



**Redactioneel - Onderzoek als een goedgevulde paella**

Jozanneke Bruins

**Column - Ongemak**

Swanny Kremer

**Landelijke implementatie van groepsschematherapie met psychomotorische therapie voor ouderen**

Wytske van der Veen, Silvia D. M. van Dijk

**Trends in polyfarmacie met antipsychotica en mogelijke overbehandeling met antipsychotica: een naturalistisch cohortonderzoek onder mensen in langdurige zorg**

Stijn Crutzen, Shiral Gangadin, Ken HO Hua, Ellen Visser, Frederike Jörg, Lisette van der Meer, Gerdina Hendrika Maria Pijnenborg, Wim Veling, Stynke Castelein

**Pijn is geen voorspellende factor voor cannabisgebruik bij mensen met psychotische stoornissen**

Mirjam H. Smid en Jozanneke Bruins

**Een nieuwe methode voor het bespreken van morele casussen met zowel forensische patiënten als personeel: ontwikkeling en eerste ervaringen**

Swanny Kremer, Bert Molewijk, Esther Lammers en Margreet Stolper

**Empathische accuraatheid bij individuen met een ultrahoog risico op psychose: gemeten met een taak met dynamische, realistische emotionele stimuli**

I.A. Meins, E.C.D. van der Stouwe, M. aan het Rot, B.E. Sportel, N. Boonstra, G.H.M. Pijnenborg

**Leefstijl in de klinische forensische psychiatrie - Kwalitatief onderzoek naar opvattingen van sociotherapeuten en patiënten over leefstijl(interventies**

Jantine E. Brouwer, Manna A. Alma, Gretha J. Boersma

**De CHAPTER leefstijlinterventie**

Charlie Schillemans

**Cognitive determinants of late life depression - Who and why?**

Astrid Lugtenburg



- 3** **Redactioneel - Onderzoek als een goedgevulde paella**  
Jozanneke Bruins
- 4** **Column - Ongemak**  
Swanny Kremer
- 6** **Landelijke implementatie van groepsschematherapie met psychomotorische therapie voor ouderen**  
Wytske van der Veen, Silvia D. M. van Dijk
- 12** **Trends in polyfarmacie met antipsychotica en mogelijke overbehandeling met antipsychotica: een naturalistisch cohortonderzoek onder mensen in langdurige zorg**  
Stijn Crutzen, Shiral Gangadin, Ken HO Hua, Ellen Visser, Frederike Jörg, Lisette van der Meer, Gerdina Hendrika Maria Pijnenborg, Wim Veling, Stynke Castelein
- 32** **Pijn is geen voorspellende factor voor cannabisgebruik bij mensen met psychotische stoornissen**  
Mirjam H. Smid en Jozanneke Bruins
- 46** **Een nieuwe methode voor het bespreken van morele casussen met zowel forensische patiënten als personeel: ontwikkeling en eerste ervaringen**  
Swanny Kremer, Bert Molewijk, Esther Lammers en Margreet Stolper
- 68** **Empathische accurateid bij individuen met een ultrahoog risico op psychose: gemeten met een taak met dynamische, realistische emotionele stimuli**  
I.A. Meins, E.C.D. van der Stouwe, M. aan het Rot, B.E. Sportel, N. Boonstra, G.H.M. Pijnenborg
- 88** **Leefstijl in de klinische forensische psychiatrie - Kwalitatief onderzoek naar opvattingen van sociotherapeuten en patiënten over leefstijl(interventies**  
Jantine E. Brouwer, Manna A. Alma, Gretha J. Boersma
- 104** **De CHAPTER leefstijlinterventie**  
Charlie Schillemans
- 108** **Cognitive determinants of late life depression - Who and why?**  
Astrid Lugtenburg
- 116** **Over de auteurs**



## Onderzoek als een goedgevulde paella

Bij wetenschappelijk onderzoek heeft men soms nog steeds het beeld van ernstige mensen in geruite colbertjes met dikke stapels stoffige boeken. Of lange witte jassen, veiligheidsbrillen en reageerbuisjes. Maar als ik kijk naar de inhoudsopgave van deze nieuwste editie van GGzet Wetenschappelijk, kan ik niet anders dan constateren dat de werkelijkheid er tegenwoordig toch heel anders uitziet.

Wetenschappelijk onderzoek binnen onze GGz-instellingen wordt gedaan door een breed scala aan mensen: gevestigde wetenschappers (onze senior onderzoekers en hoogleraren), onderzoekers in wording (onze promovendi; net beginnend, volop bezig of inmiddels al klaar), maar ook klinische mensen in opleiding tot specialist, die zich vol enthousiasme op wetenschappelijk onderzoek storten in het kader van hun opleiding.

En dan barst het ook nog eens van de verschillende typen wetenschappelijk onderzoek in deze editie. We hebben onderzoeken met grote cohorten van cliënten. Kwalitatieve onderzoeken en onderzoeken die kijken naar de implementatie van therapieën. Er komen nieuwe methodes voorbij en zelfs twee afgeronde promotieonderzoeken, met een Nederlandse samenvatting van de beide proefschriften.

In een paella zitten veel verschillende ingrediënten die los van elkaar uniek zijn, maar met elkaar toch één coherent geheel vormen. Zo dragen ook al deze verschillende soorten onderzoek én onderzoekers met elkaar bij aan het coherente geheel van wetenschappelijke kennis binnen de GGz. Opdat de inhoud van deze nieuwste GGzet Wetenschappelijk u maar net zo goed mag smaken als een bordje overheerlijke Spaanse paella.

*Jojanneke Bruins*  
Redacteur

## Ongemak

Terwijl ik de steile trap opklim die het nieuwere gedeelte van de tbs-kliniek verbindt met het hoofdgebouw, word ik van achteren ingehaald. Nu hij naast mij loopt houdt hij zijn tempo in en we beginnen een gesprekje. ‘Wat een regen hè?’, zeg ik. ‘Dat maakt mij niets uit’, zegt hij, ‘als ik maar naar buiten kan.’ Nadat ik van opzij oogcontact maak zeg ik: ‘Ja, dat kan ik wel een beetje begrijpen. Ik heb het al na een dag werken dat ik ‘buiten’ even diep inadem.’ Hij broemt voor zich uit: ‘Kijk, jij mag iedere dag naar buiten. Ik alleen als een ander dat bepaalt voor mij.’ Ik knik en zeg: ‘Jij bent in alles heel afhankelijk.’

### Leuke jurk

Dan ineens zegt hij: ‘Je hebt een leuke jurk aan.’ En meteen voel ik ongemak. Want die jurk heb ik aan: ‘Kijkt hij naar de jurk, of bekijkt hij mij?’ Toch zeg ik luchtig: ‘Dank je wel. Ik houd van jurken.’ Ondertussen zegt alles in mijn hoofd: ‘Wat vind ik hiervan?’

Het toeval wil dat ik verderop van een andere tbs-gestelde ineens augurken aangeboden krijg. ‘Net geoogst’, zegt hij. In mijn hoofd knalt direct een dilemma naar boven en ik vraag mijzelf af of ik deze augurken moet/mag/of behoort te accepteren. Daardoor ben ik zo in beslag genomen dat ik eindig met een paar augurken in mijn hand voordat ik ‘pap’ kan zeggen. Weer gaat mijn hoofd op hol: ‘Wat vind ik hiervan?’

### Worsteling

Als ik later in ‘het keukentje’ voor ons kantoor sta leg ik dit voor aan mijn collega’s die er op dat moment zijn. ‘Het is ook een leuke jurk’, zeg ik. ‘Maar door de jaren heen is de worsteling van professionele nabijheid versus voldoende afstand wel een ding.’ Dan maak ik mij er met een grapje vanaf: ‘Ik ben natuurlijk over de datum, maar toch...’

En dan zeg ik weer twijfelend: ‘En los van het ingewikkelde van cadeautjes accepteren, die augurken zijn misschien ook een soort fallussymbool?...’ en ik kijk bedenkelijk om mij heen.

**Contact**

“Ach’, zegt een oude rot in ons vak die ik tref in het keukentje: ‘De forensische psychiatrie wordt gekenmerkt door contact. Dat is ook nodig.’ Ik knik. En hij gaat door: ‘Natuurlijk moet er geen grensoverschrijdend gedrag plaatsvinden, maar in dat grijze gebied waar jij het over hebt maak je dagelijks afwegingen. Gingen zij een grens over?’ Terwijl ik ‘nee’ zeg schud ik mijn hoofd. ‘Je moet het er wel goed met elkaar over hebben’, zegt hij. Daarop knik ik en zeg: ‘Dit overkwam mij een beetje’, ik had geen compliment en ook geen augurken verwacht.’ Hij moet lachen en ik lach met hem mee.

Als ik weer achter mijn bureau zit mompel ik voor mij uit:

“Soms is een mooie jurk gewoon een mooie jurk.  
En een augurk gewoon een augurk.’

*Swanny Kremer*

# Landelijke implementatie van groeps-schematherapie met psychomotorische therapie voor ouderen

Wytske van der Veen\*, Silvia D. M. van Dijk

## Inleiding: een vaak vergeten doelgroep

Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen zijn geen zeldzaamheid. Prevalentieonderzoek toont dat deze problematiek bij poliklinische patiënten in de ouderenpsychiatrie tot 33% voorkomt en bij klinisch opgenomen patiënten zelfs tot 80% (Van Alphen e.a. 2015; Videler e.a. 2020). Ondanks deze hoge cijfers ontvangen veel ouderen geen psychotherapeutische behandeling, mede doordat zij vaak worden uitgesloten van behandeling op basis van de aanname dat verandering op latere leeftijd niet haalbaar is (Videler e.a. 2020). Dit is problematisch, omdat persoonlijkheidsstoornissen in de ouderenzorg leiden tot ernstige beperkingen in functioneren, relaties en kwaliteit van leven, en bovendien veel zorgvragen veroorzaken. Tegelijkertijd is er de laatste jaren steeds meer bewijs dat ouderen wel profiteren van psychotherapie, mits deze aansluit bij hun levensfase. Schematherapie is een veelbelovende behandelmethode omdat er expliciet aandacht wordt besteed aan thema's die op latere leeftijd spelen, zoals levensgeschiedenis, verlies, zingeving, rolverandering en de langdurige invloed van vroege ervaringen (Videler e.a. 2014). Dit artikel bouwt voort op een eerder gepubliceerde bijdrage over groeps-schematherapie met psychomotorische therapie voor ouderen in het *Tijdschrift voor Ouderenpsychologie* (Van der Veen & Van Dijk 2025). We beschrijven waarom schematherapie geschikt is voor ouderen, hoe psychomotorische therapie een waardevolle aanvulling vormt, wat een recente grootschalige studie laat zien en hoe we deze behandelmethode momenteel landelijk implementeren.

## Wat is schematherapie en waarom past het bij ouderen?

Schematherapie is ontwikkeld door Jeffrey Young (1990) en richt zich op het herkennen en veranderen van disfunctionele levenspatronen ('schema's') die zijn ontstaan door onvervulde basisbehoeften in de kindertijd. Young beschrijft vijf fundamentele behoeften: veilige hechting, autonomie, realistische grenzen, expressie van emoties en spontaniteit (Arntz e.a. 2021). Wanneer deze behoeften niet vervuld zijn bij een kind, ontstaan maladaptieve schema's (Young e.a. 2003) die later in het leven automatisch geactiveerd kunnen worden en het zelfbeeld, relaties en de wereldbeleving beïnvloeden (Young 1990).

---

\* Correspondentie: W. van der Veen, [w.van.der.veen01@umcg.nl](mailto:w.van.der.veen01@umcg.nl)

Informatie over de auteurs is te vinden op de [pagina](#) Over de auteurs achter in het tijdschrift.

ZonMw subsidienummer: 10390172310024

Wanneer een schema geactiveerd wordt, worden modi (enkelvoud: modus) getriggerd. Modi zijn tijdelijke gemoedstoestanden die tijdens pijnlijke jeugdervaringen dienden als copingsmechanismen, maar op latere leeftijd disfunctioneel kunnen zijn. Ze kunnen gemakkelijk getriggerd worden door situaties die aan vroeger herinneren en worden dan gekenmerkt door sterke emoties en disfunctioneel gedrag (Arntz & Van Genderen 2009), bijvoorbeeld het vermijden van conflict, overcontroleren of juist woede-uitbarstingen. Schematherapie helpt om deze schema's en modi te herkennen, te begrijpen en te veranderen. De therapie richt zich op het voldoen aan onvervulde basisbehoeften, het versterken van gezonde kanten en het leren reguleren van emoties.

---

*Een voorbeeld: Jan heeft het schema Mislukking, mogelijk ontstaan doordat in zijn jeugd vooral zijn tekortkomingen werden benadrukt en hij onvoldoende acceptatie en aanmoediging ervoer. In sociale situaties, en eerder in zijn leven in werksituaties, maakt Jan zich zorgen dat anderen hem niet mogen en dat hij tekortschiet. Hierdoor wordt de volgzaam overgave-modus geactiveerd: hij maakt zich onzichtbaar, richt zich volledig op de behoeften van anderen en negeert daarbij zijn eigen gevoelens en behoeften, waardoor hij niets nieuws durft te doen of voor te stellen.*

---

*Box 1: Vignet Jan*

Voor ouderen is schematherapie bijzonder relevant omdat zij vaak reflecteren op hun levensverhaal, verlieservaringen en de betekenis van hun leven. Levensgebeurtenissen zoals verlies van dierbaren, lichamelijke achteruitgang, rolverandering en sociale beperkingen spelen een centrale rol. Effectieve behandeling bij ouderen vraagt om een benadering die rekening houdt met dergelijke levensfase-specifieke thema's en dat deze expliciet worden geïntegreerd in het therapeutisch proces (Laidlaw e.a. 2003; Knight & Pachana 2015). Deze thema's zijn niet louter achtergrondfactoren, maar beïnvloeden actief hoe klachten worden beleefd en hoe iemand zich tot behandeling verhoudt. Schematherapie biedt expliciet ruimte voor narratieve verwerking en helpt om terugkerende patronen in relaties en coping inzichtelijk te maken en waar mogelijk te doorbreken (Videler e.a. 2012; Videler e.a. 2014).

Groepsschematherapie lijkt in diverse settings effectiever bij ouderen dan individuele therapie (Van Dijk e.a. 2023). Vanwege het interactieve karakter van de groep vinden deelnemers herkenning, feedback en oefening in sociaal gedrag (Zhang e.a. 2023). De veilige groepsstructuur stimuleert sociale activering, aangeven van grenzen, emotie-uiting en relatiepatronen. Voor ouderen is dit belangrijk, omdat sociale isolatie en terugtrekking vaak samengaan met persoonlijkheidsproblematiek. Uit onderzoek blijkt dat groepsschematherapie bij ouderen positieve resultaten oplevert, zowel bij cluster C als cluster B problematiek (Van Dijk e.a. 2025).

### **Schematherapie met psychomotorische therapie: van praten naar ervaren**

Hoewel schematherapie bij ouderen goed aansluit, is een puur verbale of cognitieve aanpak niet altijd voldoende. Ouderen beschrijven hun emotionele beleving

en innerlijke ervaringen vaak indirecter, mede door een generatiegebonden terughoudendheid in het uiten van emoties (Videler 2016). Veel ouderen zijn opgegroeid in een sociaal-culturele context waarin het expliciet benoemen van emoties minder gebruikelijk was. Ook uiten ouderen psychische problemen vaker via lichamelijke klachten en hebben zij soms meer moeite met abstracte cognitieve strategieën (Gould e.a. 2012). Daarom kan een ervaringsgerichte component, die minder afhankelijk is van verbaal of abstract denken, een belangrijke aanvulling zijn op schematherapie. Vooral bij cliënten met een vermijdende of overcontrolerende copingstijl blijkt een ervaringsgerichte benadering vaak effectiever (Van Alphen e.a. 2015).

Psychomotorische therapie richt zich op lichaam en beweging. Door fysieke en non-verbale oefeningen worden gevoelens, overtuigingen en gedragspatronen direct geactiveerd (Roman 2010). Binnen schematherapie wordt psychomotorische therapie ingezet om schema's en modi voelbaar te maken en om nieuw gedrag te oefenen in een veilige setting (Van Dijk e.a. 2025). Bijvoorbeeld door te oefenen met het innemen van ruimte in de groep, het fysiek uiten van boosheid, of het aangeven van grenzen via lichaamsgerichte interacties. Deze aanpak ondersteunt het ervaren van emoties, het aanleren van nieuw gedrag en het vergroten van lichaamsbewustzijn. Voor ouderen blijkt deze combinatie van schematherapie en psychomotorische therapie bijzonder waardevol. Omdat praten alleen soms niet genoeg is, bijvoorbeeld bij cognitieve beperkingen of wanneer iemand veel rationaliseert, biedt deze combinatie een andere ingang tot emoties (Van Alphen e.a. 2015). Uit onderzoek blijkt dat psychomotorische therapie zorgt voor verbeteringen in gezond gedrag en ouderen vallen minder vaak terug in oude, ongezonde reacties (Van Dijk e.a. 2025). De fysieke oefeningen in groepsverband versterken bovendien het gevoel van veiligheid, verbondenheid en motivatie. Hierdoor wordt schematherapie toegankelijker en mogelijk ook effectiever voor ouderen.

