de PTSS en was de drop-out lager (25,5% vs. 39%) dan in de CPT-groep. Bohus en collega's (2013) ontwikkelden in Duitsland een 12 weken durend klinisch behandelprogramma (DGT-PTSS). In een RCT vergeleken ze de behandeling met een treatment-as-usual-conditie en bleek DGT-PTSS wederom effectief bij vrouwen met PTSS na vroegkinderlijk seksueel misbruik. Hoewel effectiviteit ten opzichte van een wachtlijst niet heel veelzeggend is, kan worden gesteld dat DGT-PTSS goede resultaten heeft laten zien voor cliënten met en zonder comorbide borderline-persoonlijkheidsstoornis. Deze indicatie voor effectiviteit deed GGZ Friesland in 2014 besluiten om te starten met dit programma, waarbij professor Bohus het behandelteam trainde.

Dialectische gedragstherapie in een notendop

Marsha Linehan (2002) ontwikkelde DGT als behandeling voor cliënten met ernstige suïcidaliteit en borderline-persoonlijkheidsproblematiek. Inmiddels hebben ruim 35 RCT's de positieve behandelresultaten van DGT aangetoond (Harned, 2022), zoals verscheidene recente meta-analyses laten zien (onder andere: DeCou et al., 2019; Panos et al., 2014; Storebø et al., 2020). DGT is oorspronkelijk een poliklinische behandeling, met vier belangrijke pijlers: (1) individuele therapie, (2) groepsvaardigheidstraining, (3) 24-uurs telefonische consultatie, en (4) een consultatieteam (DGT-intervisie) voor therapeuten. De groepsvaardigheidstraining bevat vier modules: (1) mindfulness, (2) intermenselijke effectiviteit, (3) emotieregulatie, en (4) frustratietolerantie (Linehan, 2016). Vanwege de grote hectiek in het leven van mensen met borderline-persoonlijkheidsproblematiek kennen DGT-behandelssessies een hiërarchie in de onderwerpen die aan bod komen: een sessie begint na een mindfulnessoefening altijd met aandacht voor eventuele levensbedreigende gedragingen, zoals suïcidaliteit en zelfbeschadigend gedrag; vervolgens komt therapieverstorend gedrag aan bod, zoals te laat komen of afgesproken huiswerk niet doen; de volgende en laatste in de rij zijn gedragingen die de kwaliteit van leven van de cliënt in de weg staan, zoals comorbide problematiek of meer praktische problemen, zoals schulden of huisvestingsproblemen (van Dijk, 2013). Deze hiërarchie geeft zowel de cliënt als de hulpverlener structuur. De genoemde gedragingen worden geanalyseerd met behulp van een 'ketenanalyse', waarin de cliënt zo precies mogelijk de keten van gebeurtenissen beschrijft tussen de eerste trigger en het uiteindelijke gedrag, de positieve en negatieve gevolgen van het gedrag, en hoe het in de toekomst kan worden voorkomen. DGT is bij uitstek een gedragstherapie waarin het aanleren van nieuwe vaardigheden en het inzetten van nieuw gedrag centraal staat. Het is zodoende van meerwaarde in de verwerking van traumatische gebeurtenissen uit het verleden, omdat de cliënt tegelijkertijd vaardiger wordt in het inzetten van niet-traumagerelateerd gedrag. De inhoud van de DGT-behandeling en de houding van de DGT-therapeut komen onder andere voort uit twee belangrijke uitgangspunten. Allereerst is dat de *biosociale theorie*. Deze theorie geeft weer hoe kinderen met een kwetsbare predispositie die opgroeien in een omgeving waarin structureel invaliderend op hun emoties wordt gereageerd emotieregulatieproblemen kunnen ontwikkelen (Linehan, 2016).

Het tweede belangrijke uitgangspunt van DGT is de *dialectiek*. Linehan (2002) omschrijft de dialectiek als een filosofisch wereldbeeld dat uitgaat van een doorlopend veranderende werkelijkheid, waarin alles met elkaar verbonden is. Volgens de dialectiek bestaat er nooit slechts één kant aan een situatie of ervaring; iets is nooit zwart-wit. Er is niet één oplossing de beste, maar juist door de tegenstellingen naast elkaar te leggen, ontstaan er nieuwe ideeën en oplossingen (van Dijk, 2013).

Het gedachtegoed achter DGT is bepalend voor de attitude van de DGT-therapeut naar cliënten en collega's (Linehan, 2016). Vanuit haar ervaring met suïcidale cliënten beschrijft Linehan (2002) de therapeutische relatie als essentieel binnen de behandeling. Een achttal veronderstellingen helpt de DGT-therapeut om niet bevooroordeeld te zijn en komt de relatie met de cliënt ten goede (zie box 1). Om een constructieve therapeutische relatie op te bouwen is het van belang dat de therapeut al deze veronderstellingen ter harte neemt.

Box 1: de acht basisveronderstellingen uit dgt (linehan, 2002)

- Cliënten doen wat ze kunnen.
- Cliënten hebben de wil om beter te worden.
- Cliënten moeten harder werken, gemotiveerder zijn voor verandering en nog meer hun best doen.
- Ook wanneer cliënten hun problemen niet zelf hebben veroorzaakt, zijn zij degenen die ze moeten oplossen.
- Voor cliënten met borderlineproblematiek (en suïcidaliteit) voelt het leven op dit moment onverdraaglijk.
- In alle essentiële contexten moeten cliënten nieuw gedrag aanleren.
- Cliënten kunnen niet falen in de behandeling (mogelijk sloten de therapie of behandelaar onvoldoende aan).
- Voor therapeuten die werken met cliënten met borderlinepersoonlijkheidsproblematiek en suïcidaliteit is steun nodig.

Behandelprogramma van de klinische dgt-ptss

In het DGT-PTSS-behandelprogramma van de Traumaverwerkingskliniek bij GGZ Friesland komen cliënten in behandeling met zowel een PTSS, meestal ten gevolge van meervoudige vroegkinderlijke traumatisering, als met emotieregulatieproblemen (denk aan: eetproblemen, zelfbeschadiging, suïcidaliteit, dwangklachten). Zij krijgen een klinische opname van 12 weken, waarbij er enerzijds traumaverwerking met behulp van imaginaire exposure (en optioneel EMDR) wordt ingezet, en anderzijds emotieregulatievaardigheden worden aangeleerd met behulp van DGT. Twee van deze cliënten zijn 'Maaïke' en 'Klaas'. Hun namen zijn gefingeerd; beide cliënten gaven mondeling en schriftelijk toestemming voor de publicatie van dit artikel. Via hun behandeling geven we een kijkje in de keuken van dit behandelprogramma door de ogen van de therapeut.

Casus Maaïke (1)

Maaïke meldt zich voor een intakegesprek bij de Traumaverwerkingskliniek. Ze is eerder behandeld voor haar eetstoornis en werd vanuit de afdeling eetstoornissen verwezen naar de Traumaverwerkingskliniek voor het klinische DGT-PTSS-programma. Zij is 26 jaar en worstelt met herbelevingen en overspoelende emoties. Om haar hevige emoties te dempen, gebruikt ze dagelijks cannabis, sport ze overmatig en eet ze te weinig. Er is sprake van een PTSS (dissociatief subtype), kenmerken van een borderline-persoonlijkheidsstoornis, emotieregulatieproblemen, cannabisgebruik, een restrictief eetpatroon en eenzaamheid. In haar voorgeschiedenis kreeg zij te maken met vroegkinderlijk seksueel misbruik, fysieke mishandeling binnen het gezin en affectieve verwaarlozing. Op 16-jarige leeftijd verhuisde zij naar een pleeggezin. Zij had vervolgens meerdere relaties waarin zij seksueel misbruikt en fysiek mishandeld werd. Ze werd in het verleden meerdere malen verwezen voor intensieve persoonlijkheidsbehandeling, maar zag daarvan af om zich te kunnen richten op het volgen van een opleiding. Deze opleiding rondde zij echter niet af. Op dit moment heeft ze een prettige relatie, waarin haar grenzen gerespecteerd worden. Nu er meer rust in haar leven is, wil ze graag behandeling. Door de meegemaakte traumata is zij ervan overtuigd dat ze er alleen voor staat in het leven en dat anderen misbruik van haar maken als zij zich kwetsbaar toont. Ze stelt hoge eisen aan zichzelf en ze is perfectionistisch ingesteld. Dat maakt haar tegelijkertijd ook een doorzetter. Haar krachtbronnen zijn onder andere haar intelligentie, haar liefde voor dieren en momenteel de gezonde relatie met haar partner. Ze is gemotiveerd voor behandeling. Ze geeft aan deze investering te willen doen om zich vervolgens opnieuw te kunnen oriënteren op werk en opleiding.

Maaïke zit tegenover me. Ik zie een kleine, jonge vrouw, die goed uit haar woorden komt en mij een stevige handdruk geeft. Ze verdwijnt bijna in de grote fauteuil. Toch maakt ze een sterke indruk. De woorden die ze kiest en de duidelijkheid waarmee ze haar verhaal vertelt, geven haar iets krachtigs. Ze weet wat ze wil. Tegelijkertijd geeft ze mij het gevoel dat ik niet te dicht bij haar mag komen. Ik ben onder de indruk van de forse traumatisering en verwaarlozing die ze heeft moeten meemaken. Als ik wat meer doorvraag naar haar gevoel, zie ik haar trillen. Als het gaat om deze heftige emoties, komen de woorden niet meer vanzelf. Zoekend naar woorden en soms stotterend probeert ze woorden te geven aan haar gevoel. Haar doelen? 'Ik wil grip krijgen op mijn herbelevingen, en minder gespannen en schrikachtig door het leven gaan' en: 'Ik wil ook op seksueel gebied kunnen genieten van mijn relatie en mij minder alleen voelen.'

Casus Klaas (1)

Klaas is 50 jaar als hij met forse PTSS-klachten, cluster B persoonlijkheidsproblematiek, emotieregulatieproblemen, alcoholmisbruik en een conversiestoornis in de vorm van pseudo-epileptische aanvallen verwezen wordt naar het klinische DGT-PTSS-programma. Voorgaande behandelingen in zijn leven richtten zich op de eerder gestelde borderline-persoonlijkheidsstoornis met narcistische trekken. Klaas leerde om bij oplopende gevoelens van agressie van anderen weg te lopen. Hij bouwde zijn alcoholgebruik af, maar zijn lijdensdruk bleef hoog en zijn PTSS-klachten werden zichtbaarder. In de voorgeschiedenis is er sprake van seksueel misbruik door verschillende daders, jarenlange ernstige fysieke mishandeling, emotionele mishandeling en verwaarlozing door zowel zijn biologische ouders, als in het kindertehuis en in een pleeggezin. Ook heeft hij een pestverleden. Vanaf zijn achttiende kwam Klaas in het criminele circuit terecht, waarna hij voor meerdere delicten in detentie zat. Hij was getuige van fysiek geweld, waaronder de mishandeling van een goede bekende met dodelijke afloop en de suïcide van een medegevangene. Ook gebruikte hij zelf fysiek geweld.

‘Klinische behandeling is wat anders dan detentie.’ Ik heb Klaas aan de telefoon en we bespreken zijn mogelijke deelname aan het behandelprogramma. Klaas meldde zich in het weekend bij de crisisdienst. Hij heeft veel alcohol gedronken en weet niet meer hoe hij zijn spanning moet hanteren. Ik bel hem hierover na het weekend op. Ik wil graag begrijpen waarom hij juist dit weekend contact opnam met de crisisdienst. Klaas vertelt dat hij erg gespannen is voor de behandeling. Als ik hierop doorvraag, vertelt hij dat hij het gevoel heeft dat hij zich vrijwillig laat opsluiten, terwijl hij niets heeft gedaan. Ik hoor de spanning in zijn stem en vraag door over dit gevoel. Klaas denkt dat het komt door zijn periode in detentie. Ik hoop dat hij de behandeling aangaat, omdat ik denk dat hij er veel baat bij kan hebben. Tegelijkertijd heb ik in mijn achterhoofd dat hij degene is die zich moet committeren aan het behandelprogramma. Gaandeweg zakt zijn spanning en hoor ik hem met meer vastberadenheid zeggen dat hij de behandeling echt wil. Als ik ophang, heb ik er vertrouwen in dat ik Klaas de volgende dag mag verwelkomen.

Klaas verwoordt tijdens het opnamegesprek zijn hulpvraag: ‘Ik wil graag minder last hebben van nachtmerries, herbelevingen en pseudo-epileptische aanvallen. Ook wil ik leren met boosheid om te gaan zonder agressief te worden en de controle te verliezen. Ik wil angst en verdriet durven voelen en uiten.’

In gesprek met Klaas wordt verder duidelijk dat hij ervan overtuigd is dat anderen niet te vertrouwen zijn en dat mensen misbruik van hem zullen maken als hij kwetsbaar is. Hij leerde als kind zichzelf te beschermen door net zo lang te vechten tot de ander uitgeschakeld was. Tot slot gelooft hij dat hij er zelf niet toe doet. Hij leerde om emoties als angst, verdriet, schaamte en schuld weg te drukken of ze om te zetten in boosheid en agressie. Tegelijkertijd is hij bang om de controle over zijn boosheid en agressie te verliezen. Hij verdooft emoties met alcohol en cannabis, door voortdurend bezig te blijven en het uiterste van zichzelf te vragen. Vermoeidheid of pijn voelt hij niet. Ik hoop dat Klaas zijn strijdlust en doorzettingsvermogen kan aanwenden voor de behandeling. Hij is gemotiveerd voor behandeling, is toekomstgericht en weet ondanks alles te kijken naar de positieve dingen in zijn leven (het contact met zijn kinderen, hobby's en een opleiding die hij mogelijk wil volgen na behandeling). Tot slot: Klaas zit in de Ziektewet, heeft door zijn alcoholgebruik leverproblemen, en heeft weinig steun en sociale contacten.

Klinische dgt-ptss: het behandelproces

Als er, zoals bij Maaïke en Klaas, sprake is van complexe problematiek, is het opstellen van een goede casusconceptualisatie essentieel. In de kliniek doen we dit samen met de cliënt en stellen we vervolgens samen een behandelplan op. Na de intake- en diagnostiekfase vindt er voor de start van de behandeling een commitmentgesprek plaats. Een belangrijk principe binnen de DGT en de klinische DGT-PTSS is commitment: werkelijke verbondenheid aan de therapiedoelen, en duidelijkheid en afstemming over de wederzijdse verwachtingen. We gaan ervan uit dat cliënten gemotiveerd zijn, maar zeker bij dit type problematiek verwachten we dat die motivatie onder druk komt.

8 te staan en cliënten ondanks deze motivatie nog een stapje extra moeten zetten om de behandeling tot een succes te maken. Dit is conform een van de acht veronderstellingen uit box 1: cliënten moeten beter hun best doen, harder werken en gemotiveerder zijn voor verandering.

Casus Maaïke (2)

Tijdens het commitmentgesprek met Maaïke komt haar moeite met eten en haar overmatig sporten aan de orde. We bespreken het belang om dit in de behandeling aan te pakken en haar bereidheid hiertoe. Maaïke geeft aan hier absoluut aan te willen werken, maar niet telkens eetlijsten in te willen vullen. Ik ga daarmee akkoord. Het is immers geen behandeling voor eetproblemen. ‘Wat ga je dan doen om voldoende te eten, zodat je deze therapie goed kunt volgen?’ Maaïke geeft aan ons op te zoeken om zich te laten coachen als ze zich niet houdt aan haar eetlijst (die ze eerder met collega’s van de afdeling eetstoornissen heeft opgesteld). Een prima voorstel wat mij betreft. Ik geef hierbij aan dat we dan een ontbrekende-schakelanalyse kunnen gebruiken om te onderzoeken waarom het niet gelukt is om voldoende te eten en wat er mogelijk in de keten van ervaringen ontbreekt om nieuw gedrag in te zetten. Voor mij als therapeut kan het adviseren van een analyse lastig zijn. Je wilt cliënten immers leren om gedrag te onderzoeken en hun niet het idee geven dat ze het niet goed doen. Zeker niet bij een cliënt als Maaïke, die al zulke hoge eisen aan zichzelf stelt. De analyse roept aanvankelijk frustratie op bij Maaïke: ‘Moet ik dan nog meer mijn best doen? Het is al zoveel!’ Ik snap haar reactie en zeg: ‘Ik kan me goed voorstellen dat het lastig is om nieuw gedrag in te zetten. Waar had je dat in jouw verleden moeten leren?’ Maaïke blijft even stil en reageert dan: ‘Ik vind jou maar vies lief.’ Ik glimlach en geef aan: ‘Dat lijkt mij ook heel onwennig. Laten we samen zoeken naar wat je nu nodig hebt om vriendelijker met jezelf om te gaan als je zoveel hevige emoties voelt.’

Als cliënten geïndiceerd zijn voor en gecommitteerd aan de klinische DGT-PTSS-behandeling, kunnen zij deelnemen aan het programma. De DGT-PTSS-behandeling bij GGZ Friesland is een 12 weken durend programma, dat in drie fasen is verdeeld. Cliënten krijgen een aantal vaste modules aangeboden en kiezen daarnaast een aantal optionele modules, zoals beschreven in tabel 1. De nadruk in de individuele therapie ligt op het behandelen van de PTSS, maar naast meer symptoomgerichte doelen werken cliënten ook aan persoonlijke en herstelgerichte doelen.

Fase 1 bestaat de eerste 2 weken van de behandeling. Hierin stelt de cliënt met behulp van de behandelaar een behandelplan op, met persoonlijke doelen aan de hand van zijn of haar eigen waarden. Verder schrijven cliënten in fase 1 een biografie, stellen ze een levenslijn op en wordt het indextrauma bepaald (het cluster van traumatische ervaringen waardoor de cliënt de meeste klachten ervaart).

Tabel 1 *Overzicht van de modules gedurende de drie fasen van klinische DGT-PTSS*

Individueel	Groep
Individuele therapie (inclusief IE)^{2,3} Exposure in vivo^{2,3,*} DGT-dagboekbespreking ^{1,2,3} Mindfulness ^{1,2,3} Mentorgesprek ^{1,2,3} Systeemtherapie ^{1,2,3} Psychomotorische therapie ^{2,3,*} Beeldende therapie: nachtmerrietraïning ^{2,3,*} Contact met ervaringsdeskundige ^{1,2,3}	Skillstraining – basis ^{1,2} en expert ^{2,3} Psycho-educatie ^{1,2} Eigenwaarde ^{2,3,*} Beeldende therapie ^{1,2,3} Het leven veroveren ^{2,3} Psychomotorische therapie ^{1,2,3} Sportmodules: ► Mindful bewegen ^{1,2,3} ► Ochtendsport ^{1,2,3} ► Krachttraining ^{1,2} ► Escrima <i>martial arts</i> ^{1,2,3} ► Sportgroep voor allen ^{1,2,3} ► Zelfverdediging ^{*,1,2,3}

Noot. ¹ = Behandelfase 1; ² = Behandelfase 2; ³ = Behandelfase 3; * = Facultatieve module.

We kijken een stukje mee bij een sessie van Klaas. De doelen die Maaïke en Klaas samen met hun behandelaar hebben opgesteld, zijn weergegeven in tabel 2. Deze doelen schrijven Maaïke en Klaas vervolgens SMART uit. Klaas bedacht bij zijn doel om anderen meer te durven vertrouwen dat hij de klimwand wilde beklimmen met een man (de psychomotorisch therapeut) die hem zekert.

Casus Klaas (2)

Klaas leest me zijn uitgebreid beschreven biografie voor. Het valt mij op dat hij over het algemeen de moeilijke situaties niet uit de weg is gegaan, maar dat hij niets heeft geschreven over het seksueel misbruik dat hem als jong kind is overkomen. Ik complimenteer hem met zijn uitgebreide schrijven en het dapper voorlezen van zijn biografie. Dan bespreek ik met Klaas dat hij niets geschreven heeft over het misbruik. Klaas zegt dat hij niet goed weet waarom hij het misbruik onbesproken liet. Als ik vraag of hij het wellicht vermijdt, geeft hij aan dat hij niet denkt dat dit het geval is. Om tot het bepalen van het indextrauma te komen, bespreken we op welke manier hij nu last heeft van het seksueel misbruik. Hij heeft er geen intrusieve symptomen van, maar het lijkt wel veel effect te hebben gehad op zijn cognities. Hij is er onder andere door gaan geloven dat 'mensen niet te vertrouwen zijn', 'ik er niet toe doe', 'anderen mij zien als een gebruiksvoorwerp' en dat 'als ik mij kwetsbaar

opstel, mensen daar misbruik van maken'. Klaas vertelt de meeste PTSS-symptomen te hebben van de jarenlange, ernstige mishandeling door zijn vader. Daarom besluiten we de imaginaire-exposuresessies hierop te gaan richten.

Tabel 2 *Globale weergave van de persoonlijke doelen van Maaïke en Klaas*

Persoonlijke doelen van Maaïke	Persoonlijke doelen van Klaas
Hoofddoel: Afname PTSS-klachten Subdoelen/persoonlijke doelen: ▶ Geen drugs meer gebruiken ▶ Opleiding starten na behandeling ▶ Meer intimiteit met partner ▶ Meer verbinding maken met kennis-vrienden ▶ Mijzelf kwetsbaar opstellen in belangrijke vriendschappelijke contacten ▶ Lief zijn voor mijn lichaam door aangename activiteiten in te plannen	Hoofddoel: Afname PTSS-klachten Subdoelen/persoonlijke doelen: ▶ Irritatie en boosheid uiten op acceptabele manier ▶ Kwetsbare emoties toelaten en uiten ▶ Hulp vragen ▶ Anderen meer vertrouwen ▶ Gezonder leven (regelmatig en gezond eten, sporten en stoppen met alcohol) ▶ Starten met een opleiding ▶ Tijd besteden aan kinderen, partner en hobby's ▶ Sociaal netwerk uitbouwen

Aan het einde van de tweede week presenteert de cliënt aan het behandelteam in het kort wat zijn indextrauma en persoonlijk behandelplan zijn. Op dat moment wordt bekeken of de cliënt daadwerkelijk zover is om aan de tweede fase van de traumaverwerking te beginnen. Een heel enkele keer wordt besloten om de eerste fase met een week te verlengen of dat iemand toch stopt met de behandeling. Redenen hiervoor hebben vaak te maken met de motivatie voor de behandeling of de aanwezigheid van praktische belemmeringen waardoor de timing van het traject toch niet passend is. Het team let op of de cliënt in staat is vermijding te doorbreken en vaardigheden in te zetten om te zorgen dat er voldoende contact met het hier-en-nu blijft.

Casus Klaas (3)

Als Klaas zijn indextrauma en behandelplan aan het team presenteert, vertelt hij over zijn meest heftige herinnering aan het fysieke geweld door zijn vader. Het is de herinnering waar hij de meeste nachtmerries en herbelevingen van heeft. Hij vertelt dat zijn vader hem ooit probeerde te wurgen, maar dat Klaas uiteindelijk de overhand kreeg en zijn vader bewusteloos sloeg. Hij dacht hem te hebben vermoord. Tijdens het vertellen let hij op zijn ademhaling en zet hij een paar keer zijn voeten stevig op de grond, om het contact met het hier-en-nu vast te houden. Ik zie dat de spanning bij Klaas hoog is. Zijn handen en benen trillen. De collega's van het team complimenteren Klaas met hoe hij vertelt over de gebeurtenis, zonder de moeilijke

momenten en woorden te schuwen. Dit lijkt hem goed te doen. Klaas laat ook zien wat zijn persoonlijke waarden, doelen en gekozen behandelmodules zijn.

De voorzitter van het behandelteam valideert de inspanning van Klaas in het aangaan van deze spannende situatie en het presenteren van zijn persoonlijk behandelplan. De complimenten doen Klaas zichtbaar goed. Vervolgens laten alle leden van het behandelteam aan Klaas weten op welke manier zij kunnen bijdragen aan zijn behandeltraject. Klaas is klaar voor het volgende deel van de behandeling. We wensen hem veel succes bij het vervolg.

In de tweede fase (week 3 tot en met 10) staat traumaverwerking centraal, waarbij tweemaal per week een imaginaire-exposuresessie plaatsvindt. Op de overige dagen luisteren cliënten de opnamen terug. De casus geeft een voorbeeld van wat Klaas ervoer tijdens een imaginaire-exposuresessie.

Casus Klaas (4)

Klaas is bang om tijdens de exposure de controle over zijn boosheid te verliezen en agressief te worden. Hij vertelt mij dat hij weleens verbaal agressief en fysiek bedreigend is geweest tegenover een mannelijke therapeut die voor Klaas te snel ging. Klaas wil dit te allen tijde voorkomen. Naast de hoge spanning die Klaas voelt voorafgaand en tijdens de eerste exposuresessies, voel ik in eerste instantie ook enige spanning. Hoewel Klaas al een aantal vaardigheden geleerd heeft en ik Klaas vertrouw in zijn wil om niet agressief naar mij te worden, ken ik ook zijn voorgeschiedenis. Deze aarzeling breng ik tijdens een consultatieteam in, zodat ik Klaas goed kan blijven coachen. Gaandeweg de sessies voelt Klaas boosheid zonder agressief te worden en voelt hij de voor hem kwetsbare emoties, zoals angst, verdriet en machteloosheid. Hij durft dit steeds meer te laten zien in het bijzijn van verschillende behandelaren en toetst op die manier zijn overtuigingen over zichzelf en anderen aan de realiteit. In plaats van straffend te zijn of misbruik van hem te maken, exploreren en valideren de behandelaren zijn emoties. Hij hoeft zijn emoties niet weg te maken, zoals hij in zijn leven leerde.

Tijdens een van de exposuresessies heeft Klaas het gevoel te stikken op het moment dat hij bij het moment van wurgen komt. Hij voelt ongeloof en verdriet over het feit dat hij als 16-jarige jongen berustte in de verwachting dood te gaan op het moment dat zijn vader hem probeerde te wurgen: 'Dan was ik van alle ellende af.' Aan de ene kant komen negatieve cognities op over het uiten van kwetsbare emoties: 'Ik ben zwak' en: 'Ik mag niet zwak zijn, maar ik moet vechten.' Aan de andere kant krijgt Klaas meer compassie voor zichzelf wanneer hij zich realiseert dat hij zich als jonge jongen zo diep ellendig voelde dat hij het niet erg vond als hij er niet meer zou zijn.

Indien nodig worden cognitieve technieken toegevoegd om hardnekkige kerncognities die verwerking in de weg staan, te bewerken. Dit was het geval bij Maaike.

Casus Maaïke (3)

Maaïke heeft over het seksueel misbruik door haar vader veel zelfverwijt. Hierdoor zijn andere emoties nauwelijks toegankelijk en keurt zij die sterk af. Door het uitdagen van haar schuldgedachten middels de socratische dialoog en het schrijven van een onschuldig pleidooi lukt het haar om haar angst te voelen en ook het gigantische verdriet toe te laten over wat ze gemist heeft bij haar vader. Het is begrijpelijk dat ze graag gezien wilde worden door haar vader en dat daardoor het misbruik ook een dubbele lading heeft.

In het consultatieteam laat ik mij bevragen of ik me niet te veel laat afleiden door het zelfverwijt van Maaïke en daarmee juist de traumaverwerking uit het oog verlies. Ik realiseer mij door de kritische vragen van een collega dat ik niet aan het vermijden ben, maar dat dit precies het snijvlak is bij deze complexe doelgroep van mensen met trauma en persoonlijkheidsproblematiek waarvoor cliënten naar deze behandeling komen.

Ook andere therapeutische technieken kunnen toegevoegd worden als de behandelaars inschatten dat het past binnen het behandeltraject van de client, zoals een schrijfp opdracht (bijvoorbeeld een boze brief) of imaginaire rescripting, zoals bij Maaïke.

Casus Maaïke (4)

Wanneer ik in het beeld stap en Maaïke weghaal bij haar vader, en opkom voor haar intense behoefte dat haar vader haar gewoon aardig vindt zonder dat ze er iets voor hoeft te doen, stromen de tranen over haar wangen. Na de oefening gaf Maaïke aan: 'Ik weet dat het niet echt zo is gegaan, maar wat zou dat fijn zijn geweest. Dat had ik zo graag gewild!'

Verder maken cliënten tijdens de behandeling ketenanalyses om hun therapieverstorend gedrag in kaart te brengen.

Casus Klaas (5)

Klaas vult een ketenanalyse in van een situatie waarin hij een pseudo-epileptische aanval krijgt, om meer te begrijpen waardoor die aanvallen in gang worden gezet en wat dan helpend gedrag is. Vanuit zijn overtuiging dat hij 'moet vechten tot hij erbij neervalt', werkt hij binnen de behandeling zo hard tot hij niet meer kan. Dit kan dan uitlopen op een pseudo-epileptische aanval. Door het invullen van de ketenanalyse realiseert Klaas zich dat zijn spanning sneller oploopt dan hij denkt en dat als hij dit eerder leert opmerken, hij er op een eerder moment naar kan handelen.

In de negende week vertelt de cliënt aan het behandelteam hoever hij of zij is met traumaverwerking, evalueert de cliënt met het team in welke mate de doelen zijn behaald en wat aandachtspunten voor het vervolg zijn. Dit 'negenwekenteam' wordt afgerond met het 'kralenritueel'. Ieder aanwezig teamlid geeft de cliënt een kraal en geeft aan waar de kraal voor staat. Dit kunnen bijvoorbeeld krachtige eigenschappen van de cliënt zijn, die hij of zij kan inzetten in de toekomst, of juist wat de cliënt nog meer gegund is, zoals zelfcompassie. De casus beschrijft de evaluatie van Maaïke tijdens het 'negenwekenteam'.