### **Onderzoek naar de effectiviteit van schematherapie met psychomotorische therapie**

Een belangrijk knelpunt in de ouderenpsychiatrie was het ontbreken van grootschalig, gerandomiseerd onderzoek naar de effectiviteit van schematherapie bij ouderen. Daarom is het bestaande kortdurende protocol voor groeps-schematherapie bij volwassenen (Van Vreeswijk & Broersen 2017) aangepast voor toepassing bij ouderen. Hierbij zijn expliciet levensfase-gerelateerde thema's geïntegreerd, waaronder verlieservaringen, somatische comorbiditeit en opvattingen over behandeling op latere leeftijd, en is de behandeling uitgebreid met psychomotorische therapie. Het aangepaste behandelprogramma beslaat een periode van 26 weken en omvat 18 wekelijkse groepsessies, bestaande uit een uur en 45 minuten verbale schematherapie en 1 uur psychomotorische therapie, aangevuld met twee maandelijkse terugkombijeenkomsten. De gekozen opzet combineert ruimte voor reflectie met ervaringsgericht oefenen, waardoor ouderen niet alleen inzicht verwerven in schema's en copingstijlen, maar ook direct nieuw gedrag kunnen uitproberen binnen de groep. Deze integratie van verbale en lichaamsgerichte interventies sluit nauw aan bij de leerstijl en therapeutische behoeften van oudere cliënten.

De effectiviteit van deze groepsbehandeling is onderzocht in een recente gerandomiseerde gecontroleerde studie onder ouderen met een cluster B- of C-persoonlijkheidsstoornis, gepubliceerd in *The Lancet Healthy Longevity* (Veenstra-Spruit e.a. 2024). In dit grootschalige onderzoek werd groepsschematherapie gecombineerd met psychomotorische therapie als interventie vergeleken met de gebruikelijke zorg, die voornamelijk bestond uit farmacotherapie en contacten met een psychiater, psycholoog, verpleegkundig specialist of casemanager. De uitkomsten laten zien dat deelnemers aan de interventiegroep sneller vooruitgang boekten, met een afname van psychopathologie en een toename van het mentale welbevinden. De middelgrote effecten gevonden tussen de interventiegroep en de controlegroep waren significant tot en met een jaar na start van de behandeling. Daarna nam het verschil tussen beide groepen geleidelijk af omdat ook in de controlegroep in de loop van de tijd verbetering optrad. De belangrijkste winst van de interventie ligt daarom vooral in het versnellen van herstel bij oudere patiënten.

Naast de klinische opbrengsten liet het onderzoek zien dat de interventie ook vanuit economisch perspectief gunstig uitpakt. De inzet van gespecialiseerde GGZ-zorg kon bij deelnemers aan groepsschematherapie met psychomotorische therapie vaker en in een eerder stadium worden afgerond, wat resulteerde in lagere totale zorgkosten. Deze kostenreductie lijkt samen te hangen met een versnelde uitstroom uit de GGZ en met verbeteringen in interpersoonlijk functioneren, doordat cliënten beter leren omgaan met langdurige emotionele kwetsbaarheden en relationele patronen. Daarmee blijkt de combinatie van een inzichtgerichte groepsbehandeling en ervaringsgerichte vaktherapie niet alleen klinisch effectief, maar ook kostenefficiënt.

### **Van bewijs naar praktijk: landelijke implementatie**

Naar aanleiding van de gunstige onderzoeksresultaten is, met financiering van ZonMw, een landelijk implementatieproject opgezet dat gericht is op het duurzaam inbedden van groepsschematherapie met psychomotorische therapie binnen de Nederlandse ouderenpsychiatrie. Het centrale doel van dit project is om deze bewezen effectieve behandeling breed beschikbaar te maken. Dit is een belangrijke stap omdat een bewezen interventie alleen leidt tot zorgverbetering als deze ook daadwerkelijk in de praktijk wordt toegepast en geborgd.

De implementatiestrategie richt zich op het scholen van behandelaren en het ondersteunen van behandelteams bij het aanbieden van een multidisciplinair behandelprogramma. Deelnemende ouderenteams krijgen een op maat samengesteld traject aangeboden, bestaande uit gerichte voorlichting en training, supervisie tijdens de eerste behandelgroep en ondersteuning bij het wegnemen van implementatiebarrières. Het proces heeft een iteratief karakter: met behulp van het Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) worden ervaringen systematisch geëvalueerd en waar nodig bijgesteld, onder andere via vragenlijsten en focusgroepen. Hierdoor ontstaat een leerproces waarin knelpunten in real time worden geïdentificeerd en oplossingen zo snel mogelijk kunnen worden ontwikkeld. Na afronding van het project worden de ontwikkelde voorlichtingsmaterialen, trainingsmodules en de implementatiehandleiding beschikbaar gesteld via de RGOc

Academie, het opleidings- en kennisplatform van het Rob Giel Onderzoekcentrum. In de laatste fase van het onderzoek wordt een lerend netwerk ingericht waarin behandelresultaten systematisch worden verzameld en teruggekoppeld. De verzamelde gegevens vormen de basis voor verdere verfijning van de behandeling, het aanscherpen van de indicatiestelling en het borgen van de kwaliteit op langere termijn. Dit is belangrijk omdat uit een systematische review blijkt dat schematherapie ook bij andere psychiatrische aandoeningen, zoals depressie, angst, PTSS, verslaving en autisme, effectief kan zijn (Van Dijk e.a. 2023). Deze bevindingen sluiten aan bij de resultaten van de studie van Veenstra-Spruit e.a. (2024), waarin het grootste deel van de deelnemers co-morbide psychiatrische problematiek had. Om die reden worden in het implementatieproject ook ouderen met chronische psychiatrische problematiek opgenomen. Ouderen met ernstige cognitieve problematiek, zoals dementie, of met een ernstige psychiatrische aandoening waardoor schematherapie op dit moment niet haalbaar is, blijven echter uitgesloten.

De landelijke implementatie van groepsschematherapie met psychomotorische therapie biedt meerdere kansen voor de ouderenpsychiatrie. Ten eerste maakt het project het mogelijk dat meer ouderen met persoonlijkheidsproblematiek toegang krijgen tot een bewezen effectieve behandeling die aansluit bij de kenmerken van deze levensfase. Daarnaast versterkt het implementatietraject de deskundigheid binnen instellingen doordat behandelteams via gerichte training, supervisie en een lerend netwerk hun kennis en vaardigheden kunnen uitbreiden en onderling kunnen uitwisselen. Het project laat bovendien zien hoe een nauwe samenwerking tussen onderzoek en praktijk kan bijdragen aan zorgverbetering, doordat behandelaren en onderzoekers in een doorlopend feedbackproces gezamenlijk leren en bijsturen.

### Conclusie en uitnodiging voor deelname

Groepsschematherapie verrijkt met psychomotorische therapie vormt een veelbelovende en bewezen behandeloptie voor ouderen. Door het combineren van inzicht, levensgeschiedenis, ervaringsgerichte oefeningen en groepsdynamiek sluit de behandeling goed aan bij de specifieke behoeften van deze doelgroep en biedt zij een effectieve manier om hardnekkige patronen te doorbreken. Recent onderzoek toont aan dat deze behandeling leidt tot een snellere verbetering van klachten en welbevinden, en bovendien kosteneffectief is. Het landelijke implementatieproject creëert de mogelijkheid om deze interventie structureel te verankeren in de ouderenpsychiatrie, zodat meer ouderen toegang krijgen tot passende, effectieve zorg. Ouderenteams in de (s)GGZ die interesse hebben in deelname aan het project of meer informatie willen ontvangen, kunnen contact opnemen via [implementatieschematherapie@umcg.nl](mailto:implementatieschematherapie@umcg.nl)

Een gewijzigde versie van dit artikel is eerder verschenen in:

Van der Veen, W., & Van Dijk, S. D. M. (2025).

Groepsschematherapie met psychomotorische therapie voor ouderen: van onderzoek naar praktijk.

*Tijdschrift voor Ouderenpsychologie*, 2(2), 16–22.



## Referenties

- Arntz A, Van Genderen H. Schema therapy for borderline personality disorder. Oxford: Wiley Blackwell; 2009.
- Arntz, A, Rijkeboer, M, Chan E, Fassbinder E, Karaosmanoglu A, Lee CW, e.a. Towards a reformulated theory underlying schema therapy: Position paper of an international workgroup. *Cogn Ther Res* 2021; 45(6): 1007-1020.
- Gould RL, Coulson MC, Howard RJ. Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60(2): 218-229.
- Knight BG, Pachana, NA. Psychological assessment and therapy in older adults. Oxford: Oxford University Press; 2015.
- Laidlaw K, Thompson LW, Dick-Siskin L, Gallagher-Thompson D. Cognitive behaviour therapy with older people. Chichester: Wiley; 2003.
- Roman M. (2010). Physical exercise as psychotherapeutic strategy: How long? What will it take?. *Issues Ment Health Nurs* 2010; 31(2): 153-154.
- Van Alphen SP, Van Dijk SD, Videler AC, Rossi G, Dierckx E, Bouckaert F, e.a. Personality disorders in older adults: Emerging research issues. *Curr Psychiatry Rep* 2015; 17(1): 538.
- Van der Veen W, Van Dijk SDM. Groepsschematherapie met psychomotorische therapie voor ouderen: van onderzoek naar praktijk. *Tijdschrift voor Ouderenpsychologie* 2025; 2(2): 16-22.
- 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(2): 233-262.
- 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 Gerontol* 2025; 48(4): 772-778.
- Van Vreeswijk M, Broersen J. Handleiding kortdurende schematherapie. Bohn Stafleu van Loghum; 2017.
- Veenstra-Spruit MS, Bouman R, Van Dijk SD, Van Asselt AD, Van Alphen SP, Veenstra DH, e.a. Group schema therapy combined with psychomotor therapy for older adults with a personality disorder: An open-label, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Healthy Longev* 2024; 5(4): e245-e254.
- Videler AC. Treatment of personality disorders in older adults: Beyond therapeutic nihilism. Ipskamp; 2016.
- Videler AC, Van Royen RJ, Van Alphen SP. Schema therapy with older adults: Call for evidence. *Int Psychogeriatr* 2012; 24(7): 1186-1187.
- Videler AC, Ouwens MA, Van Dijk SD, Van Alphen SPJ. Psychologische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen: Stand van zaken en suggesties voor onderzoek. *Tijdschr Gerontol Geriatr* 2020; 2: 1-10.
- 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(10): 1709-1717.
- Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Professional Resource Exchange, Inc.; 2019.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford Press; 2003.
- Zhang K, Hu X, Ma L, Xie Q, Wang Z, Fan C, e.a. The efficacy of schema therapy for personality disorders: A systematic review and meta-analysis. *Nord J Psychiatry* 2023; 77(7): 641-650.

# Trends in polyfarmacie met antipsychotica en mogelijke overbehandeling met antipsychotica: een naturalistisch cohortonderzoek onder mensen in langdurige zorg

Stijn Crutzen\*, Shiral Gangadin, Ken HO Hua, Ellen Visser, Frederike Jörg, Lisette van der Meer, Gerdina Hendrika Maria Pijnenborg, Wim Veling, Stynke Castelein

## Samenvatting

### Achtergrond

Vanwege de bijwerkingen van antipsychotica is overbehandeling een belangrijk punt van zorg. Eerder onderzoek richtte zich op polyfarmacie met antipsychotica en uitzonderlijk hoge doseringen. In deze studie is het doel om veranderingen in de loop der jaren in kaart te brengen van mogelijke overbehandeling, polyfarmacie met antipsychotica, de totale dosis antipsychotica en de subjectieve ervaringen van bijwerkingen. Bovendien zal het verband tussen de totale dosis en polyfarmacie met antipsychotica en de subjectieve ervaring van bijwerkingen worden onderzocht.

### Onderzoeksopzet

Er werd gebruikgemaakt van gegevens uit een naturalistisch longitudinaal cohort (PHAMOUS, 2013–2021). Potentiële overbehandeling werd gedefinieerd als een antipsychoticadosis gelijk aan > 5 mg risperidon of polyfarmacie met antipsychotica, in combinatie met een hoge subjectieve bijwerkingenlast. Er werden mixed-effectmodellen gebruikt om trends in potentiële overbehandeling, polyfarmacie met antipsychotica, totale antipsychoticadosis en subjectieve bijwerkingenlast te onderzoeken en om het verband tussen de totale dosis en polyfarmacie met antipsychotica en de subjectieve bijwerkingenlast te onderzoeken.

### Onderzoeksresultaten

In totaal werden 15.717 waarnemingen bij 5.107 deelnemers gebruikt. Een derde van de deelnemers werd potentieel overbehandeld, dit veranderde in niet in de tijd. De prevalentie van een dosis hoger dan het equivalent van 5 mg risperidon nam af, de prevalentie van antipsychotica polyfarmacie nam toe en de subjectieve

---

\* Correspondentieadres: Stijn Crutzen, e.mai.s.cruzten@lentis.nl

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

last van bijwerkingen nam af. Een hogere dosis en antipsychotica polyfarmacie gingen gepaard met een grotere subjectieve bijwerkingenlast. Conclusie Patiënten die potentieel overbehandeld worden, moeten opnieuw worden geëvalueerd om te beoordelen of aanpassingen nodig zijn. Om te beoordelen of een patiënt daadwerkelijk overbehandeld wordt, moet rekening worden gehouden met de klinische geschiedenis, het aantal terugvallen, de voorkeuren van de patiënt, het algemeen functioneren, eerdere pogingen om de behandeling met antipsychotica te verminderen en de ernst van de ziekte in het verleden.

#### *Sleutelwoorden*

Psychose; bijwerkingen; afbouwen van medicatie

### **Inleiding**

Antipsychotica vormen een essentieel onderdeel van de behandeling van psychotische stoornissen.<sup>1</sup> Ze worden gebruikt om symptomen te verminderen en om toekomstige psychotische episodes te voorkomen.<sup>2-4</sup> Vooral positieve symptomen reageren goed op behandeling met antipsychotica, en binnen therapeutische doseringen is deze respons dosisafhankelijk.<sup>2,3</sup> Het afbouwen van antipsychotica verhoogt het risico op een terugval binnen de eerste twee jaar na het afbouwen, maar de lange termijn gevolgen zijn grotendeels onduidelijk.<sup>4-6</sup> Hoewel de voordelen op het gebied van symptoomvermindering en terugvalpercentages op korte termijn duidelijk zijn, kunnen antipsychotica ernstige bijwerkingen veroorzaken.<sup>7,8</sup> Zo kunnen ernstige extrapiramidale, cardiometabole, trombotische, sedatieve, seksuele en cognitieve bijwerkingen invaliderend zijn en schadelijk voor de gezondheid van patiënten op de lange termijn.<sup>7,8</sup> De totale levensverwachting is 10-15 jaar korter bij mensen met schizofrenie, deels als gevolg van een hoger risico op hart- en vaatziekten.<sup>9,10</sup> Hoewel het gebruik van antipsychotica in het algemeen in verband is gebracht met een lagere mortaliteit,<sup>11</sup> kunnen de cardiometabole bijwerkingen van antipsychotica bijdragen aan het verhoogde risico op hart- en vaatziekten.<sup>9,10</sup> Van de meeste bijwerkingen van antipsychotica is aangetoond dat ze dosisafhankelijk zijn.<sup>12,13</sup> Bovendien melden mensen die behandeld worden met antipsychotica polyfarmacie (d.w.z. gelijktijdig gebruik van twee of meer antipsychotica) meer ontevredenheid over de behandeling als gevolg van bijwerkingen dan degenen die monotherapie gebruiken, zelfs wanneer gecorrigeerd wordt voor de totale dosis.<sup>14</sup> Vanuit het perspectief van patiënten kunnen de bijwerkingen van antipsychotica worden ervaren als een grote last die zwaarder kan wegen dan de potentiële voordelen van de behandeling.<sup>15</sup> Het ervaren van bijwerkingen van een behandeling met antipsychotica wordt vaak genoemd als een belangrijke reden om de behandeling met antipsychotica te willen stoppen.<sup>15-18</sup> Vanwege de ernstige bijwerkingen van antipsychotica, die vaak al optreden binnen therapeutische doseringen, is overbehandeling een belangrijk punt van zorg. Wat als een ongepast hoge dosis antipsychotica kan worden beschouwd, verschilt sterk van patiënt tot patiënt. Richtlijnen bevelen het gebruik van de laagst mogelijke dosis antipsychotica aan bij patiënten die in symptomatische remissie verkeren.<sup>19,20</sup> Voor sommige patiënten kan een hoge dosis nodig en effectief zijn, de voorkeur genietend en goed te verdragen zijn, terwijl andere patiënten beter functioneren op een lage

dosis.<sup>21</sup> Een meta-analyse van RCT's toonde aan dat op populatieniveau doseringen boven het equivalent van 5 mg risperidon niet leiden tot een verdere afname van het risico op terugval en symptomen niet verder verminderen.<sup>12</sup>

Het meeste onderzoek naar overbehandeling met antipsychotica heeft zich gericht op polyfarmacie met antipsychotica en uitzonderlijk hoge totale antipsychotica doseringen (> 3× de aanbevolen dagelijkse dosering). Het bewijs voor het gebruik van polyfarmacie met antipsychotica ten opzichte van monotherapie is beperkt en in lijn hiermee wordt het gebruik ervan afgeraden door nationale en internationale richtlijnen.<sup>19,20,22-24</sup> Bovendien wordt polyfarmacie met antipsychotica in verband gebracht met een hoger risico op het maligne neurolepticasyndroom.<sup>25</sup> Toch kunnen er voordelen zijn aan polyfarmacie met antipsychotica, zoals blijkt uit recente grote landelijke cohortstudies.<sup>22,26,27</sup> Ondanks richtlijnen die het gebruik van polyfarmacie met antipsychotica afraden, wordt het in de praktijk veel toegepast (IQR = 12,95%-35,0%).<sup>28,29</sup> Hoewel de prevalentie van polyfarmacie met antipsychotica in verschillende landen uitgebreid is onderzocht, is er weinig bekend over de prevalentie van overbehandeling met antipsychotica, waarbij zowel polyfarmacie met antipsychotica als een ongepast hoge dosis in meegenomen worden.