Casus Maaïke (5)

Alle collega's die op de vrijdag werken zijn aanwezig in de ruimte voor beeldende therapie, waar wij aan grote tafels zitten. Maaïke en ik komen samen binnen. Ik hang haar persoonlijke doelenformulier op een bord, zodat iedereen de doelen kan lezen. Samen gaan we voor de groep zitten. Als Maaïke gevraagd wordt te vertellen waar ze allemaal aan heeft gewerkt, gaat ze staan. Ik zie haar stevig met beide benen op de grond staan. Ze vertelt de groep behandelaren met een trotse blik wat haar gelukt is in de therapie. Zo is het haar gelukt om haar angstige verwachtingen uit te dagen, namelijk dat zij gek zou worden als ze de traumaherinnering echt onder ogen ziet. Het inzetten van skills (onder andere een skippybal) helpt haar om spanning te verdragen, waardoor ze voor het eerst ruimte voelt voor haar verdriet en gemis. Als ze dit vertelt, zie ik haar ogen waterig worden. Dapper om te zien hoe ze dat laat gebeuren en even stevig voor ons blijft staan. Ze vertelt: 'Ik ben niet alleen de confrontatie aangegaan met mijn trauma, maar het is mij zelfs ook gelukt om mijn boosheid naar de juiste mensen te richten en niet meer mezelf kapot te maken.' Als ik om mij heen kijk, zie ik trotse collega's die net als ik met bewondering aan het luisteren zijn.

Maaïkes PTSS-klachten zijn afgenomen. Nu wil ze de laatste weken gebruiken om in de systeemtherapie meer verbinding met haar partner en haar schoonfamilie te ervaren, maar ook te kijken naar wat ze wil op het gebied van werk en opleiding. Ik kan het niet laten om aan te vullen dat ze ook geen trek meer heeft in cannabis en meer plezier ervaart in bewegen zonder dat het extreem hoeft te worden. Als belangrijk aandachtspunt voor de toekomst geeft Maaïke aan dat ze wel een sterke lichamelijke vermoeidheid ervaart, die ze nog niet goed kan plaatsen. Ze wil de afrondende ambulante nazorg van de kliniek volgen, om vervolgens de ggz achter zich te laten en zich te richten op werk en opleiding.

Tijdens het kralenritueel geef ik haar een kraal en spreek daarover uit: 'Deze kraal staat voor warmte en kracht. Ik gun je de warmte om bij jezelf stil te blijven staan en de kracht om op je eigen gevoel te vertrouwen in contact met anderen.' Ik zie haar lip een beetje trillen. Ik merk ook een kleine trilling in mijn eigen stem. Het emotioneert haar en mijzelf dan ook enigszins.

De derde, afrondende fase (weken 11 en 12) staat in het teken van radicale acceptatie en integratie van het geleerde in de dagelijkse praktijk. Tijdens deze oefening in de individuele therapie schrijven cliënten op (en spreken dit later tijdens de sessie uit) dat ze erkennen dat ze traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt, welke impact dit op hun leven had en wat ze geleerd hebben over hoe zij ermee om kunnen en willen gaan. De oefening wordt afgerond door naar de toekomst te kijken en uit te spreken waar de cliënt volledig voor gaat in de toekomst. Het idee is dat wanneer iemand in staat is tot radicale acceptatie van zowel het verleden als het directe heden, er gekeken kan worden naar wat hij of zij wil veranderen in de toekomst.

Casus Maaïke (6)

Aan het einde van de individuele therapie spreekt Maaïke haar radicale acceptatie hardop uit: 'Ik erken dat ik in mijn jeugd seksueel misbruikt ben en dat dat mijn leven beïnvloed heeft, in de zin dat mijn angst mijn leven beheerst heeft, ik mijzelf pijn heb gedaan om niet te hoeven voelen en mij teruggetrokken heb uit sociale contacten om niet opnieuw overheerst te worden. Ik kan daar nu anders mee omgaan, omdat ik mij realiseer dat ik vriendelijk naar mezelf kan zijn, in plaats van net zo straffend en kleinerend als mijn ouders. Ik kan het aan om heftige emoties te verdragen en ga ze niet meer actief wegmaken.' Tijdens het uitspreken van haar radicale acceptatie zie ik nog steeds die kleine, maar krachtige vrouw, die nu haar emoties toelaat. Tranen springen in haar ogen. Die hoeven niet langer weggemaakt te worden.

Naast de radicale acceptatie is er in de laatste 2 weken aandacht voor de toekomst en neemt de cliënt afscheid. Ook Klaas sluit zijn behandeling af. Hij neemt afscheid van zijn medecliënten en de behandelaars.

Casus Klaas (6)

Ik ga afscheid nemen van Klaas. We staan stil bij wat hij heeft bereikt. Hij ervaart een sterke daling in PTSS-klachten, en pseudo-epileptische aanvallen doen zich nog maar zelden voor. Een van de dingen waar hij erg trots op is, is het oefenen met vertrouwen stellen in mannen door tijdens de PMT de klimwand te beklimmen en zich te laten zekeren door de mannelijke PMT'er. Klaas heeft nog PTSS-klachten van traumata uit zijn periode in het criminele circuit en zijn detentietijd. Die pakt hij in ambulante behandeling verder op. Klaas heeft meer grip gekregen op zijn boosheid en agressie. Hij vertelt dat het hem hielp om tijdens de individuele PMT te oefenen met gecontroleerd boksen en dat hij conflicten met behandelaars leerde te bespreken, nadat de ergste woede wat was gedaald.

Bij het afscheid zijn Klaas en ik beiden emotioneel geraakt. Klaas vertelt dat hij in het verleden weinig voelde bij dit soort momenten: 'Ik benaderde het zakelijk.' Nu voelt hij verdriet, omdat hij een band heeft durven opbouwen met mij en andere behandelaars, en we nu afscheid van elkaar nemen. Zelf ben ik ontroerd omdat zijn verdriet zijn ontwikkeling gedurende de behandeling illustreert. Klaas staat zich zelf meer toe om emoties te voelen, zonder destructief gedrag in te zetten. Het voelt daarom goed om samen aandacht te schenken aan het afscheid. Tegelijkertijd voel ik ook verdriet, omdat ik afscheid neem van Klaas met wie ik mij als behandelaar verbonden heb gevoeld. Zelf zegt hij over deze periode: 'Dit was de eerste plek waar ik echt kon laten weten hoe het met mij gaat.'

Discussie

De behandeling van cliënten met ernstige PTSS en comorbide problematiek na vroegkinderlijk trauma kan behandelaren voor een uitdaging stellen. Met dit artikel gaven we een kijkje in de keuken van klinische DGT-PTSS, een behandelprogramma dat bedoeld is voor cliënten met juist deze combinatie van klachten. De behandelvorm kent een aantal waardevolle aspecten. Allereerst zijn traumagerichte behandeling en persoonsgerichte behandeling in deze behandelvorm geïntegreerd. De cliënt werkt tegelijkertijd aan PTSS en comorbide klachten. Bij veel cliënten komen deze comorbide klachten, zoals eetproblemen en persoonlijkheidsproblematiek, voort uit hun voorgeschiedenis met vroegkinderlijke traumatisering en verwaarlozing. Verder is het programma enerzijds geprotocolleerd, anderzijds sterk afgestemd op de specifieke hulpvraag, doelen en klachten van de individuele cliënt. Het modulaire karakter van het programma en de onderliggende DGT-principes maken het programma flexibel. Ook zorgen de structuur van het behandelprogramma en de DGT-attitude ervoor dat het gehele behandelteam op een consistente wijze werkt. Om dit te waarborgen, is training van het gehele behandelteam in DGT nodig. Bovendien helpt het consultatieteam de behandelaar om scherp te blijven op de DGT-principes. Ten slotte is de aandacht voor persoonlijk en functioneel herstel een krachtig aspect, naast de focus op symptomatisch herstel.

Cliënt Maaike had al een lange psychiatrische voorgeschiedenis, met behandelingen gericht op ofwel haar eetproblemen ofwel haar persoonlijkheidsproblematiek ofwel haar PTSS. Zij had onvoldoende geprofiteerd van die eerdere behandelingen en het was in haar geval helpend om intensief 12 weken aan de combinatie van klachten te werken. Voor Klaas leken de holding en het behandelkader helpend om belangrijke stappen te zetten in het doorbreken van vermijding en het leren contact te maken met zijn emoties. Hij heeft zijn behandeling poliklinisch vervolgd. Beiden lijken te hebben geprofiteerd van het geïntegreerde karakter van het programma.

De klinische indruk bestaat dat een kleinere groep cliënten *niet* optimaal profiteert van de behandeling. Redenen hiervoor die het behandelteam tegenkomt zijn divers. Ze variëren van fors wantrouwen over hulpverlening tot forse somatische klachten, waardoor het programma niet goed volledig te volgen is. Er loopt wetenschappelijk onderzoek waarin dit nader onder zocht wordt, zodat de indicatiestelling verder kan worden aangescherpt.

Een mogelijk nadeel van klinische DGT-PTSS is dat het protocol uitgaat van IE als traumaverwerkingstechniek, terwijl er meerdere technieken in de GGZ Zorgstandaard (GGZ Standaarden, 2020) beschreven staan als voorkeursbehandeling bij PTSS. De mogelijke voorkeur van de cliënt voor een van deze technieken wordt niet standaard besproken. De flexibiliteit van het programma maakt het overigens wel mogelijk voor het behandelteam en de cliënt om om te schakelen van IE naar bijvoorbeeld EMDR wanneer dit voor de cliënt passender of effectiever lijkt.

Een andere uitdaging in deze geïntegreerde behandelvorm is om een juiste balans te behouden tussen enerzijds effectieve traumaverwerking en anderzijds oog te houden voor comorbide problematiek. Zo zouden de agressieproblemen van Klaas ertoe kunnen leiden dat de behandelaar te voorzichtig wordt in het inzetten van exposure. Dat zou de behandeling van Klaas niet ten goede komen.

Tot slot is een aandachtspunt dat klinische DGT-PTSS gezien moet worden als een intensivering en versnelling van de langer lopende behandeling van PTSS en comorbide persoonlijkheidsproblematiek. Dit betekent dat er nauw moet worden samengewerkt met verwijzende instellingen, wat in de praktijk lastig te realiseren kan zijn.

Uit de beschreven casuïstiek komt het beeld naar voren dat Maaïke en Klaas goed hebben geprofiteerd van dit gecombineerde aanbod. Of zij van een andere behandelsetting, zoals een kortdurende traumagerichte behandeling, net zo goed hadden geprofiteerd, valt niet te zeggen. Uitgaande van de dialectiek bestaat er geen gouden standaard. Anders gezegd: er is geen *one size fits all* voor deze diverse doelgroep. Wetenschappelijk onderzoek naar voorspellers voor therapiesucces kan helpen om beter te kunnen bepalen welke behandeling het beste aansluit bij welke cliënt. Maaïke en Klaas hebben baat gehad bij deze intensieve behandeling, die niet op zichzelf staat, maar die net als kortdurende intensieve traumabehandeling nazorg behoeft. De klinische implicatie hiervan is dat meer samenwerking en overleg tussen verschillende behandelsettings en verwijzers ertoe kan leiden dat we van elkaar kunnen leren en op die manier de meest passende behandelvorm voor iedere specifieke cliënt kunnen vinden.

Concluderend kunnen we stellen dat de verschillende nieuwe behandelvormen die de afgelopen jaren beschikbaar zijn gekomen goed nieuws zijn voor cliënten met ernstige traumagerelateerde problematiek na vroegkinderlijk trauma. Klinische DGT-PTSS is een van die nieuwe behandelingen. Toekomstig onderzoek moet uitwijzen welke behandelvorm het meest geschikt is voor wie, zodat we de middelen die we in de ggz tot onze beschikking hebben zo goed mogelijk kunnen benutten.

Summary

Inpatient trauma focused treatment combined with dialectical behaviour therapy: A look inside a Dutch inpatient DBT-PTSD facility illustrated with two cases Inpatient Dialectical Behavioural Therapy combined with trauma treatment (DBT-PTSD) focuses on clients with severe posttraumatic stress disorder (PTSD) and comorbid complaints. Previous research demonstrated the effectiveness of the treatment program in a randomized controlled trial with a 'treatment as usual' condition in a group of women with a PTSD after childhood sexual abuse. The treatment, which on the one hand is protocolised, and on the other hand adaptable to the individual complaints and treatment goals of the patient, is illustrated with two cases. 'Maaïke' and 'Klaas', two clients with an extensive trauma history and a long psychiatric background, benefitted from this integrated treatment program. Beside a severe PTSD, they suffered from very different forms of comorbid complaints. Inpatient DBT-PTSD is part of recent developments in the trauma field and exists in the treatments on offer for patients with severe trauma related complaints within the Netherlands.

Keywords

posttraumatic stress disorder (PTSD), dialectical behavioural therapy (DBT), trauma treatment, borderline personality disorder

Referenties

- Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedtfeld, I., & Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 221- 233. <https://doi.org/10.1159/000348451>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., Fydrich, T., Kuehner, C., Resick, P. A., Stiglmayr, C., Schmahl, C., & Priebe, K. (2020). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder (DBT-PTSD) compared with cognitive processing therapy (CPT) in complex presentations of PTSD in women survivors of childhood abuse: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 77, 1235-1245. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2148>
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 50, 60-72. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.03.009>
- Driessen, A., & ten Broeke, E. (2014). Schematherapie en EMDR gecombineerd bij complexe traumagerelateerde problematiek. *Gedragstherapie*, 47, 232-249.
- Ehlers, A., Hackmann, A., Grey, N., Wild, J., Liness, S., Albert, I., Deale, A., Stott, R., & Clark, D. M. (2014). A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *The American Journal of Psychiatry*, 171, 294-304. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13040552>
- GGZ Standaarden. (2020). *Psychotrauma en stressorgerelateerde stoornissen* [Zorgstandaard]. www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychotrauma-en-stressorgerelateerde-stoornissen/introductie
- Gutner, C. A., Gallagher, M. W., Baker, A. S., Sloan, D. M., & Resick, P. A. (2016). Time course of treatment dropout in cognitive-behavioral therapies for posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8, 115-121. <https://doi.org/10.1037/tra0000062>
- Harned, M. S. (2022). *Treating trauma in dialectical behavior therapy: The DBT Prolonged Exposure Protocol (DBT PE)*. The Guilford Press.
- Harned, M. S., Korslund, K. E., & Linehan, M. M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 55, 7-17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.01.008>
- Linehan, M. M. (2002). *Dialectische gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis: Theorie en behandeling*. Pearson Benelux.
- Linehan, M. M. (2016). *De DGT vaardigheden: Handleiding voor de vaardigheidstraining dialectische gedragstherapie* (L. M. C. van den Bosch, Nederlandse bewerking). Pearson Assessment and Information.
- Oprel, D. A. C., Hoeboer, C. M., Schoorl, M., de Kleine, R. A., Cloitre, M., Wigard, I. G., van Minnen, A., & van der Does, W. (2021). Effect of prolonged exposure, intensified prolonged exposure and STAIR+ prolonged exposure in patients with PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12, 1851511. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1851511>

- Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014). Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Research on Social Work Practice*, 24, 213-223. <https://doi.org/10.1177/1049731513503047>
- Sciarrino, N. A., Warnecke, A. J., & Teng, E. J. (2020). A systematic review of intensive empirically supported treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 33, 443-454. <https://doi.org/10.1002/jts.22556>
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K., & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD012955. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
- van Dijk, S. (2013). *Dialectische gedragstherapie in de praktijk: Een praktische werkwijzer voor professionals*. Hogrefe Uitgevers.

Tussen praktijk en wetenschap: promotietraject binnen de GGZ

Josien Jonker, onderzoeker bij GGZ Drenthe



Hoe kunnen we passende geestelijke gezondheidszorg bieden aan mensen met een verstandelijke beperking? Die vraag houdt me al jaren bezig, eerst als verpleegkundige, nu als onderzoeker. Ik ben opgeleid als HBO-verpleegkundige en heb daarna de master Zorgwetenschappen afgerond. Aan het begin van mijn promotietraject combineerde ik mijn onderzoekswerk met mijn functie als verpleegkundige, maar inmiddels richt ik me volledig op onderzoek. Die overgang heeft me geholpen om me verder te verdiepen in complexe vraagstukken op de grens van

GGZ en VB zorg, zonder de verbinding met de praktijk te verliezen.

Mijn promotietraject is ontstaan vanuit het project: *Beter af met minder, bewust gebruik van psychofarmaca*, een landelijk programma uitgevoerd door kennisorganisatie Vilans met subsidie van het Ministerie van VWS. Binnen dit project ontstond de mogelijkheid om onderzoek naar psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking uit te voeren en dit uit te bouwen tot een promotietraject.

Waar gaat mijn onderzoek over?

Het centrale thema van mijn promotieonderzoek is: *hoe bevorderen we passend psychofarmacagebruik bij mensen met een verstandelijke beperking?* Het voorschrijven van psychofarmaca aan deze doelgroep is complex en kent veel betrokkenen: artsen, begeleiders, patiënten zelf en hun naasten. Daarom hanteer ik een multistakeholder-perspectief in mijn onderzoek, dat bestaat uit drie onderdelen:

- *Kennis vergroten bij begeleiders*
We ontwikkelden een e-learning om begeleiders van mensen met een verstandelijke beperking meer inzicht te geven in het gebruik van psychofarmaca. De e-learning vergroot bewustwording, helpt signalen beter te herkennen en ondersteunt het gesprek van begeleiders met behandelaren.

- *Toetsingsinstrument voor voorschrijvers*

Samen met inhoudelijk deskundigen ontwikkelden we een toetsingsinstrument dat voorschrijvers ondersteunt bij het passend voorschrijven van psychofarmaca aan mensen met een verstandelijke beperking. Het doel is om overbehandeling te voorkomen en meer bewustwording te creëren.

- *Shared decision making*

In dit deel van het onderzoek kijk ik naar de rol van patiënten, hun naasten en begeleiders bij het voorschrijven van psychofarmaca. Dit gebeurt zowel kwantitatief als kwalitatief. Hoe kunnen we samen beslissingen nemen die passen bij de wensen en behoeften van de patiënt?

Inbedding en ondersteuning

Mijn onderzoek is stevig ingebed binnen GGZ Drenthe, in de onderzoekslijn *Verstandelijke Beperking en Psychiatrie*. Deze lijn maakt deel uit van de Academische Werkplaats Verstandelijke Beperking en Geestelijke Gezondheid, waar ik coördinator van ben. Deze verbindingen zorgen voor een goede aansluiting tussen praktijk, beleid en wetenschap. Daarnaast zorgt de onderzoeksinfrastructuur binnen GGZ Drenthe voor een goede basis voor het uitvoeren van onderzoek. Hierdoor ervaar ik brede ondersteuning: van hulp bij literatuuronderzoek en toegang tot applicaties tot mogelijkheden om te sparren, expertise in te roepen en congressen te bezoeken.

Wat maakt onderzoek doen binnen de GGZ leuk?

Wat ik het mooiste vind aan onderzoek doen binnen de GGZ, is dat je direct impact kunt maken. Je werkt aan vraagstukken die leven in de praktijk en je ziet hoe je onderzoek kan bijdragen aan betere zorg. De samenwerking met collega's uit verschillende disciplines — van psychiaters tot begeleiders — maakt het werk afwisselend en leerzaam. Daarnaast vraagt het onderzoek bij deze doelgroep om creativiteit en maatwerk. Standaardmethoden zijn niet altijd toepasbaar en dat daagt uit tot het verkennen van nieuwe routes.

Wat zijn de uitdagingen?

Eén van de grootste uitdagingen tijdens mijn promotietraject is het combineren van klinisch werk en onderzoek. Zeker in de eerste jaren, waarin ik verpleegkundig en onderzoekswerk combineerde. In de praktijk betekent dat: patiëntenzorg gaat altijd voor, vooral bij crisissituaties. Dat vraagt om duidelijke afspraken over taken en tijdsbesteding. Toen ik volledig overstapte naar onderzoek werd dat iets eenvoudiger, maar het blijft een uitdaging om verschillende taken en projecten te combineren met het promotietraject.

Een andere uitdaging is het includeren van deelnemers. Mensen met een verstandelijke beperking vormen een kwetsbare groep en het vraagt zorgvuldigheid om hen goed te betrekken bij onderzoek. Daarnaast is het soms lastig om alle betrokkenen — van artsen tot begeleiders — op één lijn te krijgen. De VB zorg en GGZ verschillen in cultuur, taal en werkwijze. Als onderzoeker is het nodig om hier rekening mee te houden en dat vraagt flexibiliteit.

Tips voor promovendi in de GGZ

Voor promovendi die hun klinisch werk combineren met onderzoek heb ik een paar tips:

- Zorg voor een goede afbakening van je taken. Maak afspraken over wanneer je onderzoek doet en wanneer je in de praktijk werkt. Dit is belangrijk voor jezelf, maar zorgt ook voor duidelijkheid richting collega's.
- Vraag hulp als je vastloopt. Je hoeft het niet alleen te doen. Zoek begeleiding, overleg met collega's of neem contact op met andere promovendi.
- Volg een schrijftraining. Dat helpt je om je ideeën helder op papier te krijgen en je wetenschappelijke output te verbeteren.
- Blijf verbonden met de praktijk. Juist die verbinding maakt je onderzoek relevant en zorgt ervoor dat je resultaten op de plek komen waar ze nodig zijn.

Tot slot

Mijn promotietraject is een boeiende zoektocht tussen praktijk en wetenschap. Soms is het balanceren, soms puzzelen, maar vooral samenwerken. Want juist door de krachten van onderzoekers, behandelaren, begeleiders en patiënten te bundelen, kunnen we samen werken aan passende geestelijke gezondheidszorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Die verbinding en de gezamenlijke inzet maken het werk waardevol. En dat is precies waar ik het voor doe.

Ontwikkelen en testen van een beoordelings-instrument voor het passend voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking

Josien Jonker*, Gerda Margaretha de Kuijper en Sytse Ulbe Zuidema†

Samenvatting

Achtergrond

Het voorschrijven van psychofarmaca leidt vaak tot langdurig gebruik bij mensen met een verstandelijke beperking. In deze populatie komt polyfarmacie ook veel voor. Vermoedelijk is dit het gevolg van de hoge frequentie van comorbide somatische, gedrags- en psychische stoornissen. Tegelijkertijd is de kwetsbaarheid voor bijwerkingen van medicatie groot. Hierdoor bestaat er een risico op niet passend voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking.

Doelstellingen

Het doel van deze studie was een instrument te ontwikkelen om het passend voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking te beoordelen en de psychometrische eigenschappen ervan te testen.

Ontwerp

In deze studie hebben we een mixed methods design gebruikt. In een kwalitatieve fase hebben we het instrument ontwikkeld, gevolgd door een kwantitatieve fase om de psychometrische eigenschappen ervan te evalueren.

Methoden

We hebben een aangepaste Delphi-procedure gebruikt, bestaande uit een voorbereidingsfase en drie Delphi-iteraties om het instrument te ontwikkelen en om te bepalen welke items het concept van passend voorschrijven van psychofarmaca weerspiegelen. Om een gecombineerde indexscore te bepalen werd een wegingsronde uitgevoerd. Tot slot werden de test-hertestbetrouwbaarheid, de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de convergente validiteit van het instrument onderzocht.

* Contactpersoon: Josien Jonker, mailadres josien.jonker@ggzdrenthe.nl

Informatie over alle auteurs is opgenomen achter in het tijdschrift op pagina Over de auteurs.

Dit is een vertaling van het artikel *Developing and testing of an assessment tool for appropriate psychotropic drug prescribing in people with intellectual disabilities*, gepubliceerd in *Therapeutic advances in drug safety*, 2025, vol. 16. DOI: 10.1177/ 20420986251342351

Resultaten

Het Delphi-panel, bestaande uit 37 vakinhoudelijke deskundigen, bereikte overeenstemming over de inhoud van het instrument, waaronder zeven domeinen (indicatie, dosering, duur, duplicatie, interacties, evaluatie van effect en evaluatie van bijwerkingen) die moeten worden beoordeeld met betrekking tot het passend voorschrijven van psychofarmaca. De test-hertestbetrouwbaarheid en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bleken matig tot perfect te zijn voor vijf van de zeven domeinen, met uitzondering van de domeinen 'evaluatie van effect' en 'evaluatie van bijwerkingen', hoewel er geen interbeoordelaarsovereenstemming werd gevonden in het domein 'duur'. De convergente validiteit was gering.

Conclusie

Concluderend heeft dit onderzoek geleid tot de ontwikkeling van een betrouwbaar instrument om voorschrijvers in de klinische praktijk te ondersteunen bij het passend voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking.

Sleutelwoorden

expertconsensus, verstandelijke beperking, optimaliseren van voorschrijfgedrag, psychofarmacologie, ontwikkeling van instrumenten

Samenvatting in eenvoudige taal

Het ontwikkelen en testen van een hulpmiddel ter ondersteuning van het passend voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking

Waarom is het onderzoek uitgevoerd?

Mensen met een verstandelijke beperking gebruiken vaak lange tijd psychofarmaca zonder passende indicatie. Ze hebben ook vaak meerdere medicijnen nodig vanwege andere gezondheidsproblemen. Maar ze zijn ook kwetsbaar voor bijwerkingen van medicijnen, waardoor het belangrijk is om medicijnen op de juiste manier voor te schrijven.

Wat was het doel van het onderzoek?

In dit onderzoek wilden we een hulpmiddel ontwikkelen om artsen te ondersteunen bij het op de juiste manier voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking.

Hoe hebben we het hulpmiddel gemaakt?

We hebben het hulpmiddel in twee stappen ontwikkeld. Eerst hebben we input verzameld van deskundigen om te bepalen welke factoren moeten worden gecontroleerd bij het voorschrijven van deze medicijnen. Vervolgens testten we de betrouwbaarheid van het hulpmiddel.

Wat waren de resultaten?

Deskundigen waren het eens over zeven belangrijke punten om te kijken of het voorschrijven passend was, zoals de reden voor de medicatie, de dosering, de duur van het voorschrijven en of er bijwerkingen zijn. Het hulpmiddel bleek op de meeste gebieden betrouwbaar te zijn, maar de betrouwbaarheid was lager bij het beoordelen van bijwerkingen en het effect van de medicatie.

Wat kunnen we concluderen?

Dit onderzoeksproject heeft geleid tot een betrouwbaar instrument dat artsen kan ondersteunen bij het nemen van beslissingen over het passend voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met verstandelijke beperking.

Inleiding

Psychofarmaca, met name antipsychotica en antidepressiva, worden vaak voorgeschreven bij mensen met een verstandelijke beperking (VB).¹ Net als bij de algemene bevolking worden psychofarmaca voorgeschreven voor de behandeling van psychische stoornissen. Bij mensen met een VB worden ze echter ook vaak buiten de geregistreerde indicatie (off-label) voorgeschreven voor de behandeling van probleemgedrag,^{2,3} zoals agressief en zelfverwondend gedrag, prikkelbaarheid, hyperactiviteit, stemmingswisselingen en woede-uitbarstingen. Psychofarmaca, met name antipsychotica, worden vaak voorgeschreven bij probleemgedrag en worden vaak langdurig gebruikt, hoewel dit langdurige gebruik van psychofarmaca controversieel is omdat het effect bij deze indicatie niet wetenschappelijk is aangetoond.^{4,5} Bovendien hebben mensen met een VB vaker psychiatrische en somatische comorbiditeit,^{6,7} wat kan leiden tot de noodzaak van farmacologische behandeling. Hierdoor komt polyfarmacie vaak voor bij mensen met een VB,⁸⁻¹⁰ waarbij antipsychotica, anti-epileptica en analgetica de meest gebruikte geneesmiddelenklassen zijn.^{9,11} Polyfarmacie wordt geassocieerd met een verhoogd risico op medicatiegerelateerde bijwerkingen en interacties.^{12,13} Mensen met een VB zijn kwetsbaar voor bijwerkingen van psychofarmaca, met name bewegingsstoornissen¹⁴ en metabole bijwerkingen,^{15,16} waarvan het risico waarschijnlijk toeneemt door polyfarmacie. Deze bijwerkingen en hun potentieel om het lichamelijk en mentaal functioneren te schaden, kunnen een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van leven van mensen met een VB.^{17,18}

De hoge frequentie van voorschrijven buiten de geregistreerde indicaties, het langdurig gebruik en polyfarmacie kunnen wijzen op niet passend voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een VB. Daarom hebben verschillende landen programma's geïntroduceerd om het probleem van niet passend voorschrijven van psychofarmaca aan te pakken,¹⁹⁻²² bijvoorbeeld de STOMP- en STAMP-projecten van het Royal College of Psychiatrists in het Verenigd Koninkrijk.¹⁹ Deze programma's benadrukken het belang van zorgvuldig voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een VB, gezien het gebrek aan bewijs voor de effectiviteit bij niet-geregistreerde indicaties, het verhoogde risico op het optreden van bijwerkingen en de verhoogde prevalentie van comorbiditeit en polyfarmacie.