Het doel van dit onderzoek is om de prevalentie van potentiële overbehandeling met antipsychotica bij mensen met een psychotische stoornis in de langdurige zorg in kaart te brengen door informatie over de dosering, het aantal antipsychotica en de subjectieve bijwerkingenlast te combineren in een naturalistisch cohort. Er zal worden gekeken naar veranderingen in de loop der jaren in potentiële overbehandeling, antipsychotica polyfarmacie, de totale antipsychotica dosering en de subjectieve bijwerkingenlast. Bovendien zal het verband tussen de totale dosis antipsychotica en polyfarmacie met antipsychotica enerzijds en de subjectieve bijwerkingenlast anderzijds worden onderzocht.

## Methoden

### *Opzet en deelnemers*

Er is gebruikgemaakt van gegevens uit de Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey (PHAMOUS), een naturalistisch dynamisch cohort van patiënten met een psychotische spectrumstoornis.<sup>30</sup> PHAMOUS is een doorlopend programma voor routinematige uitkomstmonitoring waarbij patiënten met een psychotische stoornis worden uitgenodigd om deel te nemen aan jaarlijkse screenings. Als onderdeel van de screening onderzoeken getrainde verpleegkundigen de mentale en fysieke gezondheid van de deelnemers. Het cohort bestaat uit patiënten die langdurige zorg ontvangen van vier instellingen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Patiënten krijgen meestal ambulante behandeling, zijn opgenomen in een instelling of liggen in het ziekenhuis zonder dat ze op het moment van de screening een acute psychose episode hebben. De jaarlijkse enquête wordt gebruikt om behandelingsdoelen vast te stellen en in de regel worden patiënten die acute behandeling krijgen niet gescreend. Het cohort is eerder in detail beschreven.<sup>30</sup> Er werd gebruikgemaakt van observaties uit de jaren 2013 tot en met 2021. Deze periode is gekozen omdat de subjectieve bijwerkingenlast in deze periode werd beoordeeld met de Subjects' Response to Antipsychotics (SRA-34)-vragenlijst.

Deelnemers/observaties werden meegenomen wanneer ze 18 jaar of ouder waren, voldeden aan de criteria voor de diagnose van een schizofreniespectrumstoornis en andere psychotische stoornissen volgens de DSM-IV/DSM-5<sup>31,32</sup> en ten minste één antipsychoticum uit de ATC-classificatiegroep (Anatomical Therapeutic Chemical) voor antipsychotica (N05A) voorgeschreven kregen op het moment van de observatie, met uitzondering van lithium (N05AN01) en fenothiazinen met een alifatische zijketen (N05AA). Lithium is uitgesloten omdat het wordt gebruikt als stemmingsstabilisator en geen farmacologische werking deelt met de andere medicijnen die als antipsychoticum zijn geïndiceerd. Fenothiazinen zijn uitgesloten omdat ze worden gebruikt om misselijkheid te behandelen.

### Uitkomsten

*Potentiële overbehandeling* Voor een individu met een psychotische stoornis is overbehandeling met antipsychotica moeilijk te definiëren zonder een volledig klinisch beeld van de patiënt. Vanwege individuele verschillen in farmacokinetiek, farmacodynamiek, symptomen en behandelingsvoorkeuren kunnen hoge doses voor sommige patiënten nodig, effectief, gewenst en goed verdraagbaar zijn.<sup>21</sup> Bij gebrek aan een volledig klinisch beeld gebruiken we de term ‘potentiële overbehandeling’ in plaats van ‘overbehandeling’. Voor dit artikel werd *potentiële overbehandeling gedefinieerd als een hogere dosis antipsychotica dan nodig is om terugval te voorkomen of polyfarmacie met antipsychotica*, in combinatie met een *hoge subjectieve bijwerkingslast*.

*Dosis antipsychotica en polyfarmacie* Uit een meta-analyse van RCT's bleek dat doses boven het equivalent van 5 mg risperidon op populatieniveau niet leiden tot een verdere afname van het risico op terugval.<sup>12</sup> Uit subgroepanalyses bleek dat deze drempelwaarde voor patiënten in remissie lager ligt (2,5 mg). Uit dezelfde meta-analyse van RCT's bleek dat op populatieniveau de symptomen niet verder afnamen bij het voorschrijven van een dosis hoger dan het equivalent van 5 mg risperidon.<sup>12</sup> Aangezien het PHAMOUS-cohort zowel uit patiënten in remissie als uit patiënten buiten remissie bestaat, werd een hogere dosis antipsychotica dan nodig om terugval te voorkomen gedefinieerd als een dosis hoger dan het equivalent van 5 mg risperidon. We berekenden risperidon-equivalenten volgens de meta-analyses van Leucht et al. (2021).<sup>12</sup> Waar mogelijk gebeurde dit met de maximale effectieve dosis methode.<sup>2</sup> Voor antipsychotica waarvoor dit niet mogelijk was, werden de volgende methoden in opeenvolgende volgorde gebruikt: de minimale effectieve dosis methode<sup>33,34</sup> de gemiddelde dosis methode,<sup>35,36</sup> de dagelijks gedefinieerde dosis methode (DDD),<sup>37</sup> en de internationale consensus over antipsychoticadoseringen.<sup>38</sup> Polyfarmacie met antipsychotica werd gedefinieerd als het gelijktijdig gebruik van twee of meer antipsychotica (ATC N05A), met uitzondering van lithium (N05AN01) en fenothiazinen met een alifatische zijketen (N05AA).

*Subjectieve belasting door bijwerkingen* De subjectieve belasting door bijwerkingen werd gemeten met de SRA-34,<sup>39</sup> de verkorte versie van de SRA-74. De SRA-34 bestaat uit 10 vragen over gewenste en 24 vragen over ongewenste effecten van antipsychotica, die worden beoordeeld op een schaal van ‘niet aanwezig’ (0), ‘ja,

mild' (1) tot 'ja, ernstig' (2). Een totale score voor de ongewenste effecten werd berekend door de 24 ongewenste items bij elkaar op te tellen. Ontbrekende items werden beschouwd als niet aanwezig(0). Wanneer er meer dan vier items ontbraken, werd de observatie uitgesloten van de analyse. Item 34 over „minder frequente menstruatie“ werd alleen meegenomen in de berekening voor vrouwen. Deelnemers worden geacht een hoge subjectieve bijwerkingenlast te hebben wanneer zij op ten minste één item „ja, ernstig (2)“ scoorden OF op ten minste vijf van de vierentwintig vragen over ongewenste effecten van antipsychotica „ja, mild (1)“ scoorden. Er werden twee gevoeligheidsanalyses uitgevoerd met strengere drempelwaarden: A) ten minste één 'ja, ernstig (2)' EN een totale score van acht en B) ten minste één 'ja, ernstig (2)' EN een totale score van twaalf.

*Symptomatische remissie* Op basis van de consensus van de werkgroep 'Remissie bij schizofrenie' werd symptomatische remissie gedefinieerd als een score van  $\leq 3$  op de acht remissie-items van de Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia (PANSS-R).<sup>40</sup> De remissie-items van de PANSS bestaan uit de volgende acht items: wanen (P1), conceptuele desorganisatie (P2) en hallucinatoir gedrag (P3), vlak affect (N1), passieve/apathische sociale terugtrekking (N4) en gebrek aan spontaniteit en gespreksstroom (N6), maniërismen en houdingsafwijkingen (G5), en ongewone gedachteninhoud (G9). De remissiestatus werd tijdens elke observatie beoordeeld.

*Tijd* De tijd in jaren sinds het begin van de observatieperiode wordt bepaald door het verschil te berekenen tussen de datum van elke observatie in de dataset en de datum van de eerste meting in de dataset (2 januari 2013). De tijd werd berekend in precieze, niet-afgeronde jaren.

#### *Gegevensanalyse*

De prevalentie van mogelijke overbehandeling, antipsychotica polyfarmacie, symptomatische remissie, een totale dosis antipsychotica van meer dan het equivalent van 5 mg risperidon en een hoge subjectieve bijwerkingenlast werd per jaar berekend. Wanneer een patiënt twee waarnemingen per kalenderjaar had, werd alleen de eerste waarneming meegenomen. Dit gebeurde uitsluitend voor de beschrijvende statistieken. De dataset bevat meerdere waarnemingen per deelnemer op verschillende tijdstippen (waarnemingen zijn genest in individuen). Daarom werden mixed-effect logistische regressiemodellen gebruikt om te beoordelen of de prevalentie van mogelijke overbehandeling en antipsychotica polyfarmacie in de loop der jaren is veranderd. In een subgroepanalyse werden de waarnemingen opgesplitst op basis van symptomatische remissie. In gevoeligheidsanalyses werden strengere drempelwaarden gebruikt voor de subjectieve bijwerkingenlast, gemeten met de SRA-34. Ten slotte hebben we in aanvullende gevoeligheidsanalyses waarnemingen uit de jaren 2020 en 2021 uitgesloten, aangezien er vanwege de COVID-pandemie minder metingen zijn uitgevoerd. Dit kan in die jaren tot een selectiebias hebben geleid. De resultaten van deze gevoeligheidsanalyses zijn te vinden in aanvullende bijlage I. Er werden mixed effect lineaire regressiemodellen gebruikt om veranderingen in de subjectieve bijwerkingenlast in de loop der jaren te onderzoeken. Voor alle gemengde-effectmodellen werd voor elke deelnemer (cluster) een willekeurig intercept gebruikt. Voor elke uitkomst werd de tijd (in jaren) sinds de eerste meting in de dataset opgenomen als een vast effect in het model. Er werd

een lineair regressiemodel met gemengde effecten gebruikt om te beoordelen of de totale dosis antipsychotica en polyfarmacie met antipsychotica geassocieerd waren met de totale subjectieve bijwerkingenlast, waarbij een correctie werd voor tijd (inclusief een willekeurige helling), leeftijd en geslacht. In een gevoeligheidsanalyse hebben we aan het model toegevoegd of een patiënt al dan niet ten minste één depot antipsychoticum gebruikt. De resultaten van deze analyse zijn te vinden in aanvullende bijlage I. Voor alle analyses werd gebruikgemaakt van complete case-analyses en paarsgewijze verwijdering. Alle analyses werden uitgevoerd in STATA 18.0.

### *Ethiek*

PHAMOUS is een doorlopend programma voor routinematige uitkomstmonitoring en een naturalistisch Nederlands cohortonderzoek dat in 2006 van start is gegaan. Het wordt uitgevoerd in vier instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in Noord-Nederland en maakt deel uit van de reguliere zorg. Alle mensen met psychotische stoornissen en/of mensen die antipsychotica gebruiken, worden uitgenodigd om deel te nemen aan jaarlijkse screenings, zonder uitsluitingscriteria voor deelname. Tijdens de screening onderzoeken getrainde verpleegkundigen de mentale en fysieke gezondheid van de deelnemers. Er wordt een rapport opgesteld dat door zorggebruikers en zorgverleners wordt gebruikt om een behandelplan op te stellen. In overeenstemming met de Verklaring van Helsinki worden zorggebruikers geïnformeerd dat hun gepseudonimiseerde gegevens kunnen worden gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek, en hebben zij de mogelijkheid voor opt-out voor het gebruik van hun gegevens. Onderzoek op basis van deze dataset is door de Medisch-Ethische Commissie van het Universitair Medisch Centrum Groningen vrijgesteld van de Wet op het medisch onderzoek met proefpersonen (WMO). Deze vrijstelling is verleend omdat er geen extra belasting voor de zorggebruikers ontstaat, het onderzoek betrekking heeft op reeds bestaande routinegegevens uit de gezondheidszorg en het onderzoek met de gegevens een breed algemeen belang dient.

### **Resultaten**

In totaal werd gebruikgemaakt van 15.717 waarnemingen bij 5.107 personen. Uit tabel 1 blijkt dat ongeveer tweederde van de deelnemers man was. Met kleine schommelingen door de jaren heen lag de gemiddelde leeftijd rond de 45 jaar. Ongeveer de helft van de deelnemers in dit cohort verkeerde in symptomatische remissie; in de jaren 2020 en 2021 was dit bijna 55%. Bij de meerderheid (65%-70%) van de deelnemers was de diagnose schizofrenie gesteld en de gemiddelde ziekte duur lag tussen de 18 en 21 jaar.

**Tabel 1** Kenmerken van de deelnemers per kalenderjaar

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
N	2,228	2,303	2,102	1,759	1,647	1,578	1,729	1,142	1,131
Age, mean (SD)	45.1 (11.9)	44.9 (11.7)	45.3 (11.9)	45.2 (12.2)	45.7 (11.6)	45.6 (11.5)	45.9 (11.6)	46.1 (11.6)	46.4 (11.5)
Sex (male), %	62.7	64.1	64.8	64.8	66.4	66.2	64.3	64.5	67.0
Duration of illness (years), mean (SD)	18.0 (11.3)	17.9 (11.3)	18.3 (11.7)	18.3 (11.8)	19.1 (11.5)	19.1 (11.9)	19.2 (11.9)	19.5 (11.7)	20.6 (11.9)
PANSS general psychopathology scale sum score, mean (SD)	25.8 (7.8)	25.8 (7.9)	26.3 (7.9)	25.5 (7.8)	25.9 (8.0)	25.1 (7.1)	25.0 (6.9)	24.4 (6.3)	23.4 (5.8)
PANSS positive symptoms scale sum score, mean (SD)	12.0 (4.7)	11.6 (4.7)	11.9 (4.9)	11.4 (4.7)	11.9 (4.7)	11.4 (4.5)	11.5 (4.5)	11.2 (4.1)	11.3 (3.8)
PANSS negative symptoms scale sum score, mean (SD)	13.9 (6.1)	13.7 (6.1)	13.6 (5.6)	13.0 (5.7)	12.8 (5.5)	12.5 (5.0)	12.3 (4.9)	12.1 (4.6)	11.8 (4.7)
Symptomatic remission, %	45.9	49.0	50.6	52.3	51.4	52.1	50.8	55.6	57.9
Main diagnosis, %									
Schizophrenia	65.6	67.7	69.2	70.7	68.9	66.7	69.7	62.5	67.0
Delusional disorder	1.6	1.5	2.1	1.8	1.7	1.7	1.8	1.5	2.1
Schizophreniform disorder	1.4	1.7	1.3	1.9	1.8	0	0	0	0
Substance abuse psychosis	0.9	1.0	1.1	1.1	0.6	1.5	1.3	0.9	1.1
Schizoaffective disorder	13.7	13.4	12.9	14.5	17.1	15.8	15.2	16.4	14.6
Psychosis NOS	3.3	3.2	2.9	2.8	2.3	4.9	4.0	3.6	2.6
Unknown psychotic disorder	13.6	11.6	10.4	7.2	7.6	9.5	8.0	15.1	12.6
Potentially over-treated, %	32.9	34.3	33.9	33.0	32.6	34.0	32.1	33.4	30.5
Antipsychotic polypharmacy, %	23.7	23.8	23.8	24.9	26.7	25.5	26.3	25.5	27.4
Risperidone equivalent total dose (mg), median (IQR)	4.3 (2.3-8.3)	4.2 (2.3-8.2)	4.2 (2.3-8.0)	4.2 (2.3-7.7)	4.2 (2.3-7.8)	4.2 (2.3-8.0)	4.2 (2.3-8.0)	4.1 (2.3-7.8)	4.0 (2.3-7.6)
Total side effect burden, mean (SD)	10.7 (7.4)	10.8 (7.5)	10.9 (7.8)	11.5 (7.7)	11.5 (7.5)	11.6 (8.3)	10.4 (7.7)	10.9 (7.8)	11.2 (7.8)
Clozapine use, %	28.8	27.6	28.5	26.7	28.5	28.2	30.0	29.0	31.3
Long-acting injectable antipsychotic, %	23.4	23.4	23.4	24.4	25.5	24.9	25.4	28.1	26.7