Om die reden vormen medicatiebeoordelingen een nuttig instrument om het passend medicatiegebruiken te beoordelen en medicatiegerelateerde problemen te identificeren. Deze instrumenten beoordelen echter achteraf het medicijngebruik in plaats van het passend voorschrijven vanaf het begin te beoordelen. Er zijn verschillende instrumenten ontwikkeld om het passend voorschrijfgedrag te beoordelen voor gebruik in medicatiebeoordelingen, zoals de Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing (STRIP)²³ en de Medication Appropriateness Index (MAI).²⁴ De STRIP is getest in een pilotstudie (N = 27) gericht op medicijngebruik bij volwassenen met een VB en bleek haalbaar te zijn.²⁵ Bij patiënten met dementie werd de MAI gebruikt als basis voor de ontwikkeling van de Appropriate Psychotropic drugs use In Dementia (APID)-index, een index voor klinische studies om het passend voorschrijfgedrag bij psychofarmaca voor neuropsychiatrische symptomen bij dementie te evalueren.²⁶ Uit de APID is de zelfbeoordelingstool voor voorschrijvers, de Psychotropic Drug Monitor, afgeleid, met een bijbehorende smartphone-applicatie.²⁷ Voor zover wij weten zijn er twee instrumenten speciaal ontwikkeld voor volwassenen met een VB: de Tool for Optimising Prescription in Intellectual Disability (TOP-ID)²⁸ en het instrument Optimising Pharmacotherapy and Improving Medication for Ageing with Intellectual Disability (OPTIMA-ID).²⁹

Deze twee instrumenten ondersteunen voorschrijvers bij het optimaliseren van hun medicatievoorschriften voor (oudere) mensen met een VB, uitgaande van het anatomische systeem of klinische situaties.^{28,29} Hoewel de instrumenten ook het zenuwstelsel²⁹ en probleemgedrag²⁸ omvatten, zijn ze niet expliciet gericht op het voorschrijven van psychofarmaca.

Hoewel er overeenkomsten zijn tussen de opgenomen geneesmiddelklassen of tussen de verschillende patiëntengroepen, is geen van de bovengenoemde instrumenten specifiek ontwikkeld om het passend voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een VB te beoordelen. De ontwikkeling van een instrument op basis van wetenschappelijke en klinische kennis en op basis van consensus van deskundigen op dit gebied kan bijdragen aan het passend voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een VB. Het instrument kan daarbij helpen om voorschrijven buiten de geregistreerde indicatie, langdurig gebruik, polyfarmacie en het onnodig optreden van bijwerkingen te voorkomen. Deze studie had daarom tot doel een instrument te ontwikkelen om het passend voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een VB te beoordelen en om de psychometrische eigenschappen ervan te testen.

Methoden

Het onderzoek is goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Groningen (2017.183). Alle andere Nederlandse regels inzake gegevensbescherming en gedragscodes voor onderzoek zijn, voor zover van toepassing nageleefd. Voor het testen van de psychometrische eigenschappen van het instrument, is van alle deelnemers of hun wettelijke vertegenwoordigers schriftelijke toestemming verkregen voor het verzamelen van gegevens over het psychofarmacagebruik in hun medische en farmaceutische dossiers.

Onderzoeksopzet en procedures

Het onderzoek vond plaats tussen januari 2018 en oktober 2019 en bestond uit twee delen, namelijk de ontwikkeling van het instrument (deel A) en het testen van de psychometrische eigenschappen van het instrument (deel B). Het project werd geleid door het onderzoeksteam, bestaande uit een specialist ouderengeneeskunde die betrokken was bij de ontwikkeling van de APID, een arts voor verstandelijk gehandicapten (arts VG) met klinische ervaring in het voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een VB en een psychiatrisch verpleegkundige tevens promovendus. In Nederland is een arts VG een medische specialisatie, een driejarige postdoctorale opleiding om te voorzien in de speciale gezondheidsbehoeften van mensen met een VB. Een apotheker met een adviserende rol maakte deel uit van het team om gedetailleerde informatie over psychofarmaca te verstrekken. We hebben een Delphi-methode gebruikt om het beoordelingsinstrument te ontwikkelen. De Delphi-methode, oorspronkelijk ontwikkeld door Dalkey en Helmer van de Rand Corporation (1963), is een veelgebruikte en geaccepteerde methode voor het bereiken van consensus.³⁰ In een iteratief proces wordt aan Delphi-panelleden (deskundigen op een specifiek gebied) gevraagd om onafhankelijk te reageren op stellingen of vragen te beantwoorden. Gebruikelijkerwijs begint de eerste Delphi-ronde met een open vragenlijst als basis voor het inhoudsgebied, gevolgd door gestructureerde vragenlijsten. Een aangepaste Delphi-procedure, waarbij de eerste Delphi-ronde begint met een gestructureerde vragenlijst, zoals we in deze studie hebben gedaan, wordt echter ook vaak gebruikt.³⁰ In elke volgende ronde ontvangen de panelleden een vragenlijst met een samenvatting van de vorige ronde en wordt hen gevraagd hun oordeel te herzien. Meestal wordt consensus bereikt na drie of vier Delphirondes. Na de ontwikkeling van het definitieve ontwerp van het instrument hebben we de psychometrische eigenschappen ervan onderzocht in een validatiestudie.

Deel A van het onderzoek: Ontwikkeling van het instrument met behulp van een Delphi-procedure

Voor het ontwikkelen van een eerste versie van het beoordelingsinstrument (stap 1) hebben we de Psychotropic Drug Monitor²⁷ als basis gebruikt. Dit zelfevaluatie-instrument is ontwikkeld vanuit de onderzoeksindex Appropriate Psychotropic drugs use In Dementia (APID).²⁶ Gegevens en criteria uit de NICE-richtlijnen³¹ en de monodisciplinaire Nederlandse richtlijn van de Nederlandse vereniging van Artsen Verstandelijk Gehandicapten 'Voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een verstandelijke beperking' (die in 2019 is opgenomen in de multidisciplinaire richtlijn 'Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking')³² zijn gebruikt om te beoordelen welke aspecten van passend voorschrijven (de domeinen van het instrument) relevant zijn om in het concept op te nemen en welke domeinen moeten worden aangepast. Bij het definiëren van de uitgewerkte inhoud van de domeinen voor elk in het instrument opgenomen psychofarmakon, werd naast deze richtlijnen ook gebruikgemaakt van informatie uit het 'Farmacotherapeutisch Kompas', een Nederlandse geneesmiddelendatabase met onafhankelijke farmaceutische informatie voor medische professionals,³³ en het Nederlandse Kinderformularium, een geneesmiddelendatabase voor pediatrie dosering.³⁴ Het eerste ontwerp van het Toetsingsinstrument Psychofarmaca Toepassing bij mensen met een Verstandelijke Beperking (TiPT-VB; in het Engels

Tool for Appropriate Psychotropic Drug Prescribing in people with Intellectual Disabilities – TAPP-ID) bevatte een inleiding en een instructiegedeelte waarin wordt uitgelegd hoe het TiPT-VB gebruikt dient te worden. Allereerst moet de gebruiker bepalen welke route moet worden gevolgd om de kwaliteit van het voorschrijven van het betreffende psychofarmaca te beoordelen. In route A is er sprake van een gediagnosticeerde psychische stoornis of is het onduidelijk of de gedragssymptomen aan een psychische stoornis kunnen worden toegeschreven. Route B wordt gekozen als de gedragssymptomen niet het gevolg zijn van een psychische stoornis, maar mogelijk wel behandeling rechtvaardigen. Na het kiezen van een route heeft een voorschrijver (of andere beoordelaar) per psychofarmaca-voorschrift elk domein beoordeeld met een 2, 1 of 0 (2 voor passend voorschrijven, 1 voor minder goed passend voorschrijven en 0 voor niet-passend voorschrijven).

Om het definitieve instrument vast te stellen, zijn op basis van dit eerste ontwerp (stap 1) de volgende stappen doorlopen: stap (2) een semi-gestructureerde vragenlijst voor een eerste beoordeling door deskundigen in de voorbereidingsfase, stap (3) een Delphi-procedure om de inhoud van het instrument te bepalen, stap (4) een wegingsronde om een gecombineerde indexscore te bepalen.

De werving van vakinhoudelijke deskundigen voor de ontwikkeling van het instrument vond plaats onder leden van de Nederlandse Vereniging van Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG), leden van een gespecialiseerd platform voor VB-psychiatrische zorg en apothekers met kennis of ervaring op het gebied van VB-zorg vanuit het netwerk van het onderzoeksteam. Potentiële deelnemers konden kiezen om deel te nemen aan de voorbereidingsfase en de Delphi-procedure (panel 1) of aan de wegingsronde (panel 2). Deelnemers ontvingen een kleine vergoeding voor hun deelname aan dit onderzoek.

Het eerste ontwerp (stap 1) werd voorgelegd aan de deelnemers die hadden ingestemd met deelname aan stap 2 en 3 (panel 1) met het verzoek om hierop te reageren aan de hand van een semi-gestructureerde vragenlijst. Daarna heeft het onderzoeksteam de opmerkingen over het eerste ontwerp beoordeeld en besproken en een tweede ontwerp van het beoordelingsinstrument ontwikkeld. Op basis van dit tweede ontwerp vond een Delphi-procedure plaats (stap 3). Daartoe stelde het onderzoeksteam stellingen op die konden worden beoordeeld op een 9-punts Likert-schaal, variërend van 'helemaal oneens' (1) tot 'helemaal eens' (9), met ruimte voor opmerkingen van de panelleden van panel 1. Na elke ronde besprak het onderzoeksteam de stellingen waarover geen overeenstemming was bereikt en de opmerkingen van de panelleden. Daarna vatten zij hun bevindingen samen en stelden zij nieuwe stellingen op voor de volgende Delphi-ronde. Na de laatste ronde werd overeenstemming bereikt over het beoordelingsinstrument.

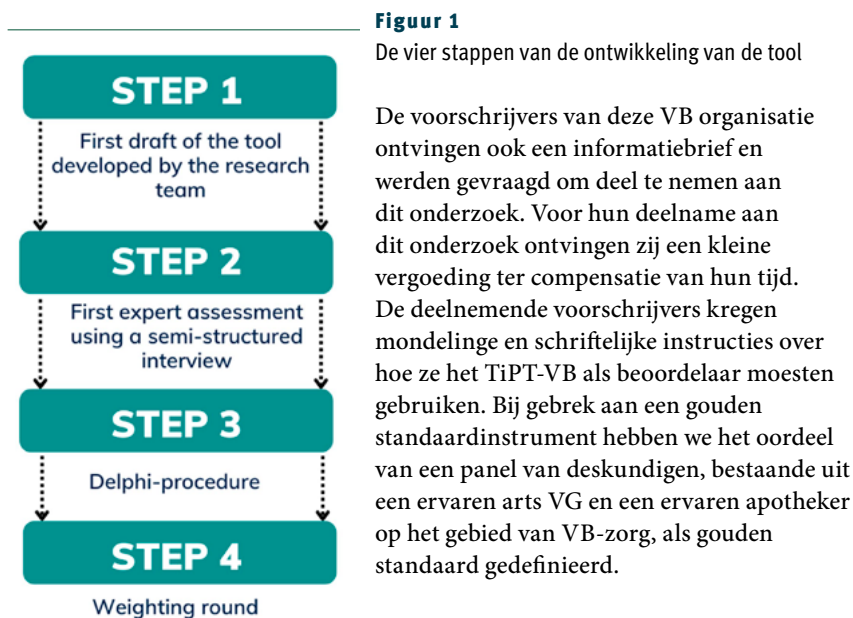
Na deze Delphi-procedure hebben de panelleden van panel 2 de vastgestelde domeinen van het beoordelingsinstrument gewogen op relevantie (stap 4) om een gecombineerde indexscore vast te stellen, om het gebruik van het instrument in klinisch onderzoek te verbeteren. Dit resulteerde in het definitieve ontwerp van het instrument: het Toetsingsinstrument Psychofarmaca Toepassing bij mensen met een Verstandelijke Beperking (TiPT-VB), waarin de zeven domeinen 'indicatie', 'dosering', 'duur van gebruik', 'duplicaties', 'interacties', 'evaluatie van het effect' en 'evaluatie van bijwerkingen' zijn opgenomen. De domeinen 'indicatie', 'dosering',

‘duur van gebruik’ en ‘interacties’ bevatten specifieke informatie per middel. De domeinen ‘duplicaties’, ‘evaluatie van het effect’ en ‘evaluatie van bijwerkingen’ worden in algemene termen beschreven en verschillen dus niet per middel. Figuur 1 toont de volledige procedure.

De online enquêtesoftware Unipark van Cleverbridge (Duitsland) werd gebruikt om de semi-gestructureerde vragenlijst, de Delphi-rondes en de wegingsronde uit te voeren. De deelnemers ontvingen een e-mail met een link naar de online enquête en het verzoek om binnen twee weken te reageren. Na een week werd een herinnering per e-mail verstuurd.

Deel B van het onderzoek: Psychometrische eigenschappen van het definitieve ontwerp van de TAPP-ID

In deel B vond de validatiestudie van het definitieve ontwerp plaats, dat wil zeggen het testen van de psychometrische eigenschappen. We hebben gegevens uit medische en farmaceutische dossiers van patiënten met een VB gebruikt om de convergente validiteit, de test-hertest- en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het TiPT-VB te onderzoeken. De werving van deelnemers voor dit deel van het onderzoek vond plaats bij een VB-zorgorganisatie in het noorden van Nederland, die 24 uur per dag zorg biedt aan ongeveer 400 bewoners. Deze VB organisatie stuurde een informatiebrief en een toestemmingsformulier naar al hun bewoners die ten minste één psychofarmacon gebruikten, of naar de wettelijke vertegenwoordigers van hen, om toestemming te vragen voor het verzamelen van gegevens over psychofarmacagebruik in hun medische en farmaceutische dossiers.



We hebben twee tijdstippen vastgesteld voor het beoordelen van de psychometrische eigenschappen van het TiPT-VB. Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te onderzoeken, werd op tijdstip één het TiPT-VB voor elk psychofarmacon-voorschrift

van elke deelnemende cliënt door twee onafhankelijke beoordelaars gescoord. Tegelijkertijd beoordeelde het panel van deskundigen ofn het psychofarmakon passend was voorgeschreven op basis van de patiëntendossiers. Om de test-hertestbetrouwbaarheid te onderzoeken, werd het TiPT-VB nogmaals beoordeeld door dezelfde beoordelaars op tijdstip twee, twee weken na tijdstip één.

Statistische analyses

Delphi-procedure. In de drie Delphi-iteraties werd het niveau van overeenstemming voor alle uitspraken berekend volgens de RAND/UCLA-methode voor het beoordelen van geschiktheid.³⁵ Daarvoor berekenden we de mediaan als maat voor centrale tendentie, en de interpercentielrange gecorrigeerd voor symmetrie (IPRAS)³⁵ als maat voor de spreiding. Stellingen met een mediaan tussen 7 en 9, en waarover overeenstemming bestond (als de IPRAS groter was dan de interpercentielrange (IPR)), werden opgenomen in het TiPT-VB.

Om de totale indexscore te berekenen, hebben we de gemiddelde gewichten van de domeinen vermenigvuldigd met de minimum- en maximumscores van een domein. Als een domein uit twee subdomeinen bestond, werd een gemiddelde samengestelde score van de twee subdomeinen berekend. Elk domein krijgt een score van 2, 1 of 0, waarbij 2 staat voor passend voorschrijven, 1 voor een minder goed passend voorschrijven en 0 voor niet passend voorschrijven. Het minimum en maximum van elk domein zijn dus respectievelijk 0 en 2. We hebben de kwaliteit van een voorschrift als passend gedefinieerd als de gewogen totale indexscore hoger was dan de drempelwaarde van 70% van de totale score (d.w.z. de som van de scores van alle zeven domeinen) van het instrument, en als niet passend als de score lager was dan de drempelwaarde van 70%.