*Potentiële overbehandeling in de loop van de tijd*

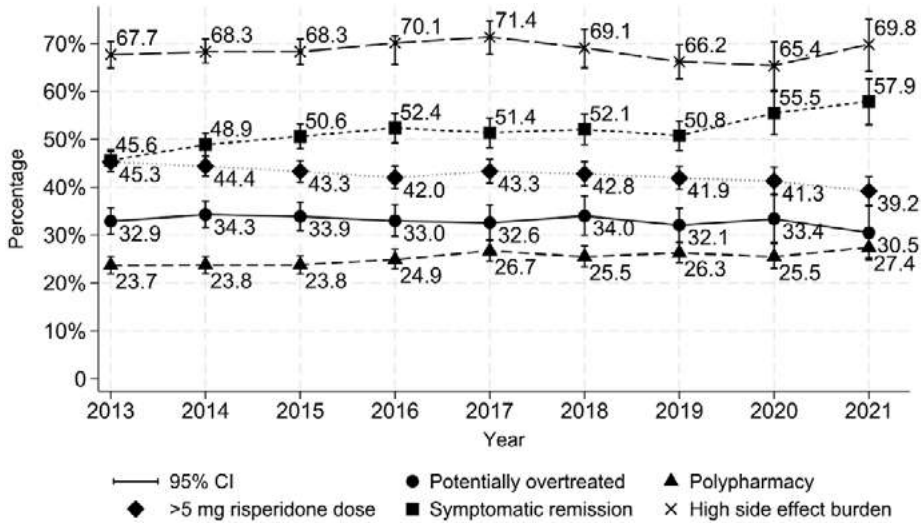
*Figuur 1* toont het percentage deelnemers dat potentieel overbehandeld werd met antipsychotica van 2013 tot 2021. Potentiële overbehandeling varieerde van 30,5% in 2021 tot 34,3% in 2014. In het mixed effect logistische regressiemodel met werden in totaal 6.698 waarnemingen bij 2.621 personen gebruikt. Er werd een intra-klasse correlatie van 0,697 gevonden, wat erop wijst dat dezelfde patiënten vaak potentieel overbehandeld werden. Er werd geen verandering in de prevalentie van potentiële overbehandeling door de jaren heen gevonden ( $z = -1,15$ ;  $P = 0,249$ ) met een odds ratio van 0,979 (95% BI [0,9443; 1,015]).

Daarnaast werden twee gevoeligheidsanalyses uitgevoerd. In de eerste gevoeligheidsanalyse werd een strengere drempelwaarde gehanteerd voor de definitie van een hoge subjectieve bijwerkingenlast. De potentiële overbehandeling bij toepassing van deze strengere drempelwaarde varieerde van 25,4% in 2019 tot 27,9% in 2018. Dit model liet geen statistisch significante verandering in de tijd zien in potentiële overbehandeling ( $z = -0,981$ ;  $P = 0,326$ ) met een odds ratio van 0,981 (95% BI [0,943; 1,020]). In de tweede gevoeligheidsanalyse werd de strengste drempelwaarde gebruikt. Potentiële overbehandeling varieerde van 18,6% in 2020 tot 21,7% in 2018. Dit model liet in de loop van de tijd een statistisch significante afname zien in potentiële overbehandeling ( $z = -2,51$ ;  $P = 0,012$ ) met een odds ratio van 0,946 (95% BI [0,906; 0,988]).

In een subgroepanalyse werden deelnemers die in symptomatische remissie waren en deelnemers die niet in symptomatische remissie waren, afzonderlijk geanalyseerd. *Figuur 2A* toont het percentage deelnemers bij wie mogelijk sprake was van overbehandeling, uitgesplitst naar deelnemers in symptomatische remissie en deelnemers die niet in symptomatische remissie waren, in de periode van 2013 tot 2021. Er was geen statistisch significante verandering in de tijd in de prevalentie van potentiële overbehandeling bij deelnemers in symptomatische remissie ( $z = 0,41$ ;  $P = 0,681$ ) (odds ratio: 1,014 (95% BI [0,951; 1,081])) noch bij deelnemers die niet in symptomatische remissie waren ( $z = -1,71$ ;  $P = 0,088$ ) (odds ratio: 0,946 (95% BI [0,887; 1,008])).

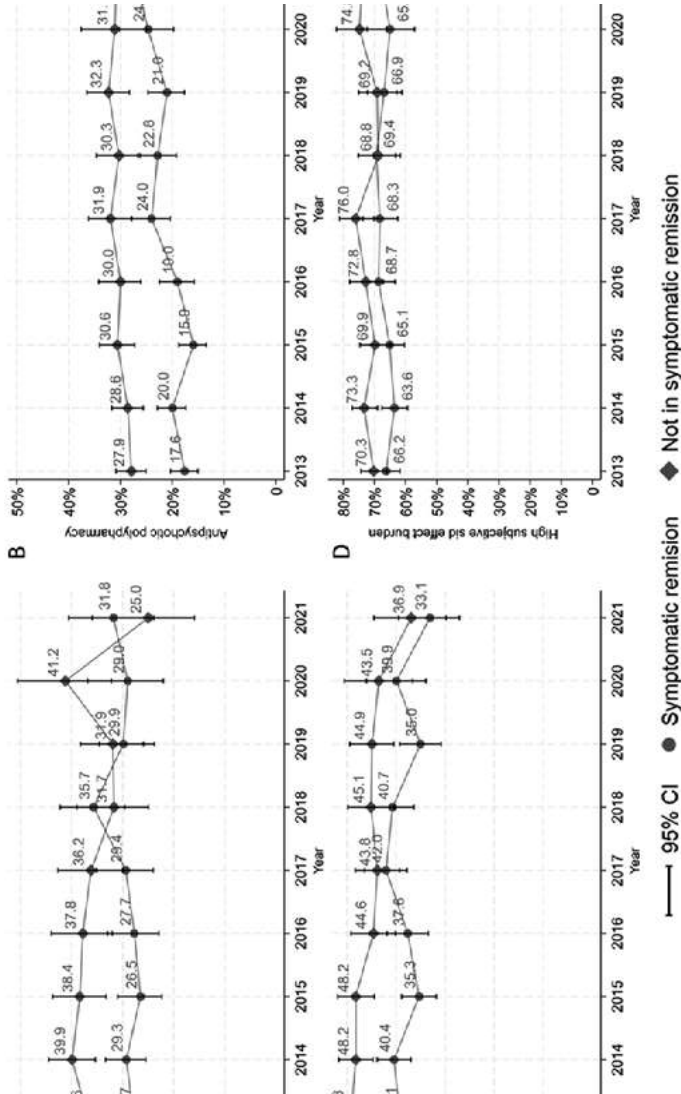
**Figuur 1**

Prevalentie van potentiële overbehandeling, polyfarmacie met antipsychotica, een totale dosis antipsychotica hoger dan het equivalent van 5 mg risperidon en symptomatische remissie in de periode 2013-2021 bij deelnemers met een psychotische stoornis.



**Figuur 2**

Prevalentie van mogelijke overbehandeling (A), antipsychotica polyfarmacie (B), een dosis hoger dan het equivalent van 5 mg risperidon (C) en een hoge subjectieve belasting door bijwerkingen van antipsychotica (D) bij deelnemers met een psychotische stoornis die in symptomatic remissie zijn, vergeleken met deelnemers die niet in symptomatic remissie zijn, van 2013 tot 2021.



— 95% CI ● Symptomatic remission ◆ Not in symptomatic remission

**Tabel 2**

	Beta coefficient	Standard error	P-value	95% CI
Total risperidone equivalent dose	0.0549	0.0210	.009	0.0138; 0.0959
Antipsychotic polypharmacy	1.28	0.229	<.001	0.838; 1.73
Female sex	2.18	0.293	<.001	1.60; 2.75
Age	-0.0111	0.0117	.243	-0.0340; 0.0118
Time	-0.0590	0.0326	.070	-0.123; 0.00493

Resultaten van het Lineaire Gemengde Effect Regressiemodel dat de relatie toont tussen de totale antipsychotische dosis en antipsychotische polyfarmacie met de subjectieve bijwerkingenlast.

#### *Polyfarmacie met antipsychotica*

*Figuur 1* toont het percentage deelnemers dat tussen 2013 en 2021 meerdere antipsychotica tegelijk gebruikte. Dit percentage varieerde van 23,7% in 2013 tot 27,4% in 2021. *Figuur 2B* toont het percentage deelnemers dat antipsychotica polyfarmacie gebruikte, uitgesplitst naar deelnemers in symptomatische remissie en deelnemers die niet in symptomatische remissie waren tussen 2013 en 2021. In totaal werden 15.717 waarnemingen, genest in 5.107 individuen, gebruikt in het mixed effect logistische regressiemodel. Er werd een intra-klasse correlatie van 0,796 gevonden, wat aangeeft dat dezelfde deelnemers in de loop der jaren vaak antipsychotica polyfarmacie gebruikten. Er werd een statistisch significante toename van polyfarmacie met antipsychotica gevonden ( $z = 6,05$ ;  $P < 0,001$ ) voor de tijd in jaren, met een odds ratio van 1,090 (95% BI [1,060; 1,120]). Er werd ook een toename vastgesteld bij deelnemers in symptomatische remissie ( $z = 4,01$ ;  $P < 0,001$ ) (odds ratio: 1,131 (95% BI [1,065; 1,201])) en bij deelnemers die niet in symptomatische remissie waren ( $z = 2,20$ ;  $P = 0,028$ ) (odds ratio: 1,060 (95% BI [1,006; 1,116])).

#### *Totale dosis antipsychotica*

*Figuur 1* toont het percentage deelnemers met een totale dosis antipsychotica die hoger was dan het equivalent van 5 mg risperidon. Dit varieerde van 39,2% in 2013 tot 45,3% in 2012. *Figuur 2C* toont het percentage deelnemers dat een dosis gebruikte die hoger was dan het equivalent van 5 mg risperidon, uitgesplitst naar deelnemers in symptomatische remissie en deelnemers die niet in symptomatische remissie waren, van 2013 tot 2021. In totaal werden 14.921 waarnemingen, genest in 5.015 individuen, gebruikt in het lineaire regressiemodel met gemengde effecten. Er werd een intra-klasse correlatie van 0,797 gevonden, wat aangeeft dat dezelfde deelnemers in de loop der jaren vaak een dosis gebruikten die hoger was dan het equivalent van 5 mg risperidon. Er werd een statistisch significante afname gevonden in de prevalentie van deelnemers die werden behandeld met een dosis boven het equivalent van 5 mg risperidon ( $z = -3,05$ ;  $P = 0,002$ ) voor de tijd in jaren, met een odds ratio van 0,961 (95% BI [0,937; 0,986]). Bij deelnemers in symptomatische remissie werd geen statistisch significante verandering gevonden ( $z = -1,15$ ;  $P = 0,251$ ) (odds ratio 0,970 (95% BI [0,921; 1,022])); bij deelnemers die niet in symptomatische remissie waren, werd een statistisch significante afname gevonden ( $z = -3,13$ ;  $P = 0,002$ ) (odds ratio 0,919 (95% BI [0,872; 0,969])).

### *Subjectieve belasting door bijwerkingen*

*Figuur 1* toont het percentage deelnemers met een hoge subjectieve bijwerkingenlast, dat varieerde van 66,3% in 2019 tot 71,5% in 2017. *Figuur 2D* toont het percentage deelnemers met een hoge subjectieve bijwerkingenlast, uitgesplitst naar deelnemers in symptomatische remissie en deelnemers die niet in symptomatische remissie waren, in de periode 2013-2021. De mediane totale SRA-score voor ongewenste bijwerkingen varieerde van 9 in 2014 tot 11 in 2016, 2017 en 2021. In het lineaire regressiemodel met gemengde effecten werden in totaal 6.902 waarnemingen, genest in 2.655 individuen, gebruikt. Er werd een intra-klasse correlatie van 0,688 gevonden, wat aangeeft dat dezelfde deelnemers in verschillende jaren een hoge subjectieve bijwerkingslast ervoeren. Er werd een statistisch significante afname van de totale SRA-score voor ongewenste effecten gevonden ( $z = -2,49$ ;  $P = 0,013$ ), met een bèta-coëfficiënt van  $-0,0703$  (95% BI  $[-0,126; -0,0150]$ ). In een subgroepanalyse werden geen statistisch significante veranderingen in de loop van de tijd gevonden voor deelnemers in symptomatische remissie ( $z = -1,19$ ;  $P = 0,234$ ) (bèta-coëfficiënt  $0,0499$  (95% BI  $[-0,0323; 0,132]$ ) noch voor deelnemers die niet in symptomatische remissie waren ( $z = -1,72$ ;  $P = 0,085$ ) (bèta-coëfficiënt  $-0,0948$  (95% BI  $[-0,203; 0,0130]$ )).

*Tabel 2* toont de resultaten van het lineaire gemengde-effectmodel waarin de relatie tussen de totale risperidon-equivalente dosis en polyfarmacie met antipsychotica enerzijds en de subjectieve bijwerkingenlast anderzijds werd onderzocht. In het mixed effect lineaire regressiemodel werd gebruikgemaakt van in totaal 6.687 waarnemingen, genest in 2.610 personen. Zowel de totale risperidon-equivalente dosis als polyfarmacie met antipsychotica bleken statistisch significant geassocieerd te zijn met een hogere subjectieve bijwerkingenlast. Vrouwelijke gebruikers van antipsychotica melden meer subjectieve bijwerkingen van hun antipsychotica. De resultaten in aanvullende bijlage I laten zien dat er geen verband was tussen het gebruik van een depot en de subjectieve bijwerkingenlast.

## **Discussie**

In deze studie werden trends onderzocht met betrekking tot potentiële overbehandeling, antipsychotica polyfarmacie, de totale antipsychotica dosis en de subjectieve bijwerkingslast van antipsychotica. Bovendien werd het verband onderzocht tussen de totale dosis antipsychotica en polyfarmacie met antipsychotica enerzijds en de subjectieve bijwerkingslast van antipsychotica anderzijds. De resultaten bieden inzicht in de veranderingen in de loop der jaren in de behandelingsbeslissingen met betrekking tot antipsychotica. In totaal werd ongeveer een derde van de deelnemers potentieel overbehandeld, wat niet veranderde gedurende de observatieperiode (2013–2021). De prevalentie van deelnemers die werden behandeld met een dosis hoger dan het equivalent van 5 mg risperidon nam in de loop van de tijd af. Subgroepanalyse toonde aan dat dit effect voornamelijk werd veroorzaakt door deelnemers die niet in symptomatische remissie waren. De prevalentie van deelnemers die met antipsychotische polyfarmacie werden behandeld, nam toe; bij deelnemers in remissie was er een sterkere stijging. Deelnemers die met antipsychotische polyfarmacie werden behandeld, scoorden 1,28 punten hoger op de SRA-34, wat neerkomt op twee op

de drie deelnemers die één ernstige bijwerking meer ondervonden. Het effect van de totale dosis antipsychotica had een klein maar statistisch significant effect op de totale subjectieve bijwerkingenlast. Ondanks een toename van antipsychotica polyfarmacie nam de totale subjectieve bijwerkingenlast licht af.