Psychometrische eigenschappen.

Voor de analyse van de betrouwbaarheid en validiteit hebben we de klassen gedichotomiseerd, waarbij de scores 0 en 1 worden beoordeeld als 'niet passend' en 2 als 'passend'. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de test-hertestbetrouwbaarheid hebben we geanalyseerd met behulp van Cohen's kappa. Aangezien het ontwerp van het TiPT-VB twee routes heeft en de inhoud van de domeinen 'indicatie', 'dosering' en 'duur' tussen deze routes verschilt, hebben we eerst de overeenstemming bepaald van de beoordelingen van twee onafhankelijke beoordelaars (interbeoordelaars) of de twee beoordelingen van één beoordelaar (test-hertest) voor de gekozen route van elk voorschrift. Voor deze drie domeinen hebben we Cohen's kappa alleen berekend voor de voorschriften met dezelfde gekozen route. Voor de andere domeinen, namelijk duplicaties, interacties, evaluatie van het effect en evaluatie van bijwerkingen, hebben we Cohen's kappa berekend voor alle voorschriften, aangezien de inhoud van deze domeinen niet per route verschilt. We interpreterden een kappa van minder dan 0,20 als gering, 0,21-0,40 als redelijk, 0,41-0,60 als matig, 0,61-0,80 als substantieel en hoger dan 0,80 als bijna perfecte overeenstemming.³⁶ Om de convergente validiteit van het TiPT-VB te beoordelen, hebben we ook de correlatie berekend tussen de beoordelingen van het expertpanel (gouden standaard) en de score van de beoordelaar met behulp van Cohen's kappa.

Alle statistische analyses van de psychometrische eigenschappen werden uitgevoerd met behulp van IBM Statistics versie 28 voor Windows.

Tabel 1

Deelnemers per stap voor de ontwikkeling van het instrument. (overnemen Eng. Versie)

Respondents	Step 2		Step 3		Step 4
	Preparation phase ^a	Iteration ^b 1	Iteration 2	Iteration 3	Weighting ^c
Total number of respondents	23	22	19	20	12
Psychiatrists (n)	5	5	3	5	1
Pharmacists (n)	4	4	4	4	2
ID physicians (n)	14	13	12	12	9

^aIn the preparation phase, the participants responded to a semi-structured questionnaire.
^bIn each Delphi iteration, the participants responded to a questionnaire with predefined statements.
^cIn the weighting round, the participants weighted the identified domains.

Resultaten

Deelnemers

In totaal namen 37 professionals met VB expertise deel aan deel A van dit onderzoek. Vijftien artsen VG, vijf psychiaters en vijf apothekers namen deel aan panel 1 en negen artsen VG, één psychiater en twee apothekers aan panel 2. Tabel 1 toont het aantal deelnemers per fase van de Delphi-procedure.

Vorbereidingsfase

De semi-gestructureerde vragenlijst over de middelen en domeinen, zoals voorgesteld door het onderzoeksteam om in het instrument (d.w.z. het TiPT-VB) op te nemen, werd naar in totaal 25 deskundigen gestuurd en had een responspercentage van 92%. Onderwerpen van deze vragenlijst waren het soort geneesmiddelklasse en middelen, het type gebruik, de indicatie, de door het onderzoeksteam gedefinieerde domeinen en het ontwerp van het TiPT-VB. De meeste opmerkingen werden gemaakt met betrekking tot de psychofarmaca die in het TiPT-VB moesten worden opgenomen. Op basis van deze opmerkingen heeft het onderzoeksteam zes psychofarmaca toegevoegd en twee verwijderd. Daarnaast heeft het onderzoeksteam het stroomschema over de routekeuze vereenvoudigd en het domein dosering aangepast op basis van de suggesties van de Delphi-panelleden (panel 1). Ten slotte waren er opmerkingen over het opnemen van het domein interactie en de terminologie met betrekking tot (on)juist gebruik. Deze opmerkingen waren tegenstrijdig, dus besloot het onderzoeksteam deze onderwerpen op te nemen in de eerste Delphi-rondeter beoordeling door het hele panel 1.

Delphi-iteraties

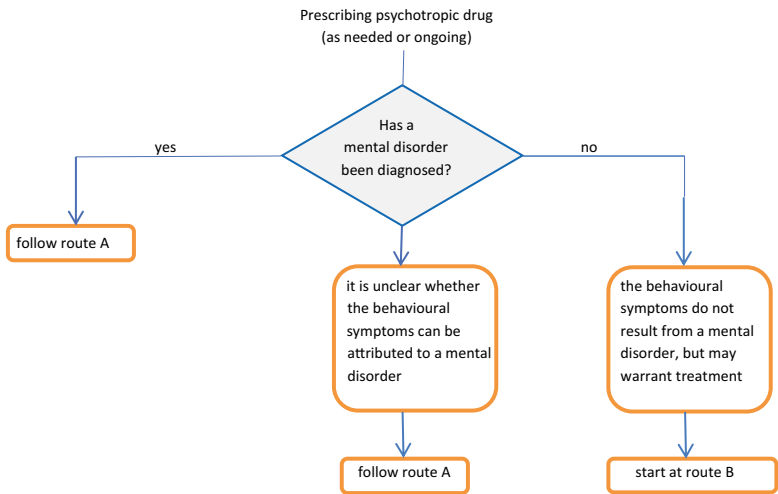
In totaal waren er drie rondes nodig om overeenstemming te bereiken over de inhoud van het beoordelingsinstrument. In de drie iteraties bereikten de respondenten overeenstemming over 75 stellingen met een mediane score tussen 7 en 9, waarbij overeenstemming werd vastgesteld wanneer de IPRAS groter was dan de IPR. (Tabel 2). De stellingen werden per onderwerp gerangschikt en behandelden achtereenvolgens de terminologie en het stroomschema, de in het instrument op te

nemen middelen, domeinen en antwoordcategorieën in het algemeen, en uitgewerkte domeinen. Bijvoorbeeld: ‘Het stroomschema geeft duidelijk de route weer die binnen het TiPT-VB moet worden gevolgd wanneer een psychofarmakon wordt voorgeschreven’ of ‘De vraag ‘Is recentelijk geëvalueerd of het middel het gewenste effect heeft?’ sluit aan bij het domein effectevaluatie’.

Tabel 2
Resultaten van de Delphi-iteraties.

Iteration	Iteration 1	Iteration 2	Iteration 3
Number of statements	n = 58	n = 26	n = 4
Median 7–9/agreement	47	24	4
Median 4–6/agreement	2	0	0
Median 1–3/agreement	5	1	0
Median 7–9/disagreement	1	0	0
Median 4–6/disagreement	2	0	0
Median 1–3/disagreement	1	1	0
Statements with a median of 7–9 with agreement were classified as content for the tool, on which agreement was achieved. Statements with a median of 4–6 or any median with disagreement were classified as uncertain and were included in the sequel iteration. Statements with a median of 1–3 with agreement were classified as irrelevant or inappropriate for the tool.			

Figuur 2
Stroomdiagram om de route binnen de tool te bepalen op basis van de indicatie voor het voorschrijven.



Inhoud van de TiPT-VB

Na de Delphi-rondes kon de inhoud van het TiPT-VB worden vastgesteld. Er werden zeven domeinen met betrekking tot het voorschrijven van psychofarmaca opgenomen: indicatie, dosering, duur van gebruik, duplicatie, interacties, evaluatie van het effect en evaluatie van bijwerkingen. Het TiPT-VB begint met een inleiding en instructies, gevolgd door een korte uitleg per domein, en eindigt met een uitwerking van elk domein voor elk psychofarmakon. In totaal zijn 60 'middelen opgenomen in het TiPT-VB. Nadat de route is bepaald met behulp van de indicatieflowchart (figuur 2), kunnen per psychofarmakon de domeinen worden gescoord. Vijf van de zeven domeinen bestaan uit één vraag per domein; de domeinen evaluatie van het effect en evaluatie van bijwerkingen hebben elk twee vragen (tabel 3).

Weging van de domeinen

Panel 2 heeft de domeinen van het beoordelingsinstrument gewogen op een schaal van 1 tot 10. Tabel 4 toont de gemiddelde scores per domein. Voor de domeinen 'evaluatie van het effect' en 'evaluatie van de bijwerkingen' betreft dit een samengestelde gemiddelde score, omdat deze twee domeinen elk uit twee vragen bestaan. Aangezien de maximale score per domein 2 bedraagt, varieert de som van de totale gewogen domeinen, en daarmee de totale indexscore, van 0 tot 111,6. Hogere scores duiden op meer passend gebruik van psychofarmaca.

Tabel 3

Vragen per domein van het instrument: passend voorschrijven van psychotrope geneesmiddelen bij verstandelijke beperkingen.

Domain	Question route A	Question route B
Indication	Are the symptoms for which the drug was prescribed still present, or is the underlying disorder still present?	Is the drug registered or recommended according to the (multidisciplinary) guideline ^a for treatment of these psychological or behavioural symptoms?
Dosage	Does the daily dosage conform to the recommendations of the 'Farmacotherapeutisch Kompas' ^b or the 'Kinderformularium' ^c ?	Does the daily dosage conform to the recommendations of the multidisciplinary guideline for this indication? When not applicable, is the dosage conforming to the 'Farmacotherapeutisch Kompas'?
Duration of use	Is the duration of use in accordance with the registered indication?	Is the duration of use in accordance with the multidisciplinary guideline?
Duplication	Are two or more psychotropic drugs from the same group prescribed?	
Interactions	Are clinically relevant interactions present?	
Evaluation of effect 1	Has it been evaluated whether the drug has the desired effect?	
Evaluation of effect 2	How was it evaluated whether the drug had the desired effect?	
Evaluation of side effects 1	Is there any monitoring of side effects?	
Evaluation of side effects 2	How have the side effects been monitored?	

^aThe guideline 'Prescribing psychotropic drugs' behaviour of the Dutch Association of Intellectual Disability Physicians (NVAVG, 2016), in 2019 incorporated into the multidisciplinary guideline on challenging behaviour in adults with intellectual disabilities (Embregts et al., 2020).³²

^bThe prescription guidelines of the Dutch Association of Psychiatrists (NVvP), available at <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/>.

^cThe prescription guidelines of the Dutch centre of knowledge of pharmacotherapy in children (NKFK), available at <https://www.kinderformularium.nl/>.

Tabel 4

Resultaten van de weging van de domeinen van het ontwerp van de TiPT-VB door Delphi-panel 2.

Domain	Mean weight (SD) ^a
Indication	8.8 (1.03)
Interactions	8.7 (0.98)
Evaluation of the effect	8.3 (0.91)
Duplications	8.1 (1.44)
Evaluation of side effects	8.1 (1.10)
Dosage	7.5 (1.45)
Duration of use	6.3 (1.87)
^a The mean weight with standard deviation of all panellists' scores ($n=12$) of the domains on a scale from not at all important to extremely important (1–10). TAPP-ID, Tool for Appropriate Psychotropic drug Prescribing in people with Intellectual Disabilities.	

Psychometrische eigenschappen

De steekproef van 34 deelnemende cliënten wiens psychofarmacagebruik door de deelnemende voorschrijvers met het TiPT-VB werd beoordeeld, bestond uit 15 mannen en 19 vrouwen. Voor alle deelnemers werd schriftelijke geïnformeerde toestemming verkregen van hun wettelijke vertegenwoordiger. Hun gemiddelde leeftijd was 56 jaar (spreiding 27-89 jaar). Er werden in totaal 63 psychotrope middelen voorgeschreven (gemiddeld 1,85 recepten en een spreiding van 1-4 recepten per deelnemende cliënt). De meest voorgeschreven 'psychofarmaca waren antipsychotica (47,6%) en antidepressiva (33,3%), gevolgd door anticonvulsiva en benzodiazepinen (beide 7,9%). De gemiddelde gewogen totale indexscore van het TiPT-VB (range 0-111,6) van de voorschriften bij aanvang was 80,78 (SD 11,56).

Tabel 5.

Betrouwbaarheid van het instrument voor het passend voorschrijven van psychofarmaca aan mensen met een verstandelijke beperking.

Domains of prescribing	Test-retest reliability ^a	Interrater reliability ^a
Indication	1.000	0.422
Dosage	0.715	0.438
Duration of use	0.744	-0.038
Duplications	1.000	1.000
Interactions	0.557	0.608
Evaluation of the effect	— ^b	0.207
Evaluation of effect – how ^b		
Evaluation of side effects	0.381	0.196
Evaluation of side effects – how ^b		
^a Test value using Cohen's kappa.		
^b No variance in ratings, so no Cohen's kappa can be estimated.		

Betrouwbaarheid en validiteit

Voor de test-hertestbetrouwbaarheid hebben we 61 recepten meegenomen in de analyse, omdat twee recepten op tijdstip één waren gestopt. Voor 34 van de 61 recepten koos de beoordelaar (voorschrijver) bij aanvang dezelfde route als op tijdstip één. Voor de domeinen 'indicatie' en 'duplicaties' vonden we een perfecte overeenstemming; de overeenstemming op de domeinen 'dosering' en 'duur van gebruik' bleek substantieel, het domein 'interacties' matig en het domein 'evaluatie van bijwerkingen' redelijk. We konden de Cohen's kappa van beide vragen over het domein 'evaluatie van het effect' en van de vraag 'Hoe zijn de bijwerkingen gecontroleerd?' van het domein 'evaluatie van bijwerkingen' niet berekenen, omdat één van de variabelen een constante was. In alle gevallen was er één beoordelaar die voor alle recepten een 0 scoorde.

Bij de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid hebben we 60 recepten meegenomen in de analyse, omdat drie recepten op het moment van beoordeling door de tweede beoordelaar (voorschrijver) waren gestopt. Wat betreft de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid kozen beide onafhankelijke beoordelaars voor 27 van de 60 recepten dezelfde route bij aanvang. De overeenstemming bleek perfect te zijn voor het domein 'duplicatie', gevolgd door het domein 'interacties', waarin de overeenstemming aanzienlijk bleek te zijn. De overeenstemming over de domeinen 'indicatie' en 'dosering' was matig, de eerste vraag van het domein 'evaluatie van het effect' redelijk en de eerste vraag over het domein 'evaluatie van bijwerkingen' gering. Voor het domein 'duur van het gebruik' werd een negatieve Cohen's kappa gevonden, wat betekent dat er geen overeenstemming was over dit domein. We konden de Cohen's kappa van de 'hoe'-vragen op beide domeinen 'evaluatie van het effect' en 'evaluatie van bijwerkingen' niet berekenen, omdat één van de variabelen een constante was. In beide gevallen was er één beoordelaar die voor alle recepten een 0 scoorde. Tabel 5 toont de resultaten van zowel de test-hertest als de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid.