Eerder onderzoek richtte zich op doseringen van antipsychotica die ongeveer drie keer hoger waren dan de DDD. Uit een studie in Oost-Azië bleek dat de prevalentie van behandelingen met doseringen hoger dan het equivalent van 1000 mg chloorpromazine in drie jaar tijd daalde van 17,9% in 2001 naar 6,5% in 2004. Dit werd toegeschreven aan de invoering van het principe van behandeling met de laagst mogelijke effectieve dosis.<sup>41</sup> Een recenter onderzoek uit Nieuw-Zeeland, gebaseerd op gegevens uit 2019, toonde aan dat 14% van de gebruikers van antipsychotica een dosis gebruikte die hoger was dan de maximaal toegestane dosis.<sup>42</sup> De meerderheid van de patiënten (11/14) die een uitzonderlijk hoge dosis gebruikte, gebruikte meerdere antipsychotica tegelijk. Onze resultaten en eerder onderzoek tonen aan dat er een afname lijkt te zijn in de totale gebruikte antipsychoticadosis. Uit een Nederlands onderzoek uit 2006 bleek dat iets meer dan de helft van de patiënten werd behandeld met een dosis hoger dan het equivalent van 5 mg risperidon.<sup>43</sup> In het huidige onderzoek daalde de prevalentie tot ongeveer 45% in 2013, en daalde verder tot ongeveer 40% in 2021. Over het geheel genomen vonden we een vergelijkbare prevalentie van polyfarmacie met antipsychotica van ongeveer 25% in vergelijking met andere studies.<sup>29,44,45</sup> Bovendien constateerden we, net als in observationele studies uit Denemarken en China, een stijging in de prevalentie van polyfarmacie met antipsychotica.<sup>44,45</sup> Hoewel richtlijnen het gebruik van polyfarmacie met antipsychotica nog steeds afraden, zou de toename van polyfarmacie met antipsychotica een weerspiegeling kunnen zijn van het groeiende bewijs ten gunste van het gebruik van polyfarmacie met antipsychotica.<sup>28</sup>

Behandelingsresistente schizofrenie kan een factor zijn die leidt tot hogere doseringen en het gebruik van meerdere antipsychotica.<sup>41</sup> Uit de subgroepanalyses van het huidige onderzoek blijkt dat de remissiestatus in de loop van de tijd een minder belangrijke rol ging spelen bij de dosering en het gebruik van meerdere antipsychotica. Bij deelnemers die niet in remissie waren, was er een neerwaartse trend in de prevalentie van behandeling met een dosis boven het equivalent van 5 mg risperidon, terwijl er bij deelnemers in remissie geen verandering was. Bovendien was de toename in de prevalentie van polyfarmacie met antipsychotica steiler bij deelnemers in remissie. In 2013 werden deelnemers die niet in remissie waren, in vergelijking met deelnemers in remissie, vaker behandeld met antipsychotica polyfarmacie en met een hogere dosis, terwijl dit verschil met deelnemers in remissie in 2021 kleiner werd. Tegelijkertijd was er een niet-significante neerwaartse trend in de subjectieve bijwerkingenlast en mogelijke overbehandeling bij deelnemers die niet in remissie waren, maar niet bij deelnemers in remissie. Een andere oorzaak voor een hogere dosis zouden recente terugvallen kunnen zijn, aangezien patiënten die een acute behandeling met antipsychotica ondergaan, hogere doseringen nodig hebben.<sup>46</sup> Hoewel het huidige cohort geen patiënten omvat die een acute behandeling ondergaan, kunnen sommige patiënten een hogere dosis hebben vanwege een recente terugval.

Over het algemeen laten de resultaten geen verandering zien in potentiële overbehandeling. Onze gevoeligheidsanalyses tonen echter aan dat de potentiële overbehandeling afnam wanneer de strengste drempelwaarden voor de subjectieve

bijwerkingenlast werden gebruikt. Aangezien het gebruik van meerdere antipsychotica toeneemt, is deze afname waarschijnlijk te wijten aan de afname van het aandeel patiënten dat wordt behandeld met een dosis hoger dan het equivalent van 5 mg risperidon. Dit resultaat lijkt erop te wijzen dat voorschrijvers de neiging hebben de behandeling aan te passen als reactie op een relatief hoge subjectieve bijwerkingenlast.

Net als in eerder onderzoek hebben wij een relatief sterk verband vastgesteld tussen de last van bijwerkingen van antipsychotica en antipsychotica polyfarmacie, zelfs wanneer gecorrigeerd wordt voor de totale dosis antipsychotica.<sup>14,45</sup> Vanuit veiligheidsoogpunt toonde een landelijk Fins cohortonderzoek aan dat wanneer de totale dosis antipsychotica meer dan één keer de DDD bedraagt, patiënten die polyfarmacie gebruiken minder niet-psychiatrische ziekenhuisopnames ondergaan in vergelijking met patiënten die monotherapie gebruiken.<sup>26</sup> Onze resultaten en eerder onderzoek wijzen erop dat het omgekeerde geldt voor de tolerantie van antipsychotica.<sup>14,45</sup> Bij het gebruik van antipsychotica in combinatie worden meer verschillende receptortypen gebonden. Het binden van meerdere receptortypen kan leiden tot meer verschillende soorten bijwerkingen, wat op zijn beurt de tolerantie kan verminderen. Aan de andere kant neemt, door de totale dosis antipsychotica te verdelen over meer antipsychotica met verschillende receptorprofielen, de receptorbezetting van één enkel receptortype af, wat op zijn beurt het risico op bijwerkingen vermindert die ernstig genoeg zijn om ziekenhuisopname te veroorzaken. Dat gezegd hebbende, gaat polyfarmacie met antipsychotica in de praktijk gepaard met een hogere totale dosis antipsychotica, wat ook het geval was in de huidige studie (gegevens niet getoond, beschikbaar op verzoek).<sup>42,45</sup> Het gebruik van een hoge totale dosis antipsychotica in combinatie met polyfarmacie met antipsychotica kan schadelijk zijn voor zowel de veiligheid als de tolerantie.<sup>14,26,45</sup> We hebben een statistisch significant, maar relatief klein verband tussen de dosis antipsychotica en de subjectieve bijwerkingslast gevonden. Voor de meeste bijwerkingen bestaat er een duidelijk verband tussen de dosis en de ernst van de bijwerking en is er een sterk verband tussen de dosis antipsychotica en uitval uit RCT's als gevolg van bijwerkingen.<sup>12,13</sup> Het bescheiden effect in onze studie zou deels te wijten kunnen zijn aan omgekeerde causaliteit. Om bijwerkingen bij patiënten met een hoge belasting te verminderen, hebben voorschrijvers mogelijk de dosis verlaagd. Deze praktijk is in de loop van de tijd mogelijk toegenomen, wat mogelijk de paradoxale bevinding verklaart van een lichte afname van de subjectieve bijwerkingenlast ondanks een toename van polyfarmacie met antipsychotica, die sterk geassocieerd was met subjectieve bijwerkingen. Er kunnen echter een aantal andere verklaringen zijn die geen deel uitmaakten van de huidige analyses, zoals het feit dat voorschrijvers beter rekening houden met bijwerkingen bij het kiezen van een type antipsychoticum of andere interventies die de bijwerkingenlast zouden kunnen verlagen. Uit een recente netwerkmeta-analyse bleek dat sommige bijwerkingen mogelijk minder uitgesproken zijn wanneer antipsychotica worden toegediend als depot in plaats van een orale formulering, zoals gewichtstoename bij olanzapine.<sup>47</sup> Onze analyse toonde geen verband aan tussen het gebruik van LAI's en de subjectieve bijwerkingenlast.

De belangrijkste redenen om overbehandeling te willen terugdringen zijn het verbeteren van de tolerantie, de veiligheid en het welzijn. Polyfarmacie is in de loop der tijd toegenomen, maar het is moeilijk te zeggen in hoeverre dit

daadwerkelijk schadelijk is. Polyfarmacie lijkt een factor te zijn die leidt tot hogere totale doseringen en werd in verband gebracht met meer subjectieve bijwerkingen, onafhankelijk van de totale dosis. Toch kan polyfarmacie worden gebruikt om bijwerkingen te verminderen (bijv. een lage dosis aripiprazol voor de behandeling van door antipsychotica veroorzaakte hyperprolactinemie<sup>48</sup>). Overstappen op monotherapie wordt aanbevolen wanneer de bijwerkingen kunnen worden verklaard op basis van de overlappende receptor affiniteitsprofielen van de verschillende antipsychotica die gelijktijdig worden gebruikt, maar voorzichtigheid is geboden. Een meta-analyse toonde aan dat overstappen naar monotherapie resulteert in een hoger percentage stoppen van de behandeling, maar overstappen op monotherapie kan worden uitgevoerd zonder een verhoogd risico op terugval.<sup>24</sup> Vanwege de lage kwaliteit van het bewijs beschouwen de auteurs de resultaten echter als voorlopig en dringen zij er bij klinici op aan om nauwlettend te monitoren bij het overstappen naar monotherapie. Een recentere meta-analyse met één extra studie vond geen verschil in het stoppen van de behandeling.<sup>49</sup> Gezien het observationele ontwerp van de huidige studie kunnen de resultaten worden veroorzaakt door indicatie bias of omgekeerde causaliteit. Er is meer onderzoek nodig om de voordelen en risico's van het overstappen op antipsychoticum monotherapie te onderzoeken en om na te gaan welke combinaties meer voordelen dan nadelen opleveren. Aangezien antipsychotica polyfarmacie gepaard gaat met een hogere totale dosis antipsychotica, is er meer onderzoek nodig om te onderzoeken bij welke totale dosis antipsychotica polyfarmacie meer voordelen dan nadelen oplevert.

Een belangrijk sterk punt van dit onderzoek is het gebruik van een grote, naturalistische dataset met meer dan 5000 deelnemers en meer dan 15.000 waarnemingen. Hierdoor konden we de behandeling met antipsychotica door de jaren heen volgen, wat inzicht biedt in veranderingen in het voorschrijfgedrag van antipsychotica. Dit onderzoek had tot doel een hiaat in de literatuur op te vullen. Eerdere studies richtten zich voornamelijk op antipsychotica polyfarmacie of uitzonderlijk hoge doseringen. In dit onderzoek hebben we informatie over dosering, polyfarmacie en de subjectieve last van bijwerkingen geïntegreerd om potentiële overbehandeling als geheel te onderzoeken. Aangezien wat als een passende behandeling met antipsychotica kan worden beschouwd zeer persoonlijk is en afhankelijk is van individuele verschillen in farmacokinetiek (bijv. snelle metaboliseerders hebben een hogere dosis nodig), farmacodynamiek, symptomen en behandelingsvoorkeuren, is het belangrijk om bijwerkingen mee te nemen bij het beoordelen van mogelijke overbehandeling. Door gebruik te maken van een vragenlijst over subjectieve bijwerkingen, hebben we een maatstaf gehanteerd die de persoonlijke last weerspiegelt. De huidige aanpak voor het definiëren van potentiële overbehandeling kent wel enkele belangrijke beperkingen. Overbehandeling kan niet worden beoordeeld zonder de volledige klinische geschiedenis. Voor sommige personen kan een relatief hoge dosis in het verleden effectief zijn geweest bij het verminderen van het risico op terugval en symptomen. In andere gevallen kan het verminderen van de behandeling in het verleden zijn mislukt door een terugval of terugkerende symptomen. Bovendien worden bepaalde combinaties van antipsychotica beter ondersteund door het huidige bewijs dan andere. Zo is bijvoorbeeld aangetoond dat het toevoegen van aripiprazol effectief is bij het verminderen van negatieve symptomen,<sup>22</sup> is aangetoond dat de combinatie van clozapine en aripiprazol effectiever is bij het verminderen van het risico op terugval

in vergelijking met clozapine of aripiprazol alleen<sup>27</sup> en is bij hoge totale doseringen aangetoond dat antipsychotica polyfarmacie veiliger is dan monotherapie.<sup>26</sup> Bijwerkingen van andere medicatie of symptomen zouden mogelijk ten onrechte zijn geïnterpreteerd als bijwerkingen van antipsychotica. De bijwerkingen werden beoordeeld op een schaal van drie punten, wat de mogelijkheid beperkte om de ernst nauwkeurig te beoordelen. Bovendien was de gebruikte vragenlijst een verkorte versie, waardoor het aantal beoordeelde bijwerkingen beperkt was. Hierdoor weerspiegelt de totale subjectieve bijwerkingenlast mogelijk niet de werkelijke last voor alle antipsychoticum gebruikers. Er was in de literatuur geen drempelwaarde beschikbaar voor een hoge subjectieve bijwerkingenlast, waardoor de gekozen drempelwaarde arbitrair was. We beschouwden één ernstige bijwerking als een hoge bijwerking, omdat één ernstige bijwerking voldoende zou zijn om aandacht en mogelijke interventie van een voorschrijver te rechtvaardigen. Om het effect van deze willekeurige beslissing te evalueren, hebben we gevoeligheidsanalyses toegevoegd met strengere drempelwaarden. Een andere belangrijke beperking waarmee rekening moet worden gehouden, is dat er gebruik werd gemaakt van gegevens uit een naturalistisch cohortonderzoek. De gevonden verbanden kunnen het gevolg zijn van omgekeerde causaliteit of ongemeten confounders. Een andere beperking is dat er hooguit één meting per jaar beschikbaar was. Daarom konden we niet beoordelen of antipsychotica polyfarmacie gebruikers gebruikten omdat ze tussen antipsychotica wisselden. Evenzo konden we niet beoordelen of iemand bezig was met het aanpassen van de dosering. Bovendien kan aan sommige deelnemers een tweede antipsychoticum zijn voorgeschreven voor een andere indicatie, zoals een lage dosis quetiapine voor slapeloosheid of een lage dosis aripiprazol om het prolactinegehalte te verlagen. Al met al moeten deze beperkingen leiden tot een voorzichtige interpretatie van het percentage patiënten dat potentieel overbehandeld wordt. In de klinische praktijk moet overbehandeling met antipsychotica altijd op individuele basis worden beoordeeld.

## Conclusie

De resultaten van dit onderzoek toonden aan dat ongeveer een derde van de mensen met een langdurige psychotische stoornis in de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg mogelijk overbehandeld wordt met antipsychotica, wat tussen 2013 en 2021 niet is veranderd. De behandeling met antipsychotica van potentieel overbehandelde patiënten moet geëvalueerd worden om te beoordelen of er veranderingen nodig zijn. Om te beoordelen of een patiënt daadwerkelijk overbehandeld is, moet rekening worden gehouden met de klinische geschiedenis, het aantal terugvallen, de voorkeuren van de patiënt, het algehele functioneren, eerdere pogingen om de behandeling met antipsychotica te verminderen en de eerdere ernst van de aandoening. De totale dosis antipsychotica en de subjectieve last van bijwerkingen zijn in de loop der jaren afgenomen, terwijl het gebruik van meerdere antipsychotica is toegenomen. Om de subjectieve last van bijwerkingen verder te verminderen, zou het verstandig kunnen zijn om ongepast antipsychotica polyfarmacie aan te pakken; er is echter meer onderzoek nodig om aan te tonen of overschakelen op monotherapie de tolerantie van antipsychotica kan vergroten.

### Aanvullend materiaal

Aanvullend materiaal is beschikbaar op <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin>.

### Dankwoord

Wij willen onze dank betuigen aan alle deelnemers en de vier instellingen die de gegevens voor de PHAMOUS-dataset hebben aangeleverd: GGZ Drenthe, GGZ Friesland, het Universitair Centrum voor Psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Groningen en Psychiatrisch Instituut Lentis.

### Referenties

- 1 Correll CU, Rubio JM, Kane JM. What is the risk-benefit ratio of long-term antipsychotic treatment in people with schizophrenia? *World Psychiatry*. 2018;17:149–160. <https://doi.org/10.1002/wps.20516>
- 2 Leucht S, Crippa A, Sifakis S, Patel MX, Orsini N, Davis JM. Dose-response meta-analysis of antipsychotic drugs for acute schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2020;177:342–353. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010034>
- 3 Sabe M, Zhao N, Crippa A, Kaiser S. Antipsychotics for negative and positive symptoms of schizophrenia: dose-response meta-analysis of randomized controlled acute phase trials. *npj Schizophr*. 2021;7:43. <https://doi.org/10.1038/s41537-021-00171-2>
- 4 Ceraso A, Lin JJ, Schneider-Thoma J, et al. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;8:CD008016. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008016.pub3>
- 5 Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, Sytema S, Nienhuis FJ. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2013;70:913–920. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.19>
- 6 Hui CLM, Honer WG, Lee EHM, et al. Long-term effects of discontinuation from antipsychotic maintenance following first-episode schizophrenia and related disorders: a 10 year follow-up of a randomised, double-blind trial. *Lancet Psychiatry*. 2018;5:432–442. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30090-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30090-7)
- 7 Arasteh O, Nomani H, Baharara H, et al. Antipsychotic drugs and risk of developing venous thromboembolism and pulmonary embolism: a systematic review and meta-analysis. *Curr Vasc Pharmacol*. 2020;18:632–643. <https://doi.org/10.2174/1570161118666200211114656>
- 8 Kaar SJ, Natesan S, McCutcheon R, Howes OD. Antipsychotics: mechanisms underlying clinical response and side-effects and novel treatment approaches based on patho-physiology. *Neuropharmacology*. 2020;172:107704. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2019.107704>
- 9 Simon GE, Stewart C, Yarbrough BJ, et al. Mortality rates after the first diagnosis of psychotic disorder in adolescents and young adults. *JAMA Psychiatry*. 2018;75:254–260. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4437>
- 10 Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017;4:295–301. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30078-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30078-0)

- 11 Correll CU, Solmi M, Croatto G, et al. Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry*. 2022;21:248–271. <https://doi.org/10.1002/wps.20994>
- 12 Leucht S, Bauer S, Sifakis S, et al. Examination of dosing of antipsychotic drugs for relapse prevention in patients with stable schizophrenia: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2021;78:1238–1248. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.2130>
- 13 Yoshida K, Takeuchi H. Dose-dependent effects of anti-psychotics on efficacy and adverse effects in schizophrenia. *Behav Brain Res*. 2021;402:113098. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2020.113098>
- 14 Kikkert MJ, de Mooij L, de Koning M, Dekker J. Subjective medication satisfaction with antipsychotic polypharmacy in a naturalistic inpatient and outpatient sample. *J Clin Psychiatry*. 2021;83:20m13756. <https://doi.org/10.4088/JCP.20m13756>
- 15 Bjornestad J, Lavik KO, Davidson L, Hjeltnes A, Moltu C, Veseth M. Antipsychotic treatment—a systematic literature review and meta-analysis of qualitative studies. *J Ment Health*. 2020;29:513–523. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581352>
- 16 Thompson J, Stansfeld JL, Cooper RE, Morant N, Crellin NE, Moncrieff J. Experiences of taking neuroleptic medication and impacts on symptoms, sense of self and agency: a systematic review and thematic synthesis of qualitative data. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020;55:151–164. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01819-2>
- 17 Stürup AE, Hjorthøj C, Jensen HD, et al. Self-reported reasons for discontinuation or continuation of antipsychotic medication in individuals with first-episode schizophrenia. *Early Interv Psychiatry*. 2023;17:974–983. <https://doi.org/10.1111/eip.13389>
- 18 Crellin NE, Priebe S, Morant N, et al. An analysis of views about supported reduction or discontinuation of anti-psychotic treatment among people with schizophrenia and other psychotic disorders. *BMC Psychiatry*. 2022;22:1–11. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03822-5>
- 19 Akwa GGZ. Zorgstandaard Psychose. 2017. Accessed February 14, 2023. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychose/behandeling-en-begeleiding>
- 20 Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, et al; (Systematic Review). The American psychiatric association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2020;177:868–872. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.177901>
- 21 Murphy PM, Iles A, Sreedharan S. High-dose antipsychotics: addressing patients' resistance to physical health monitoring. *BJPsych Advances* 2015;21:88–97. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.113.011833>
- 22 Gallig B, Roldán A, Hagi K, et al. Antipsychotic augmentation vs. monotherapy in schizophrenia: systematic review, meta-analysis and meta-regression analysis. *World Psychiatry*. 2017;16:77–89. <https://doi.org/10.1002/wps.20387>
- 23 Lally J, MacCabe JH. Antipsychotic medication in schizophrenia: a review. *Br Med Bull*. 2015;114:169–179. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldv017>
- 24 Matsui K, Tokumasu T, Takekita Y, et al. Switching to antipsychotic

- monotherapy vs. staying on antipsychotic polypharmacy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res.* 2019;209:50–57. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.05.030>
- 25 Su YP, Chang CK, Hayes RD, et al. Retrospective chart re-view on exposure to psychotropic medications associated with neuroleptic malignant syndrome. *Acta Psychiatr Scand.* 2014;130:52–60. <https://doi.org/10.1111/acps.12222>
  - 26 Taipale H, Tanskanen A, Tiihonen J. Safety of anti-psychotic polypharmacy versus monotherapy in a nation-wide cohort of 61,889 patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2023;180:377–385. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20220446>
  - 27 Tiihonen J, Taipale H, Mehtälä J, Vattulainen P, Correll CU, Tanskanen A. Association of antipsychotic polypharmacy vs monotherapy with psychiatric rehospitalization among adults with schizophrenia. *JAMA Psychiatry.* 2019;76:499–507. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.4320>
  - 28 Lin SK. Antipsychotic polypharmacy: a dirty little secret or a fashion? *Int J Neuropsychopharmacol.* 2021;23:125–131. <https://doi.org/10.1093/IJNP/PYZ068>
  - 29 Gallego JA, Bonetti J, Zhang J, Kane JM, Correll CU. Prevalence and correlates of antipsychotic polypharmacy: a systematic review and meta-regression of global and regional trends from the 1970s to 2009. *Schizophr Res.* 2012;138:18–28. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.03.018>
  - 30 Bartels-Velthuis AA, Visser E, Arends J, et al. Towards a comprehensive routine outcome monitoring pro-gram for people with psychotic disorders: the pharmaco-therapy monitoring and outcome survey (PHAMOUS). *Schizophr Res.* 2018;197:281–287. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.01.016>
  - 31 American Psychiatric Association DSM-5 Task Force, eds. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5.* American Psychiatric Association; 2013.
  - 32 American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV, eds. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV.* American Psychiatric Association; 1994.
  - 33 Leucht S, Samara M, Heres S, Patel MX, Woods SW, Davis JM. Dose equivalents for second-generation antipsychotics: the minimum effective dose method. *Schizophr Bull.* 2014;40:314–326. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu001>
  - 34 Rothe PH, Heres S, Leucht S. Dose equivalents for second generation long-acting injectable antipsychotics: the minimum effective dose method. *Schizophr Res.* 2018;193:23–28. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.07.033>
  - 35 Leucht S, Samara M, Heres S, et al. Dose equivalents for second-generation antipsychotic drugs: the classical mean dose method. *Schizophr Bull.* 2015;41:1397–1402. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv037>
  - 36 Davis JM. Dose equivalence of the antipsychotic drugs. *J Psychiatr Res.* 1974;11:65–69. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(74\)90071-5](https://doi.org/10.1016/0022-3956(74)90071-5)
  - 37 Leucht S, Samara M, Heres S, Davis JM. Dose equivalents for antipsychotic drugs: the DDD method. *Schizophr Bull.* 2016;42:S90–S94. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv167>
  - 38 Gardner DM, Murphy AL, O'Donnell H, Centorrino F, Baldessarini RJ. International consensus study of anti-psychotic dosing. *Am J Psychiatry.* 2010;167:686–693. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09060802>
  - 39 Lako IM, Bruggeman R, Liemburg EJ, et al. A brief version of the subjects'

- response to antipsychotics questionnaire to evaluate treatment effects. *Schizophr Res.* 2013;147:175–180. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.02.027>
- 40 Andreasen NC, Carpenter WTJ, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: pro-posed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry.* 2005;162:441–449. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.441>
- 41 Sim K, Su HC, Fujii S, et al. High-dose antipsychotic use in schizophrenia: a comparison between the 2001 and 2004 research on east asia psychotropic prescription (REAP) studies. *Br J Clin Pharmacol.* 2009;67:110–117. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2008.03304.x>
- 42 Burness C, Corbet C, Beyene K, et al. Factors predicting high-dose and combined antipsychotic prescribing in New Zealand: high-dose antipsychotic prescribing. *Psychiatry Res.* 2021;302:113996. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113996>
- 43 Barbui C, Nosè M, Mazzi MA, et al. Persistence with polypharmacy and excessive dosing in patients with schizophrenia treated in four European countries. *Int Clin Psychopharmacol.* 2006;21:355–362. <https://doi.org/10.1097/01.yic.0000224785.68040.43>
- 44 Sneider B, Pristed SG, Correll CU, Nielsen J. Frequency and correlates of antipsychotic polypharmacy among patients with schizophrenia in Denmark: a nation-wide pharmacoepidemiological study. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2015;25:1669–1676. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.04.027>
- 45 Li Q, Xiang YT, Su YA, et al. Antipsychotic polypharmacy in schizophrenia patients in China and its association with treatment satisfaction and quality of life: Findings of the third national survey on use of psychotropic medications in China. *Aust N Z J Psychiatry.* 2015;49:129–136. <https://doi.org/10.1177/0004867414536931>
- 46 Takeuchi H, Mackenzie NE, Samaroo D, Agid O, Remington G, Leucht S. Antipsychotic dose in acute schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2020;46:1439–1458. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa063>
- 47 Wang D, Schneider-Thoma J, Sifakis S, et al. Efficacy, acceptability and side-effects of oral versus long-acting- injectable antipsychotics: systematic review and network meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2024;83:11–18. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2024.03.003>
- 48 Li X, Tang Y, Wang C. Adjunctive aripiprazole versus placebo for antipsychotic-induced hyperprolactinemia: meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One.* 2013;8:e70179. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070179>
- 49 Köhler-Forsberg O, Højlund M, Rohde C, et al. Efficacy and acceptability of interventions to reduce antipsychotic polypharmacy: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Schizophr Res.* 2024;270:135–143. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.06.001>

# Pijn is geen voorspellende factor voor cannabisgebruik bij mensen met psychotische stoornissen

Mirjam H. Smid en Jojanneke Bruins\*

## Samenvatting

### Doel

Mensen met een psychotische stoornis hebben meer kans op het ervaren van pijn en op hinder van pijn in hun dagelijks leven. Er is ook een hoge prevalentie van cannabisgebruik onder mensen met psychotische stoornissen, waarvan bekend is dat het effectief is bij pijnbestrijding. Deze studie onderzoekt of pijn een voorspeller is van cannabisgebruik bij mensen met psychose. Aangezien sederende antipsychotica ook pijn kunnen onderdrukken, is hier rekening mee gehouden in de analyse.

### Methoden

Deze steekproef bestond uit 108 Nederlanders met een psychotische stoornis, die deelnamen aan het VAT-observatiecohortonderzoek. Er werden regressieanalyses uitgevoerd met cannabisgebruik (ja/nee en eenheden per week) als uitkomstmaten, en pijn en de mate van hinder door pijn (RAND-36-SF-items 7 en 8) als voorspellende variabelen. De meegenomen covariaten waren leeftijd, geslacht, ernst van de psychose en het gebruik van sedatieve antipsychotica.

### Resultaten

In deze steekproef ervoer 59% van de deelnemers enige mate van pijn en gebruikte 18,5% cannabis. Pijn en de mate waarin de pijn het functioneren belemmerde, waren geen significante voorspellers van cannabisgebruik, noch van de hoeveelheid cannabis die werd gebruikt. Het gebruik van antipsychotica met een laag sederend effect ging bij onze deelnemers echter gepaard met een grotere hoeveelheid cannabisgebruik ( $p = 0,028$ ).

### Conclusies

We hebben geen direct verband gevonden tussen pijnbeleving en cannabisgebruik bij mensen met psychotische stoornissen. Het is mogelijk dat cannabis de pijn effectief onderdrukt, waardoor deelnemers die cannabis gebruikten geen pijn rapporteerden. Bovendien verdient onze bevinding dat deelnemers aan wie antipsychotica met een laag sederend effect waren voorgeschreven meer cannabis gebruikten, nader onderzoek. Het is mogelijk dat mensen met psychotische stoornissen die

---

\* Contactpersoon: Jojanneke Bruins, [j.bruins@lentis.nl](mailto:j.bruins@lentis.nl)

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

gevoelloosheid en sedatie ervaren door hun antipsychotica, minder geneigd zijn om deze effecten via cannabis te bereiken, wat in de toekomst mogelijk van invloed zou kunnen zijn op de keuze van voorgeschreven antipsychotica bij de behandeling van psychotische stoornissen.

#### *Trefwoorden*

Cannabis, psychiatrie, illegale drugs, antipsychotica, middelengebruik, schizofrenie, marihuana

## **Inleiding**

### *Prevalentie cannabis*

De prevalentie van cannabisgebruik onder mensen met een psychotische stoornis is relatief hoog: ongeveer 28% gebruikt momenteel cannabis en 44% heeft het ooit gebruikt (Hasan et al., 2020), vergeleken met 4% van de algemene Europese bevolking die momenteel cannabis gebruikt (Manthey et al., 2021). Cannabisgebruik heeft een negatieve invloed op het verloop van psychotische stoornissen, met meer terugvallen, meer opnames en een toenemende ernst en persistentie van psychotische symptomen (Seddon et al., 2016). Het stoppen met cannabisgebruik zou daarom een belangrijk behandeldoel moeten zijn voor mensen met psychotische stoornissen.

### *Zelfmedicatie*

Mensen met een ernstige psychische aandoening geven aan cannabis om verschillende redenen te gebruiken, maar de meesten van hen gebruiken het niet uitsluitend voor recreatieve doeleinden (Bruins et al., 2023). Een belangrijke reden voor hun cannabisgebruik is zelfmedicatie (Bruins et al., 2023; B. Green et al., 2004; Henquet et al., 2010; Kolliakou et al., 2015). De zelfmedicatiehypothese gaat ervan uit dat druggebruik begint als een gedeeltelijk succesvolle poging om onaangename gevoelens te verminderen, aangezien het mensen tijdelijke verlichting van hun lijden biedt (Khantzian, 1997). Ter ondersteuning van deze theorie wordt cannabis al duizenden jaren als medicinale plant gebruikt. Er is onder andere substantieel bewijs dat cannabis effectief chronische pijn bij volwassenen verlicht (Byars et al., 2019; Hutchinson et al., 2019; Maharajan et al., 2020; Romero-Sandoval et al., 2018). Cannabis is zelfs opgenomen als een formele behandeloptie in medische richtlijnen voor chronische pijn (Sutherland et al., 2018).

### *Pijn bij psychose*

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat mensen met psychotische stoornissen vaker pijn ervaren dan mensen in de algemene bevolking (König et al., 2007; Koyanagi & Stickley, 2015; Strassnig et al., 2003). Uit een studie bleek dat 44% van de mensen met psychotische stoornissen pijn en ongemak ervoer, vergeleken met 27,9% in de algemene bevolking (König et al., 2007). Deze hoge prevalentie van pijn bij personen met psychose zou het gevolg kunnen zijn van de ontstekingsprocessen die een rol spelen bij de pathogenese van psychose, aangezien ontsteking ook in verband is gebracht met hyperalgesie (Koyanagi & Stickley, 2015). Bovendien lopen mensen met een psychotische stoornis een relatief hoog risico op het ontwikkelen

van pijnlijke aandoeningen, zoals fracturen en tandproblemen (Morales-Chávez et al., 2014; Stubbs et al., 2015). Tegelijkertijd vertonen deze patiënten vaak een verminderde reactie op pijn (Stubbs et al., 2014). Het is echter mogelijk dat mensen met psychotische stoornissen simpelweg meer moeite hebben met het uiten van hun pijn, in plaats van dat ze een verminderde pijnperceptie hebben (Bonnot et al., 2009). Pijn wordt volgens de criteria van de International Association for the Study of Pain (IASP) gedefinieerd als ‘een onaangename zintuiglijke en emotionele ervaring die verband houdt met daadwerkelijke of potentiële weefselschade, of die in termen van dergelijke schade wordt beschreven’ (Raja et al., 2020). Met betrekking tot cannabisgebruik suggereert dit dat het niet noodzakelijkerwijs het ervaren van pijn is, maar de mate waarin deze pijn het leven van mensen verstoort, die de potentiële drang tot zelfmedicatie beïnvloedt (Koyanagi et al., 2016).

### *Pijn, cannabis en psychose*

Er bestaat waarschijnlijk een driedubbele, bidirectionele relatie tussen pijn, cannabis en psychose. Ten eerste lopen mensen met psychose een verhoogd risico op het ontwikkelen van aandoeningen die pijn kunnen veroorzaken (König et al., 2007; Oh & DeVlyder, 2015). Tegelijkertijd hebben mensen met chronische pijn aandoeningen een grotere kans op het ontwikkelen van psychiatrische symptomen (Demyttenaere et al., 2007; Scott et al., 2007). Er is gesuggereerd dat verschillende neurotransmitters, zoals noradrenaline en serotonine, betrokken zijn bij zowel pijnperceptie als psychiatrische symptomen (Campbell et al., 2003; Dersh et al., 2002). Ten tweede kan cannabisgebruik het ontstaan van een psychotische stoornis in de hand werken (Lowe et al., 2019), maar het is ook bekend dat mensen bij wie al een psychotische stoornis is vastgesteld, cannabis gebruiken als zelfmedicatie om tijdelijke verlichting te vinden van hun psychotische symptomen (Bruins et al., 2023; Quach et al., 2009).

Ten slotte leidt langdurig cannabisgebruik tot het opbouwen van een tolerantie, wat betekent dat er steeds grotere hoeveelheden cannabis nodig zijn om tijdelijke verlichting te bereiken. Dit leidt ertoe dat psychotische symptomen langer aanhouden en in ernst toenemen (Bruins et al., 2016; Lowe et al., 2019). Bovendien heeft het gebruik van cannabis voor pijnverlichting een positief effect op korte termijn, maar kan dit uiteindelijk leiden tot een verminderde pijntolerantie, waardoor de pijn na verloop van tijd juist verergert (Zhang-James et al., 2023). Als gevolg daarvan kan het ervaren van hogere pijnniveaus en een grotere mate van hinder door pijn worden geassocieerd met een grotere hoeveelheid cannabisgebruik bij mensen met psychotische stoornissen.

Over het algemeen komen zowel pijn als cannabisgebruik veel voor bij mensen met psychotische stoornissen. Gezien de effectiviteit van cannabisgebruik bij pijnbestrijding, veronderstellen we dat het ervaren van pijn een reden kan zijn voor mensen met psychotische stoornissen om zichzelf met cannabis te behandelen. Bovendien is gesuggereerd dat antipsychotica mogelijk verantwoordelijk zijn voor een verminderde pijngevoeligheid bij mensen met psychotische stoornissen (Seidel et al. 2010). Van bepaalde antipsychotica, zoals clozapine, is bekend dat ze een kalmerend effect hebben en onbedoeld kunnen dienen als zowel een antipsychoticum als een pijnstiller (Leucht et al., 2013; Shin et al., 2019). Mensen met een psychotische stoornis aan wie deze antipsychotica worden voorgeschreven, hoeven daarom mogelijk geen zelfmedicatie met cannabis toe te passen om hun

pijn te verlichten. Daarom kan het veronderstelde verband tussen ervaren pijn en cannabisgebruik afhangen van de vraag of mensen antipsychotica gebruiken met bekende sederende effecten.