De overeenstemming tussen het oordeel van het panel van deskundigen (gouden standaard) en de score van de arts was gering (kappa 0,078).

Discussie

In deze studie hebben we met behulp van een Delphi-procedure het TiPT-VB ontwikkeld, een instrument om het voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een VB te optimaliseren. Van de 60 psychofarmaca kunnen voorschrijvers het passend voorschrijven scoren op zeven domeinen: 'indicatie', 'dosering', 'duur van gebruik', 'interacties', 'duplicaties', 'evaluatie van het effect' en 'evaluatie van bijwerkingen'. Vervolgens kan de totale indexscore worden berekend door elke domeinscore te vermenigvuldigen met de gemiddelde wegingsscore per domein en al deze gewogen domeinscores bij elkaar op te tellen. Hoe hoger de score, hoe passender het voorschrijven.

In drie Delphirondes bereikten 37 inhoudelijk deskundigen consensus over de domeinen en middelen die in het TiPT-VB zijn opgenomen. Door de psychometrische eigenschappen van TiPT-VB te onderzoeken, hebben we vastgesteld dat deze over het algemeen voldoende waren. Vijf van de zeven domeinen

van TiPT-VB hebben een matige tot perfecte test-hertestbetrouwbaarheid, één domein toonde een redelijke test-hertestbetrouwbaarheid en voor één domein kon de test-hertestbetrouwbaarheid niet worden berekend. Dit komt overeen met de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, hoewel er geen overeenstemming was over het domein 'duur van het gebruik'. De convergente validiteit, de overeenstemming tussen het oordeel van de deskundige (gouden standaard) en de score van de arts, was gering.

Bij de keuze van de route die moet worden gevolgd bij het gebruik van het TiPT-VB kunnen zich problemen voordoen. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het lage percentage overeenstemming tussen de verschillende beoordelaars van de psychofarmaca-voorschriften. Het diagnosticeren van psychische stoornissen kan echter moeilijk zijn bij mensen met een VB, vooral wanneer er sprake is van een lager functioneringsniveau.³⁷ 'Diagnostic overshadowing' kan hierbij een rol spelen, waarbij psychopathologie wordt toegeschreven aan de mentale of cognitieve toestand in plaats van aan een onderliggende psychische stoornis, hoewel een recente reviewinconsistente bevindingen laat zien.³⁸

De domeinen van het TiPT-VB die in deze studie zijn vastgesteld, sluiten aan bij domeinen of items van instrumenten die worden gebruikt in de ouderenzorg (Psychotropic Drug Monitor²⁷) en bij recent ontwikkelde instrumenten op dit gebied voor mensen met een VB (TOP-ID en OPTIMA-ID^{28,29}). Deze drie instrumenten zijn ook ontwikkeld met behulp van een Delphi-procedure. De TOP-ID is een instrument voor het voorschrijven en afbouwen van medicatie bij volwassenen met een VB.²⁸ Het TiPT-VB en de TOP-ID delen de onderwerpen indicatie, evaluatie van het effect van de behandeling en duplicatie. Het uitgangspunt van de instrumenten verschilt echter. De TOP-ID gaat uit van vier klinische situaties in medische domeinen, respectievelijk pijn, slaapstoornissen, gastro-intestinale stoornissen en probleemgedrag, en bevat ook een handleiding voor het afbouwen van medicatie,²⁸ terwijl het TiPT-VB start vanuit de farmacologische behandeling en vragen bevat over de kwaliteit van het voorschrijven van psychofarmaca. De OPTIMA-ID is ontwikkeld voor oudere volwassenen met een VB en heeft als uitgangspunt de anatomische systeemdomen en de therapeutische klassen, die in criteria zijn uitgewerkt.²⁹ De overeenkomsten tussen de OPTIMA-ID en het TiPT-VB zijn te vinden in de algemene principes en voorschrijfcriteria voor geneesmiddelen voor het zenuwstelsel, waarin domeinen als indicatie, dosering, duur, duplicatie, evaluatie van het effect en evaluatie van bijwerkingen zijn uitgewerkt. Hoewel de TOP-ID en OPTIMA-ID ook bedoeld zijn om voorschrijvers te ondersteunen bij het optimaliseren van hun medicatievoorschriften bij (oudere) mensen met een VB, zijn deze instrumenten niet expliciet gericht op het voorschrijven van psychofarmaca en bevatten ze geen specifieke uitwerking per psychofarmakon.

Voor de verschillende domeinen laat het onderzoek naar de test-hertestbetrouwbaarheid en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid uiteenlopende resultaten zien, maar over het algemeen waren deze voldoende. Voor zover wij weten, zijn er geen psychometrische gegevens bekend van verschillende vergelijkbare instrumenten, zoals de TOP-ID en de STRIP. Van sommige instrumenten zijn wel gegevens over psychometrische kenmerken beschikbaar. Deze instrumenten zijn echter gevalideerd in een andere doelgroep. Studies toonden een goede tot uitstekende test-hertest- en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de MAI aan.³⁹ Van de APID zijn

de interbeoordelaarsbetrouwbaarheidsscores vergelijkbaar met die uit onze studie met betrekking tot het domein duplicatie, iets hoger voor de domeinen interactie en dosering en duidelijk hoger voor de domeinen duur van gebruik en beide evaluatiedomeinen.²⁶

Sterke punten en beperkingen van het gebruik van het TiPT-VB

Psychofarmaca bij mensen met een VB kunnen worden voorgeschreven door meerdere artsen of bevoegde verpleegkundigen. In Nederland heeft een onderzoek aangetoond dat artsen VG of psychiaters de richtlijnen bij het voorschrijven van antipsychotica bij mensen met een VB onvoldoende naleven, doordat de richtlijnen onvoldoende aansluiten bij de context van de voorschrijvende organisaties.^{40,41} Huisartsen schrijven ook psychofarmaca voor aan mensen met een VB, hoewel hun kennis over dit onderwerp voor verbetering vatbaar is.⁴² Het TiPT-VB zou mogelijkheden kunnen bieden voor alle voorschrijvers, zowel specialisten als niet-specialisten, om hun kennis over het voorschrijven en monitoren van psychofarmaca te verbeteren en zich beter aan de richtlijnen te houden.

Indien sprake is van een gediagnosticeerde psychische stoornis, zijn de beschikbare Nederlandse richtlijnen - die als basis zijn gebruikt voor de uitgewerkte domeinen per psychofarmacon in het TiPT-VB - zeer bruikbaar met betrekking tot de domeinen indicatie, dosering en duur van gebruik. Echter, gezien het beperkte bewijs voor de effectiviteit van psychofarmaca bij de behandeling van probleemgedrag van mensen met een VB, adviseren de richtlijnen om terughoudend te zijn bij het voorschrijven van psychofarmaca en geven ze de voorkeur aan niet-farmacologische interventies als eerste keus.^{31,32} Bovendien zijn er ook geen gegevens beschikbaar over de dosering van antipsychotica bij probleemgedrag.

Sterke punten van het onderzoek

De ontwikkeling van het instrument vond plaats met behulp van een Delphi-procedure, waarbij 37 inhoudelijk deskundigen als Delphi-panelleden optraden. Deskundigenconsensus, het principe van een Delphi-procedure, is waardevol wanneer er geen of beperkte bewijzen beschikbaar zijn over een onderwerp, zoals het geval is bij het voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een VB. Bovendien is bij een Delphi-procedure anonimiteit gegarandeerd en kunnen problemen met groepsprocessen, zoals dominante individuen, worden overwonnen.³⁰ Het hoge responspercentage voor alle drie de iteraties in ons onderzoek draagt bij aan de betrouwbaarheid van de Delphi-procedure.

Beperkingen van het onderzoek

Deze studie heeft ook enkele beperkingen. Ten eerste is de Delphi-methode weliswaar een robuuste, gevalideerde methode, maar de inhoud van de domeinen is gebaseerd op het beste beschikbare bewijs met betrekking tot de kwaliteit van het voorschrijven van psychofarmaca bij mensen met een VB. Het bewijs voor deze kwaliteit is echter schaars met betrekking tot psychofarmaca voor probleemgedrag of wanneer de aanwezigheid van een psychische stoornis moeilijk te diagnosticeren is. Ten tweede kan het een beperking zijn dat we patiënten, hun verzorgers en familieleden niet hebben gevraagd om hun mening en visie te geven over de kwaliteit van hun medicatievoorschriften, wat zou hebben bijgedragen aan de ontwikkeling

van het instrument. Het Delphi-panel bestond uit voorschrijvers (artsen VG en psychiaters) en apothekers, omdat we in de eerste plaats de mening en visie van deze professionals wilden weten over de inhoud van het instrument om de medische en farmaceutische kwaliteit ervan te waarborgen. Bij een vervolgonderzoek naar de implementatie van het instrument moet rekening worden gehouden met de perspectieven van de patiënten, hun zorgverleners en familieleden. Wat het onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de TiPT-VB betreft, heeft de studie ook beperkingen. Ten eerste werd het testen van de psychometrische eigenschappen van de studie uitgevoerd met een beperkt aantal deelnemers, wat van invloed kan zijn op de generaliseerbaarheid en robuustheid van de bevindingen. Ten tweede werd gekozen voor een gezamenlijk oordeel van een ervaren arts VG en een ervaren apotheker als gouden standaard, aangezien er geen instrument beschikbaar was om een vergelijkbaar construct te meten. Dit kan de kwaliteit van de gouden standaard hebben beïnvloed. Zowel de gouden standaard als de beoordelaars gebruikten de medische dossiers als basis voor hun TiPT-VB-domeinscores. Verschillen in beoordeling tussen de beoordelaars kunnen zijn ontstaan door problemen met de gegevensextractie in deze medische dossiers, wat ook het geval was in de APID-studie.²⁶ Omdat de gegevens over het psychofarmacagebruik van de verschillende deelnemende cliënten op verschillende manieren waren vastgelegd, waren de gegevens mogelijk minder toegankelijk en konden er ook problemen zijn ontstaan bij het zoeken naar gegevens, bijvoorbeeld de datum waarop een recept werd gestart. Dit kan van invloed zijn geweest op de overeenstemming over het domein 'duur van het gebruik'. Ten slotte waren de beoordelaars voor sommige patiënten de voorschrijvers of kenden zij de patiënten, waardoor hun beoordeling hoogstwaarschijnlijk werd beïnvloed door voorkennis over de psychofarmaca-voorschriften van deze patiënten, met name voor de evaluatiedomeinen die moeilijker objectief te beoordelen zijn.

Conclusie

In deze studie is een instrument ontwikkeld voor het beoordelen van het passend voorschrijven van 'psychofarmaca bij mensen met een VB. Met behulp van een Delphi-procedure zijn deskundigen het eens geworden over zeven domeinen: indicatie, dosering, duur van gebruik, duplicaties, interacties, evaluatie van het effect en evaluatie van bijwerkingen. Hoewel verdere ontwikkeling en implementatie van het instrument wenselijk is, kan het scoren van de domeinen van dit betrouwbare instrument voorschrijvers in de klinische praktijk ondersteunen bij het evalueren van hun psychofarmaca-voorschriften aan mensen met een VB.

Verklaringen

Ethische goedkeuring en toestemming voor deelname

Dit onderzoek is op 8 augustus 2017 goedgekeurd door de Medisch-Ethische Toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Groningen (2017.183). Om de psychometrische eigenschappen van het instrument te testen, is schriftelijke geïnformeerde toestemming verkregen van de wettelijk vertegenwoordiger van alle deelnemers.

Toestemming voor publicatie

Niet van toepassing.

Bijdragen van auteurs

Josien Jonker: Conceptualisering; Formele analyse; Onderzoek; Methodologie; Projectadministratie; Schrijven – oorspronkelijk ontwerp; Schrijven – beoordeling en redactie.

Gerda Margaretha de Kuijper: Conceptualisering; Werving van financiering; Methodologie; Supervisie; Schrijven – revisie en redactie.

Sytse Ulbe Zuidema: Conceptualisering; Fondsenwerving; Methodologie; Supervisie; Schrijven – revisie en redactie.

Dankwoord

De auteurs willen alle professionals en de organisatie die aan dit onderzoek hebben meegewerkt bedanken. Meer in het bijzonder willen we de apotheker-adviseur, de inhoudelijk deskundigen die aan de Delphi-procedure hebben deelgenomen, de voorschrijvers van de VB organisatie en alle cliënten en hun vertegenwoordigers die hebben ingestemd met deelname aan het onderzoek bedanken.

Financiering

De auteurs hebben de volgende financiële steun voor het onderzoek, het auteurschap en/of de publicatie van dit artikel ontvangen: Dit project werd gefinancierd door het Nederlandse Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 326488).

Belangenconflicten

De auteurs verklaren dat er geen belangenconflict bestaat.

Beschikbaarheid van gegevens en materialen

De gegevens die de bevindingen van dit onderzoek ondersteunen, zijn op redelijk verzoek verkrijgbaar bij de corresponderende auteur.

ORCID iD

Josien Jonker  <https://orcid.org/0000-0002-7913-2967>

Referenties

- 1 Song M, Rubin BS, Ha JW, et al. Use of psychotropic medications in adults with intellectual disability: a systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2023; 57: 661–674.
- 2 Costello A, Hudson E, Morrissey S, et al. Management of psychotropic medications in adults with intellectual disability: a scoping review. *Ann Med* 2022; 54: 2486–2499.
- 3 Sheehan R, Hassiotis A, Walters K, et al. Mental illness, challenging behaviour, and psychotropic drug prescribing in people with intellectual disability: UK population based cohort study. *BMJ* 2015; 351: h4326.
- 4 De Kuijper G, Hoekstra P, Visser F, et al. Use of antipsychotic drugs in

- individuals with intellectual disability (ID) in the Netherlands: prevalence and reasons for prescription. *J Intellect Disabil Res* 2010; 54: 659–667.
- 5 De Kuijper GM and Hoekstra PJ. Physicians' reasons not to discontinue long-term use of off-label antipsychotic drugs in people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2017; 61: 899–908.
 - 6 Mazza MG, Rossetti A, Crespi G, et al. Prevalence of co-occurring psychiatric disorders in adults and adolescents with intellectual disability: a systematic review and meta-analysis. *J Appl Res Intellect Disabil* 2020; 33: 126–138.
 - 7 Van Eeghen AM, Huisman SA, Van Goethem G, et al. Somatische comorbiditeit bij kinderen en volwassenen met een verstandelijke beperking en een psychiatrische aandoening [Somatic comorbidity in children and adults with intellectual disability and mental health problems]. *Tijdschr Psychiatr* 2019; 61: 773–778.
 - 8 Deb S, Unwin G and Deb T. Characteristics and the trajectory of psychotropic medication use in general and antipsychotics in particular among adults with an intellectual disability who exhibit aggressive behaviour. *J Intellect Disabil Res* 2015; 59: 11–25.
 - 9 McMahon M, Hatton C and Bowring DL. Polypharmacy and psychotropic polypharmacy in adults with intellectual disability: a cross-sectional total population study. *J Intellect Disabil Res* 2020; 64: 834–851.
 - 10 Yoshida K, Lunskey Y, Müller DJ, et al. Prevalence of psychotropic medication use and psychotropic polypharmacy in autistic adults with or without intellectual disability. *J Autism Dev Disord* 2024; 14: 457–471.
 - 11 O'Dwyer M, Peklar J, Mulryan N, et al. Prevalence, patterns and factors associated with psychotropic use in older adults with intellectual disabilities in Ireland. *J Intellect Disabil Res* 2017; 61: 969–983.
 - 12 McMahon M, Hatton C, Bowring DL, et al. The prevalence of potential drug-drug interactions in adults with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2021; 65: 930–940.
 - 13 O'Dwyer M, McCallion P, McCarron M, et al. Medication use and potentially inappropriate prescribing in older adults with intellectual disabilities: a neglected area of research. *Ther Adv Drug Saf* 2018; 9: 535–557.
 - 14 Sheehan R, Horsfall L, Strydom A, et al. Movement side effects of antipsychotic drugs in adults with and without intellectual disability: UK population-based cohort study. *BMJ Open* 2017; 7: e017406.
 - 15 Smith E, Stogios N, Au E, et al. The metabolic adverse effects of antipsychotic use in individuals with intellectual and/or developmental disability: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2022; 146: 201–214.
 - 16 De Kuijper G, Mulder H, Evenhuis H, et al. Determinants of physical health parameters in individuals with intellectual disability who use long-term antipsychotics. *Res Dev Disabil* 2013; 34: 2799–809.
 - 17 Ramerman L, Hoekstra PJ and De Kuijper G. Changes in health-related quality of life in people with intellectual disabilities who discontinue long-term used antipsychotic drugs for challenging behaviors. *J Clin Pharmacol* 2019; 59: 280–287.
 - 18 Scheifes A, Walraven S, Stolker JJ, et al. Adverse events and the relation with quality of life in adults with intellectual disability and challenging behaviour using psychotropic drugs. *Res Dev Disabil* 2016; 49–50: 13–21.
 - 19 Royal College of Psychiatrists. Position Statement PS05/21: stopping the

- overprescribing of people with intellectual disability, autism or both (STOMP) and supporting treatment and appropriate medication in paediatrics (STAMP), <https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/better-mh-policy/positionstatements/position-statement-ps0521-stompstamp.pdf> (2021, accessed 28 February 2025).
- 20 Deb SS, Limbu B, Unwin G, et al. Short-term psycho-education for caregivers to reduce overmedication of people with intellectual disabilities (SPECTROM): development and field testing. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: 13161.
 - 21 Wilson NJ, Barratt M, Jorgensen M, et al. Training support workers about the overmedication of people with intellectual disabilities: an Australian pre-post pilot study. *J Intellect Disabil Res* 2023; 67: 519–530.
 - 22 ilans. Beter af met minder? Bewust gebruik psychofarmaca, <https://www.vilans.nl/wat-doen-we/projecten/project-psychofarmaca-bewustgebruiken> (2024, accessed 28 February 2025).
 - 23 Drenth-Van Maanen AC, Leendertse AJ, Jansen PAF, et al. The Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing (STRIP): combining implicit and explicit prescribing tools to improve appropriate prescribing. *J Eval Clin Pract* 2018; 24: 317–322.
 - 24 Hanlon JT and Schmader KE. The medication appropriateness index at 20: where it started, where it has been, and where it may be going. *Drugs Aging* 2013; 30: 893–900.
 - 25 Zaal RJ, Ebbers S, Borms M, et al. Medication review using a Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing (STRIP) in adults with an intellectual disability: a pilot study. *Res Dev Disabil* 2016; 55: 132–142.
 - 26 Van der Spek K, Gerritsen DL, Smalbrugge M, et al. A reliable and valid index was developed to measure appropriate psychotropic drug use in dementia. *J Clin Epidemiol* 2015; 68: 903–912.
 - 27 Rasing N, Janus S, Smalbrugge M, et al. Usability of an app-based clinical decision support system to monitor psychotropic drug prescribing appropriateness in dementia. *Int J Med Inform* 2023; 177: 105132.
 - 28 onchampt S, Gerber F, Aubry JM, et al. TOP-ID: a Delphi technique-guided development of a prescription and deprescription tool for adults with intellectual disabilities. *BMJ Open* 2020; 10: e039208.
 - 29 O'Connell J, Gorman A, Burke É, et al. OPTIMA-ID: development and validation of a medicine optimization tool for older adults with intellectual disability. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2024; 17: 837–851.
 - 30 Hsu CC and Sandford BA. The Delphi technique: making sense of consensus. *Pract Assess Res Eval* 2007; 12(10): 1–8.
 - 31 National Institute for Health and Care Excellence. Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges. NICE Guideline (NG11), <https://www.nice.org.uk/guidance/ng11> (2015, accessed 24 June 2024).
 - 32 Embregts PJCM, Kroezen M, van Bussel C, et al. Multidisciplinaire richtlijn 'Probleemgedrag bij volwassenen met een verstandelijke beperking'. NTZ: Nederlands Tijdschrift Voor De Zorg Aan Mensen Met Verstandelijke Beperkingen 2020; 1:2–9.
 - 33 Zorginstituut Nederland. Farmacotherapeutisch Kompas, <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl> (2024, accessed 24 June 2024).

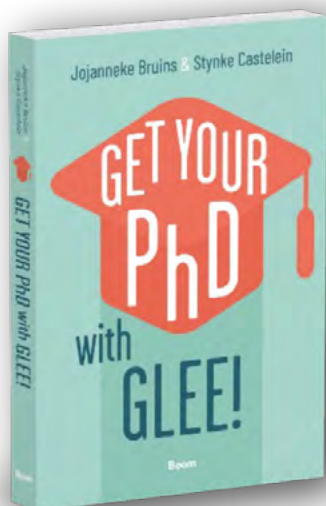
- 34 Nederlands Kenniscentrum voor Farmacotherapie bij Kinderen (NKFK). Kinderformularium, <https://www.kinderformularium.nl> (2008, accessed 24 June 2024).
- 35 Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, et al. *The RAND/UCLA appropriateness method user's manual*. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2001.
- 36 Landis JR and Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159–174.
- 37 Axmon A, Björne P, Nylander L, et al. Psychiatric diagnoses in relation to severity of intellectual disability and challenging behaviors: a register study among older people. *Aging Ment Health* 2018; 22: 1344–1350.
- 38 Dell'Armo K and Tassé MJ. Diagnostic overshadowing of psychological disorders in people with intellectual disability: a systematic review. *Am J Intellect Dev Disabil* 2024; 129:116–134.
- 39 Hanlon JT and Schmader KE. The medication appropriateness index: a clinimetric measure. *Psychother Psychosom* 2022; 91: 78–83.
- 40 Ramerman L, De Kuijper G and Hoekstra PJ. Adherence of clinicians to guidelines for the prescription of antipsychotic drugs to people with intellectual disabilities. *Adv Ment Health Intellect Disabil* 2017; 11: 110–125.
- 41 Ramerman L, Hoekstra PJ and De Kuijper G. Exploring barriers and facilitators in the implementation and use of guideline recommendations on antipsychotic drug prescriptions for people with intellectual disability. *J Appl Res Intellect Disabil* 2018; 31: 1062–1070.
- 42 Shankar R and Wilcock M. Improving knowledge of psychotropic prescribing in people with Intellectual Disability in primary care. *PLoS One* 2018; 13: e0204178.

Promoveren kun je leren

Stynke Castelein en Joanneke Bruins



Stynke Castelein (links) is bijzonder hoogleraar herstelbevordering bij ernstige psychische aandoeningen aan de Rijksuniversiteit Groningen en hoofd van de onderzoeksafdeling bij GGZ-instelling Lentis. Joanneke Bruins (rechts) is senior onderzoeker op de onderzoeksafdeling van GGZ-instelling Lentis. Samen zijn ze als promotor en copromotor betrokken bij de onderzoeken van diverse promovendi binnen de GGZ. Samen hebben zij het boek 'Promoveren kun je leren' geschreven.



In dit boek kom je allerlei vragen tegen waar een (aankomende) promovendus in Nederland mogelijk tegenaan loopt. Hoe vind je eigenlijk een promotieplek? Hoe begin je met je onderzoek? Waar zijn de overleggen met jouw promotieteam precies voor? Waar moet je aan denken bij het schrijven en publiceren van wetenschappelijke artikelen? Hoe ziet een proefschrift er eigenlijk uit? Hoe ga je dit de komende jaren vullen? Welke voorbereidingen moet je treffen voor de grote dag waarop je daadwerkelijk promoveert? En hoe bereid je je zorgvuldig voor op die spannende verdediging?

Het zou je als promovendus bijna gaan duizelen als je denkt aan alle dingen die horen bij het promoveren. En al helemaal als er ook nog eens geschreven en vooral ook veel ongeschreven regels zijn die je moet kennen. Maar geen zorgen, want deze vragen worden zo'n beetje door iedere promovendus gesteld.

'Promoveren kun je leren' kan promovendi helpen om wegwijs te worden in de wondere wereld van het promoveren tot wetenschapper, met adviezen en anekdotes vanaf dag één tot aan het bitterzoete einde van een promotieonderzoek. De tips bieden steun en handvatten in de zwaardere tijden, en de blunders en bijzondere ervaringen van alle voormalige promovendi zorgen hopelijk voor een brede glimlach tijdens het lezen.



Bestellen kan via [Boom.nl](https://boom.nl)

Over de Auteurs

- **Sebastiaan P.J. van Alphen**, Fac. Psychologie van de Vrije Universiteit Brussel en het centrum voor ouderen met persoonlijkheidsstoornissen, Mondriaan, Heerlen-Maastricht
- **Antoinette D.I. van Asselt**, Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), Fac. Medische Wetenschappen (RUG)
- **Femke den Besten**, psycholoog/criminoloog en promovenda bij FPC Dr. S. van Mesdag
- **Gretha Boersma**, verbonden aan Expertisecentrum Slaap en Psychiatrie en de Forensisch Psychiatrische Kliniek, GGZ Drenthe in Assen
- **Renske Bouman**, Universitair Medisch Centrum Groningen, (UMCG), Universitair Centrum Psychiatrie (UCP)
- **Rob H.S. van den Brink**, werkzaam bij het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), Universitair Centrum Psychiatrie (UCP)
- **Joanneke Bruins**, Lentis Psychiatrisch Instituut, Lentis Research en Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), Universitair Centrum voor Psychiatrie (UCP), Rob Giel Research Center (RGOC)
- **Stynke Castelein**, Lentis Psychiatrisch Instituut, Lentis Research; Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Afdeling Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie; Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Universitair Centrum voor Psychiatrie, Rob Giel Research Center (RGOC), Groningen
- **Silvia D.M. van Dijk**, Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), Universitair Centrum Psychiatrie (UCP)
- **Suzanne Haeyen**, Research Group Arts and Psychomotor Therapies in Health Care, HAN University of Applied Sciences, Nijmegen en verbonden aan Scelta, Expert Centre for Personality Disorders Apeldoorn, GGNet,
- **Jackie Heijman**, Research Group Arts and Psychomotor Therapies in Health Care, HAN University of Applied Sciences, Nijmegen
- **Josien Jonker**, onderzoeker bij GGZ Drenthe
- **Frederike Jörg**, werkzaam bij het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), Universitair Centrum Psychiatrie (UCP)
- **Annemieke Kamstra**, is werkzaam bij de GGZ Friesland en tevens verbonden aan het Universitair Medisch Centrum Groningen, Universitair Centrum Psychiatrie
- **Swanny Kremer**, filosoof, ethicus, Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC), Dr. S. van Mesdag Kliniek in Groningen
- **Gerda Margaretha de Kuijper**, GGZ Drenthe, Assen; Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), Universitair Centrum Psychiatrie (UCP)
- **Monique W. Lammers**, Mediant Geestelijke Gezondheidszorg, Enschede
- **Mitch Lases**, Lentis Psychiatrisch Instituut, Lentis Research en Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen
- **Mirjam Meek** is klinisch psycholoog, VGCT-supervisor en eigenaar van MeJa Centrum voor Zwangerschap en Psyche
- **Richard C. Oude Voshaar**, werkzaam bij het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), Universitair Centrum Psychiatrie (UCP)

- **Mirjam Radstaak**, University Twente, Faculty of Behavioural Management and Social sciences, Enschede
- **Marije de Ruiter**, GGZ Drenthe, Assen
- **Robert Schoevers**, werkzaam bij het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) , Universitair Centrum Psychiatrie (UCP)
- **Maureen M.J. Smeets-Janssen**, Molemann Mental Health, Amersfoort
- **Kor Spoelstra**, waarnemend opleider psychiatrie en geneesheer-directeur bij Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) en associate lector Verslaving en Leefstijl bij NHL Stenden
- **Karin Timmermans**, psychotherapeut/programmamanager bij Mediant, Kliniek de Boerhaven. Expertisecentrum persoonlijkheidsstoornissen
- **Saskia E. Troost**, Dimence Groep, Deventer
- **Dorothee H. Veenstra**, Van Andel Ouderenpsychiatrie, GGZ Friesland
- **Martine S. Veenstra-Spruit**, Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), Universitair Centrum Psychiatrie (UCP)
- **Sandra Vos**, docent-onderzoeker bij de Hanzehogeschool Groningen
- **Sybolt de Vries**, werkzaam bij de GGZ Friesland
- **Frank Vulker**, GGZ Rivierduinen, Leiden
- **Gerben J. Westerhof** , University Twente, Faculty of Behavioural Management and Social sciences, Enschede
- **Imke C.M. Wiersma**, Research Group Arts and Psychomotor Therapies in Health Care, HAN University of Applied Sciences, Nijmegen
- **Milou Wiersum**, werkzaam bij de GGZ Friesland
- **Hans Wouters**, Research Group Arts and Psychomotor Therapies in Health Care, HAN University of Applied Sciences, Nijmegen, Gelderland
- **Sytse Ulbe Zuidema**, Ouderengeneeskunde en Dementie, Rijksuniversiteit Groningen (RUG), Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) †

Redactie GGZet Wetenschappelijk

Gretha Boersma, *GGZ Drenthe*
Jojanneke Bruins, *Lentis*
Jos de Keijser, *GGZ Friesland*
Swanny Kremer, *FPC Dr. S. van Mesdag*
Kor Spoelstra, *VNN en NHL*
Karin Timmerman, *Mediant*
Liesbeth Visser, *Lentis, hoofdredacteur*
Sander de Vos, *GGZ Friesland*
Ingrid Tewelde, *UCP/UMCG*

Secretariaat

Berta Oosterloo
ggzetwetenschappelijk@rgoc.nl

Ontwerp en productie

Klaas van Slooten, bno

Oplage

300 exemplaren

ISSN 1389-1715