#### *Doel van het onderzoek*

In dit onderzoek zullen we in een cross-sectionele onderzoekszopzet het verband onderzoeken tussen cannabisgebruik en pijn bij mensen met psychotische stoornissen. Onze hypothese is dat het ervaren van pijn en de hinder die pijn veroorzaakt, verband houdt met cannabisgebruik bij mensen met een psychotische stoornis. We zullen hierbij rekening houden met het type antipsychotische medicatie, gecategoriseerd op basis van sederende effecten, evenals de volgende bekende factoren die verband houden met cannabisgebruik bij psychose: leeftijd, geslacht en ernst van de psychose (Bruins et al., 2016).

### **Methode**

#### *Deelnemers*

De deelnemers aan dit onderzoek maken deel uit van het observationele cohortonderzoek 'Voices, Attachment and Trauma' (VAT), een onderzoeksproject dat zich richt op het in kaart brengen van factoren die bepalend zijn voor herstel bij mensen met psychose, en dat is goedgekeurd door de Medisch-Ethische Toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Groningen (METC-nummer: 2017.456). Deelnemers werden in het huidige onderzoek opgenomen als ze: (1) gediagnosticeerd waren met een psychotische stoornis volgens de DSM-V-criteria (d.w.z. schizofrenie, schizo-affectieve stoornis, schizofreniforme stoornis, waanstoornis, door middelen geïnduceerde psychose of psychose NOS); (2)  $\geq 18$  jaar oud waren; (3) informatie verstrekten over mogelijk cannabisgebruik; (4) informatie verstrekten over het ervaren van pijn; en (5) beschikbare informatie hadden over eventueel voorgeschreven antipsychotica.

#### *Onderzoekszopzet*

De deelnemers aan het VAT-onderzoek werden geworven via medewerkers in de geestelijke gezondheidszorg van het Lentis Psychiatrisch Instituut in Noord-Nederland. Er werd schriftelijke toestemming verkregen na een uitgebreid gesprek over het onderzoek met elke potentiële deelnemer voorafgaand aan deelname. Patiënten namen op vrijwillige basis deel en konden zich op elk moment zonder gevolgen uit het onderzoek terugtrekken. Deelnemers ontvingen na elke voltooide meting een cadeaubon ter waarde van €10,-. Deze meting bestond uit een klinisch interview door een opgeleide klinisch psycholoog en vragenlijsten voor zelfrapportage.

#### *Metingen*

De patiënten hebben via autobiografische vragen demografische gegevens verstrekt over leeftijd, geslacht en de duur van de ziekte. Informatie over de psychiatrische diagnose werd verkregen uit de elektronische patiëntendossiers, met toestemming van de deelnemers.

### *Cannabisgebruik*

De zelfgerapporteerde gegevens omvatten twee punten: huidig cannabisgebruik (ja/nee) en, voor degenen die ‘ja’ antwoordden, de gebruiksfrequentie (gemiddeld aantal eenheden per week gedurende de afgelopen zes maanden). In de analyses waarin het verband tussen pijn en de hoeveelheid geconsumeerde cannabis werd onderzocht, werd de gebruiksfrequentie voor de niet-gebruikers op nul gesteld, zodat de volledige steekproef in de analyses kon worden meegenomen.

### *Pijn en pijninterferentie*

De verkorte versie van de RAND-36 werd gebruikt om informatie te verzamelen over de pijnervaring (van der Zee & Sanderman, 1992). De verkorte versie van de RAND-36 is een betrouwbare, valide en gevoelige maatstaf voor de algemene gezondheid. We hebben twee items van de verkorte versie van de RAND-36 gebruikt om pijn te meten. Ten eerste werd in item 7 gevraagd in hoeverre mensen pijn ervaren op een 6-punts Likert-schaal (1 = geen tot 6 = zeer ernstig). Ten tweede werd in item 8 gevraagd in hoeverre deze pijn hun normale werk, zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk, belemmerde, op een 5-punts Likert-schaal (1 = helemaal niet tot 5 = extreem).

### *Gebruik van antipsychotica*

Informatie over het gebruik van antipsychotica werd verkregen uit de elektronische patiëntendossiers. De verschillende soorten antipsychotica die in het VAT-onderzoek zijn geregistreerd, zijn: clozapine, olanzapine, risperidon, quetiapine, aripiprazol, haloperidol en ‘overige’. Deze antipsychotica werden ingedeeld op basis van hun sederende effecten, zoals beschreven door Leucht et al. (2013): (1) antipsychotica zonder/met een laag sederend effect (aripiprazol), (2) antipsychotica met een matig sederend effect (risperidon, haloperidol, olanzapine en quetiapine), en (3) antipsychotica met een sterk sederend effect (clozapine). In geval van polyfarmacie ( $n = 12$  deelnemers) werden de deelnemers ingedeeld in een categorie op basis van het voorgeschreven antipsychoticum met het hoogste sederende effect.

### *Psychotische symptomen*

De ernst van psychotische symptomen werd gemeten met behulp van de Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS; Kay et al., 1987). De PANSS is een klinisch interview, waarbij 30 symptomen worden gescoord op een 7-punts Likert-schaal (1 = afwezig, 2-7 = toenemende ernst van het symptoom, 7 = extreem ernstige aanwezigheid van een symptoom). Hogere PANSS-scores duiden op een grotere ernst van psychotische symptomen. De totale score op de PANSS is in de analyse opgenomen als covariaat.

### *Statistische analyse*

Verschillen in pijnervaring, antipsychotica, leeftijd, geslacht, ziekteduur en ernst van psychotische symptomen tussen cannabisgebruikers en niet-gebruikers werden onderzocht met behulp van chi-kwadraattoetsen (dichotome variabelen) en onafhankelijke t-toetsen (continue variabelen).

We voerden twee afzonderlijke logistische regressieanalyses uit, met cannabisgebruik (gebruiker/niet-gebruiker) als afhankelijke variabele en de scores van de RAND-36-SF-items 7 en 8 als afzonderlijke onafhankelijke voorspellers. De scores op RAND-36-SF-item 8 (hinder van pijn) werden voor analysedoeleinden dichotomisch ingedeeld in wel/geen hinder vanwege de scheve verdeling in de scores (96,3% scoorde  $\leq 3$ ).

Ten tweede hebben we onderzocht of de mate van cannabisgebruik kon worden voorspeld door de ernst van de ervaren pijn (RAND-36-SF-item 7) en de mate waarin de pijn het functioneren belemmerde (RAND-36-SF-item 8), aan de hand van twee afzonderlijke lineaire regressieanalyses.

Alle regressieanalyses werden vervolgens gecorrigeerd voor de volgende covariaten: gebruik van sederende antipsychotica, leeftijd, geslacht en ernst van de psychose. Patiënten met een diagnose van door middelen veroorzaakte psychose ( $n = 2$ ) werden uitgesloten van de regressieanalyses. De significantie werd getoetst tegen  $\alpha = 0,05$ .

## Resultaten

### *Kenmerken van de steekproef*

Op het moment van de beoordeling telde het VAT-onderzoek in totaal 110 deelnemers. Twee deelnemers gaven geen informatie over hun cannabisgebruik en werden daarom uitgesloten van de analyse. Daarom werden 108 patiënten in de uiteindelijke analyse opgenomen, van wie 18,5% cannabis gebruikte. Bij twee deelnemers werd een door middelen veroorzaakte psychotische stoornis vastgesteld en zij werden uitgesloten van de regressieanalyses. De frequentie van cannabisgebruik onder de gebruikers varieerde van 1 tot 28 eenheden per week, met een gemiddelde van 9,4 eenheden per week ( $SD = 9,36$ ). De leeftijd van de deelnemers varieerde van 19 tot 78 jaar, waarbij 85% ouder was dan 30 jaar. De gemiddelde ziekteduur was 21 jaar, variërend van 1 tot 59 jaar. Cannabisgebruikers waren jonger, hadden een kortere ziekteduur en ervoeren vaker milde pijn in vergelijking met niet-gebruikers. Een overzicht van de steekproef van het onderzoek is te vinden in tabel 1.

### *Pijnbeleving*

Van alle opgenomen deelnemers gaf 59,4% ( $n = 63$ ) aan enige mate van pijn te ervaren. Van de deelnemers die pijn ervoeren, gaf 68,3% ( $n = 43$ ) aan dat hun pijn hun normale werk belemmerde (zie tabel 1).

### *Pijn en cannabisgebruik*

Uit de logistische regressieanalyse bleek dat de mate van ervaren pijn geen significante voorspeller was voor cannabisgebruik (ongestandaardiseerde  $B = 0,161$ ,  $SE = 0,17$ ,  $OR = 1,17$ , 95% BI [0,84, 1,65],  $p = 0,352$ ). Correctie van de covariaten had geen significante invloed op dit verband (ongestandaardiseerde  $B = 0,43$ ,  $SE = 0,24$ ,  $OR = 1,53$ , 95% BI [0,95, 2,47],  $p = 0,079$ ).

Het ervaren van hinder door pijn tijdens normale dagelijkse bezigheden was evenmin een voorspeller voor cannabisgebruik (ongestandaardiseerde  $B = 0,32$ ,  $SE = 0,24$ ,  $OR = 1,37$ , 95% BI [0,86, 2,18],  $p = 0,181$ ). Correctie voor covariaten had geen significant effect op dit verband (ongestandaardiseerde  $B = 0,42$ ,  $SE = 0,35$ ,  $OR = 1,52$ , 95% BI [0,77, 2,99],  $p = 0,405$ ).

Van de meegenomen covariaten vertoonde alleen leeftijd een significant negatief verband: een hogere leeftijd ging gepaard met een lagere kans op cannabisgebruik (ongestandaardiseerde  $B = -0,09$ ,  $SE = 0,03$ ,  $OR = 0,91$ , 95% BI [0,86, 0,96],  $p = 0,002$ ). Een post-hocanalyse toonde ook een significant positief verband aan tussen leeftijd en de mate van ervaren pijn ( $r = 0,25$ ,  $p = 0,011$ ).

Tabel 1

Verschillen in karakteristieken tussen cannabisgebruikers en niet-gebruikers.

	Total	Cannabis users (n=20)	Non-users (n=88)	t/ $\chi^2$	p
Age, M (SD)	48.39 (15.10)	35.11 (9.95)	51.06 (14.51)	5.79	<.001*
Sex, % (n) male	60.0 (n=66)	75.0 (n=15)	58.0 (n=51)	1.99	.158
Illness duration, M (SD)	20.92 (14.40)	13.47 (10.15)	22.55 (14.72)	3.23	.003*
Pain experience (RAND-SF 7), M (SD)	2.41 (1.44)	2.68 (1.25)	2.34 (1.48)	-0.93	.354
Very mild pain, % (n)	16.7 (n=18)	10.0 (n=2)	18.2 (n=16)	0.79	.375
Mild pain, % (n)	14.8 (n=16)	35.0 (n=7)	10.2 (n=9)	7.93	.005*
Moderate pain, % (n)	15.7 (n=17)	20.0 (n=4)	14.8 (n=13)	0.34	.562
Severe pain, % (n)	11.1 (n=12)	5.0 (n=1)	12.5 (n=11)	0.93	.335
Pain interference (RAND-SF 8), M (SD)	1.64 (0.95)	1.90 (1.07)	1.58 (0.92)	-1.37	.175
A little bit, % (n)	22.2 (n=24)	30.0 (n=6)	20.5 (n=18)	0.86	.354
Moderately, % (n)	13.9 (n=15)	20.0 (n=4)	12.5 (n=11)	0.77	.381
Quite a bit, % (n)	0.9 (n=1)	0.0 (n=0)	1.1 (n=1)	0.23	.630
Extremely, % (n)	2.8 (n=3)	5.0 (n=1)	2.3 (n=2)	0.45	.503
Antipsychotic drug use, % (n)	77.1 (n=84)	75.0 (n=15)	78.4 (n=69)	0.11	.741
Low sedative, % (n)	33.9 (n=37)	45.0 (n=9)	30.7 (n=27)	1.50	.220
Moderate sedative, % (n)	41.3 (n=45)	35.0 (n=7)	43.2 (n=38)	0.45	.503
High sedative, % (n)	24.8 (n=27)	20.0 (n=4)	26.1 (n=23)	0.33	.567
PANSS total	57.75 (14.81)	56.29 (9.07)	58.04 (15.73)	0.44	.660
PANSS Positive subscale	13.72 (4.89)	13.59 (3.74)	13.74 (5.11)	0.12	.907
PANSS Negative subscale	14.18 (4.81)	14.18 (5.34)	14.01 (4.73)	-0.13	.898
PANSS General Psychopathology	29.99 (8.22)	28.53 (4.74)	30.28 (8.74)	0.80	.425

Note. M = mean; SD = standard deviation; n = number; RAND-SF = RAND Short Form; PANSS = Positive And Negative Syndrome Scale.  
\*Significance at  $\alpha=0.05$ .

### Verband tussen de mate van pijn en cannabisgebruik

Uit de lineaire regressieanalyse bleek dat de mate van ervaren pijn geen significante voorspeller was van de hoeveelheid cannabisgebruik (ongestandaardiseerde  $B = 0,15$ , gestandaardiseerde  $\beta = 0,05$ ,  $SE = 0,32$ ,  $p = 0,647$ ). Correctie

voor covariaten had geen significante invloed op deze associatie (ongestandaardiseerde  $B = 0,37$ , gestandaardiseerde  $\beta = 0,12$ ,  $SE = 0,33$ ,  $p = 0,263$ ).

Het ervaren van hinder door pijn tijdens normale dagelijkse bezigheden bleek evenmin een significante voorspeller te zijn voor de mate van cannabisgebruik (ongestandaardiseerde  $B = 0,37$ , gestandaardiseerde  $\beta = 0,08$ ,  $SE = 0,50$ ,  $p = 0,463$ ). Correctie voor covariaten had geen significant effect op dit verband (ongestandaardiseerde  $B = 0,40$ , gestandaardiseerde  $\beta = 0,08$ ,  $SE = 0,50$ ,  $p = 0,421$ ). Van de meegenomen covariaten bleken een jongere leeftijd (ongestandaardiseerde  $B = -0,07$ , gestandaardiseerde  $\beta = -0,23$ ,  $SE = 0,03$ ,  $p = 0,021$ ) en het gebruik van antipsychotica met een laag sederend effect (ongestandaardiseerde  $B = 2,34$ , gestandaardiseerde  $\beta = 0,24$ ,  $SE = 1,05$ ,  $p = 0,028$ ) significant geassocieerd met een grotere hoeveelheid cannabisgebruik.

## Discussie

Uit dit onderzoek bleek dat 59% van de mensen met een psychotische stoornis in enige mate pijn ervoer, en dat 68% van hen aangaf dat deze pijn hun normale werk belemmerde. Noch de ervaren pijn, noch de werkbelemmering als gevolg van pijn bleek echter een significante voorspeller te zijn voor cannabisgebruik. We vonden ook geen verband tussen de hoeveelheid cannabisgebruik en de ervaren pijn. We vonden wel dat het gebruik van antipsychotica met een laag sederend effect geassocieerd was met een grotere hoeveelheid cannabisgebruik. Leeftijd werd verwacht als een potentiële confounder, en de resultaten toonden inderdaad aan dat jongere deelnemers vaker en in grotere hoeveelheden cannabis gebruikten.

### *Pijnbeleving bij psychose*

Er is weinig onderzoek gedaan naar pijnbeleving bij mensen met psychotische stoornissen. Onze bevindingen kwamen overeen met die van de studie van König et al. (2007), die rapporteerden dat 44% van hun deelnemers met een psychotische stoornis pijn en ongemak ervoer, hoewel zij een ander instrument gebruikten om pijn te meten. We vonden geen significante verbanden tussen cannabisgebruik en pijn bij mensen met psychotische stoornissen, in tegenstelling tot de recente studie van Wilson et al. (2022), die aantoonde dat jonge cannabisgebruikers meer psychotische klachten ervaren en significant meer pijn rapporteren. Een belangrijke factor voor het begrijpen van de discrepantie tussen onze bevindingen en die van Wilson et al. kan het verschil in leeftijd tussen de steekproeven zijn. Wilson et al. (2022) werkten met een jonge steekproef met een leeftijd van 16–25 jaar, terwijl onze deelnemers een gemiddelde leeftijd van 49 jaar hadden en slechts 6,5% van onze steekproef in de leeftijdsgroep van 18–25 jaar viel. Zowel in ons onderzoek als in eerder onderzoek (Bruins et al., 2016; Seddon et al., 2016) ging een hogere leeftijd samen met minder cannabisgebruik bij mensen met psychotische stoornissen, maar in onze steekproef ging een hogere leeftijd ook gepaard met meer meldingen van pijn.

### *Relatie pijn en cannabis*

Het verband tussen cannabisgebruik en pijn was in onze steekproef niet significant. De huidige bevindingen wijzen erop dat er geen direct verband bestaat tussen cannabisgebruik bij personen met psychotische stoornissen en de door hen

gerapporteerde pijn. In overeenstemming met de zelfmedicatietheorie blijft het echter aannemelijk dat cannabisgebruik kan dienen om de ervaren pijn bij gebruikers te verzachten. Als gevolg hiervan kan de door cannabis veroorzaakte pijnonderdrukking hebben geleid tot een onderschatting van de gerapporteerde pijn en een daaruit voortvloeiende belemmering van dagelijkse activiteiten. Gezien de aangetoonde effectiviteit van cannabis bij pijnbestrijding (Hutchinson et al., 2019; Maharajan et al., 2020), zou het ervaren van pijn daarom nog steeds kunnen bijdragen aan de verklaring voor de relatief hoge prevalentie van cannabisgebruik bij mensen met psychotische stoornissen. Deze alternatieve verklaring suggereert dat we mogelijk onbedoeld het *effect* van cannabisgebruik op pijn hebben gemeten, in plaats van pijn als *oorzaak* van cannabisgebruik.

#### *Sederende antipsychotica*

Het is mogelijk dat sederende antipsychotica patiënten wellicht al voldoende verlichting van pijn bieden, waardoor de noodzaak om zelfmedicatie met cannabis toe te passen zou komen te vervallen. Hoewel er in dit onderzoek geen verbanden werden gevonden tussen cannabisgebruik en pijn, ging het gebruik van antipsychotica met een weinig sederende werking gepaard met meer cannabisgebruik. Dat doet vermoeden dat de sederende effecten van bepaalde antipsychotica kunnen bijdragen aan zelfmedicatie met cannabis om andere redenen dan pijnverlichting.

Een eerdere studie rapporteerde dat personen met psychotische stoornissen cannabis vaak gebruiken om zichzelf te verdoven en om negatieve emoties te onderdrukken (Bruins et al., 2023). Het is mogelijk dat patiënten die geen verdoving en sedatie ervaren door antipsychotica, vaker geneigd zijn om cannabis te gebruiken om zichzelf te verdoven. Bestaande literatuur biedt gedeeltelijke ondersteuning voor deze theorie, maar een meer genuanceerde benadering van het categoriseren van de sedatieve effecten van antipsychotica, inclusief de invloed van dosering en polyfarmacie, is noodzakelijk. Eerdere studies toonden aan dat mensen met psychotische stoornissen die clozapine (sterk sederend) gebruikten, een grotere vermindering van het verlangen naar cannabis vertoonden in vergelijking met patiënten die risperidon voorgeschreven kregen (matig sederend; Machielsen et al., 2014; Machielsen et al., 2018). Patiënten die olanzapine gebruikten, hadden ook minder behoefte aan cannabis dan patiënten die risperidon gebruikten, hoewel beide middelen worden beschouwd als matig sederend (Machielsen et al., 2012).

#### *Krachten en beperkingen van het onderzoek*

In deze cross-sectionele studie hebben we de relatie kunnen onderzoeken tussen pijn, cannabisgebruik en het gebruik van antipsychotica bij een representatieve steekproef van mensen met een breed spectrum aan psychotische stoornissen, variërend van een eerste psychose tot aan een chronische aandoening. De meeste bestaande onderzoeken naar cannabisgebruik richten zich enkel op de eerste psychotische episode of de prodromale fase.

Informatie over cannabis werd verzameld aan de hand van zelfrapportage, wat ertoe kan leiden dat de deelnemer sociaal wenselijke antwoorden geeft, met als gevolg een onderschatting van het cannabisgebruik. Eerder is echter gebleken dat zelfrapportage en objectieve metingen van cannabisgebruik bij mensen met een psychotische stoornis sterk overeenkomen (van der Meer & Velthorst, 2015).

Daarnaast bleven de gegevens over cannabisgebruik beperkt tot het zelfgerapporteerde aantal eenheden dat per week werd gebruikt. Er werd geen informatie verzameld over de wijze van cannabisgebruik (inhalatie, eetbare producten, enz.), de hoeveelheid cannabis in grammen of de samenstelling van de cannabisplanten. Meer gedetailleerde informatie over cannabiscomponenten en doseringen zou nuttig zijn geweest, aangezien verschillende componenten en doseringen van cannabis verschillende effecten kunnen hebben (Bonaccorso et al., 2019; Boyaji et al., 2020; Tamba et al., 2020). Cannabidiol (CBD) en tetrahydrocannabinol (THC) zijn bijvoorbeeld twee belangrijke bestanddelen van de Cannabis sativa-plant. THC staat bekend om zijn psychedelische eigenschappen, wat vooral relevant is voor recreatief cannabisgebruik. CBD lijkt echter beter te helpen bij het verlichten van pijn, waardoor cannabis met een hoog CBD-gehalte aantrekkelijker is voor mensen die het gebruiken voor pijnbestrijding (Bonaccorso et al., 2019).

Vanwege de cross-sectionele opzet en de inclusiecriteria van het VAT-onderzoek zijn er geen gegevens beschikbaar over de pijnervaring van de deelnemers vóór hun cannabisgebruik. De vraag blijft daarom of er bij psychose geen verband bestaat tussen pijn en cannabisgebruik, of dat cannabis juist het beoogde effect heeft van zelfmedicatie tegen pijn. Onze steekproef bestaat uit mensen met psychotische stoornissen, specifiek uit Noord-Nederland, wat de generaliseerbaarheid van onze bevindingen naar andere populaties kan beperken. Hoewel onze studie voldoende statistische power had (>86%), benadrukken we dat voorzichtigheid geboden is bij de interpretatie van onze bevindingen.

#### *Klinische implicaties en toekomstig onderzoek*

Het ervaren van pijn en de daaruit voortvloeiende beperkingen in het dagelijks leven lijken relatief veel voor te komen bij mensen met een psychotische stoornis, wat aandacht verdient tijdens de behandeling. We hebben geen bewijs gevonden voor een verband tussen pijnbeleving en cannabisgebruik. Vanwege de mogelijkheid dat cannabis wordt gebruikt als zelfmedicatie bij pijnbestrijding en het cross-sectionele karakter van dit onderzoek, kunnen we echter geen definitieve conclusies trekken over de relatie tussen pijnbeleving en cannabisgebruik bij personen met psychotische stoornissen. We bevelen toekomstige longitudinale studies aan om dit verband verder te onderzoeken.

Idealiter zouden toekomstige studies baseline gegevens over pijnbeleving moeten bevatten die zijn verzameld vóór het cannabisgebruik. Het onderzoeken van fluctuatie in pijnbeleving en cannabisgebruik in de loop van de tijd kan inzicht verschaffen in een mogelijk causaal verband tussen pijn en cannabisgebruik bij psychose, mocht een dergelijk verband bestaan. Toekomstige studies zouden een steekproef moeten omvatten met een grotere vertegenwoordiging van patiënten in de leeftijdsgroep van 18–25 jaar, en gedetailleerde informatie over het gebruik van sederende antipsychotica.

We bevelen ook aan om de sederende effecten van antipsychotica in relatie tot cannabisgebruik verder te onderzoeken, aangezien dit in de toekomst van invloed zou kunnen zijn op de keuze van voorgeschreven antipsychotica bij de behandeling van psychotische stoornissen. Een gerichte aanpak, waarbij antipsychotica met sterkere sederende effecten worden voorgeschreven aan patiënten met psychose die het risico lopen op zelfmedicatie met cannabis, zou mogelijk kunnen helpen het cannabisgebruik bij deze patiëntgroep te verminderen.

### Dankwoord

De auteurs willen alle klinisch psychologen in opleiding die bij het VAT-onderzoek betrokken waren, bedanken voor hun bijdrage aan het verzamelen van de gegevens.

### Referenties

- Bonaccorso, S., Ricciardi, A., Zangani, C., Chiappini, S., & Schifano, F. (2019). Cannabidiol (CBD) use in psychiatric disorders: A systematic review. *Neurotoxicology*, 74, 282–298. <https://doi.org/10.1016/j.neuro.2019.08.002>
- Bonnot, O., Anderson, G. M., Cohen, D., Willer, J. C., & Tordjman, S. (2009). Are patients with schizophrenia insensitive to pain? A reconsideration of the question. *The Clinical Journal of Pain*, 25(3), 244–252. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e318192be97>
- Boyaji, S., Merkow, J., Elman, R. N. M., Kaye, A. D., Yong, R. J., & Urman, R. D. (2020). The role of cannabidiol (CBD) in chronic pain management: An assessment of current evidence. *Current Pain and Headache Reports*, 24(2), 4. <https://doi.org/10.1007/s11916-020-0835-4>
- Bruins, J., Crutzen, S., Veling, W., & Castelein, S. (2023). How to quit cannabis when you have a mental illness: Study from the perspective of patients who have successfully quit. *BJPsych Bulletin*, 48(4), 1–7. <https://doi.org/10.1192/bjb.2023.69>
- Bruins, J., Pijnenborg, G. H. M., Bartels-Velthuis, A. A., Visser, E., van den Heuvel, E. R., Bruggeman, R., & Jörg, F. (2016). Cannabis use in people with severe mental illness: The association with physical and mental health—A cohort study. A Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey study. *Journal of Psychopharmacology*, 30(4), 354–362. <https://doi.org/10.1177/0269881116631652>
- Byars, T., Theisen, E., & Bolton, D. L. (2019). Using cannabis to treat cancer-related pain. *Seminars in Oncology Nursing*, 35(3), 300–309. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.04.012>
- Campbell, L. C., Clauw, D. J., & Keefe, F. J. (2003). Persistent pain and depression: A biopsychosocial perspective. *Biological Psychiatry*, 54(3), 399–409. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(03\)00545-6](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(03)00545-6)
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lee, S., Posada-Villa, J., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Levinson, D., de Girolamo, G., Nakane, H., Mneimneh, Z., Lara, C., de Graaf, R., Scott, K. M., Gureje, O., Stein, D. J., Haro, J. M., Bromet, E. J., Kessler, R. C., Alonso, J., & Von Korff, M. (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: Results from the World Mental Health Surveys. *Pain*, 129(3), 332–342. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.01.022>
- Dersh, J., Polatin, P. B., & Gatchel, R. J. (2002). Chronic pain and psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*, 64(5), 773–786. <https://doi.org/10.1097/00006842-200209000-00010>
- Green, B., Kavanagh, D. J., & Young, R. M. (2004). Reasons for cannabis use in men with and without psychosis. *Drug and Alcohol Review*, 23(4), 445–453. <https://doi.org/10.1080/09595230412331324563>
- Hasan, A., von Keller, R., Friemel, C. M., Hall, W., Schneider, M., Koethe, D., Leweke, F. M., Strube, W., & Hoch, E. (2020). Cannabis use and psychosis: A review of reviews. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*,

- 270(4), 403–412. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01068-z>
- Henquet, C., van Os, J., Kuepper, R., Delespaul, P., Smits, M., Campo, J. A., & Myin-Germeys, I. (2010). Psychosis reactivity to cannabis use in daily life: An experience sampling study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 196(6), 447–453. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.072249>
  - Hutchison, K. E., Hagerty, S. L., Galinkin, J., Bryan, A. D., & Bidwell, L. C. (2019). Cannabinoids, pain, and opioid use reduction: The importance of distilling and disseminating existing data. *Cannabis and Cannabinoid Research*, 4(3), 158–164. <https://doi.org/10.1089/can.2018.0052>
  - S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
  - Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>
  - Kolliakou, A., Castle, D., Sallis, H., Joseph, C., O'Connor, J., Wiffen, B., Gayer-Anderson, C., McQueen, G., Taylor, H., Bonaccorso, S., Gaughran, F., Smith, S., Greenwood, K., Murray, R. M., Di Forti, M., Atakan, Z., & Ismail, K. (2015). Reasons for cannabis use in first-episode psychosis: Does strength of endorsement change over 12 months? *European Psychiatry*, 30(1), 152–159. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.10.007>
  - König, H. H., Roick, C., & Angermeyer, M. C. (2007). Validity of the EQ-5D in assessing and valuing health status in patients with schizophrenic, schizotypal or delusional disorders. *European Psychiatry*, 22(3), 177–187. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.08.004>
  - Koyanagi, A., & Stickley, A. (2015). The association between psychosis and severe pain in community-dwelling adults: Findings from 44 low- and middle-income countries. *Journal of Psychiatric Research*, 69, 19–26. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.07.020>
  - Koyanagi, A., Stickley, A., & Haro, J. M. (2016). Subclinical psychosis and pain in an English national sample: The role of common mental disorders. *Schizophrenia Research*, 175 (1–3), 209–215. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.031>
  - Leucht, S., Cipriani, A., Spineli, L., Mavridis, D., Orey, D., Richter, F., Samara, M., Barbui, C., Engel, R. R., Geddes, J. R., Kissling, W., Stapf, M. P., Lässig, B., Salanti, G., & Davis, J. M. (2013). Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: A multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*, 382(9896), 951–962. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60733-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60733-3)
  - Lowe, D. J. E., Sasiadek, J. D., Coles, A. S., & George, T.P. (2019). Cannabis and mental illness: A review. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(1), 107–120. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0970-7>
  - Machielsen, M., Beduin, A. S., Dekker, N., Kahn, R. S., Linszen, D. H., van Os, J., Wiersma, D., Bruggeman, R., Cahn, W., de Haan, L., Krabbendam, L., & Myin-Germeys, I. Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) investigators (2012). Differences in craving for cannabis between schizophrenia patients using risperidone, olanzapine or clozapine. *Journal of Psychopharmacology*, 26(1), 189–195. <https://doi.org/10.1177/0269881111408957>
  - Machielsen, M. W., Veltman, D. J., van den Brink, W., & de Haan, L. (2014). The effect of clozapine and risperidone on attentional bias in patients

- with schizophrenia and a cannabis use disorder: An fMRI study. *Journal of Psychopharmacology*, 28(7), 633–642. <https://doi.org/10.1177/0269881114527357>
- Machielsen, M. W. J., Veltman, D. J., van den Brink, W., & de Haan, L. (2018). Comparing the effect of clozapine and risperidone on cue reactivity in male patients with schizophrenia and a cannabis use disorder: A randomized fMRI study. *Schizophrenia Research*, 194, 32–38. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.03.030>
  - Maharajan, M. K., Yong, Y. J., Yip, H. Y., Woon, S. S., Yeap, K. M., Yap, K. Y., Yip, S. C., & Yap, K. X. (2020). Medical cannabis for chronic pain: Can it make a difference in pain management? *Journal of Anesthesia*, 34(1), 95–103. <https://doi.org/10.1007/s00540-019-02680-y>
  - Manthey, J., Freeman, T. P., Kilian, C., López-Pelayo, H., & Rehm, J. (2021). Public health monitoring of cannabis use in Europe: Prevalence of use, cannabis potency and treatment rates. *The Lancet Regional Health. Europe*, 10, 100227. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100227>
  - Morales-Chávez, M. C., Rueda-Delgado, Y. M., & Peña-Orozco, D. A. (2014). Prevalence of bucco-dental pathologies in patients with psychiatric disorders. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 6(1), e7–e11. <https://doi.org/10.4317/jced.51147>
  - Oh, H., & DeVlyder, J. (2015). Psychotic symptoms predict health outcomes even after adjusting for substance use, smoking and co-occurring psychiatric disorders: Findings from the NCS-R and NLAAS. *World Psychiatry*, 14(1), 101–102. <https://doi.org/10.1002/wps.20196>
  - Quach, P. L., Mors, O., Christensen, T. Ø., Krarup, G., Jørgensen, P., Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., & Nordentoft, M. (2009). Predictors of poor adherence to medication among patients with first-episode schizophrenia-spectrum disorder. *Early Intervention in Psychiatry*, 3(1), 66–74. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2008.00108.x>
  - Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
  - Romero-Sandoval, E. A., Fincham, J. E., Kolano, A. L., Sharpe, B. N., & Alvarado-Vázquez, P. A. (2018). Cannabis for chronic pain: Challenges and considerations. *Pharmacotherapy*, 38(6), 651–662. <https://doi.org/10.1002/phar.2115>
  - Scott, K. M., Bruffaerts, R., Tsang, A., Ormel, J., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bromet, E., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gasquet, I., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Kessler, R. C., Levinson, D., Mneimneh, Z. N., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., ... Von Korff, M. (2007). Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: Results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Affective Disorders*, 103(1–3), 113–120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.01.015>
  - Seddon, J. L., Birchwood, M., Copello, A., Everard, L., Jones, P. B., Fowler, D., Amos, T., Freemantle, N., Sharma, V., Marshall, M., & Singh, S. P. (2016). Cannabis use is associated with increased psychotic symptoms and poorer psychosocial functioning in first-episode psychosis: A report from the UK

- National EDEN Study. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 619–625. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv154>
- Seidel, S., Aigner, M., Ossege, M., Pernicka, E., Wildner, B., & Sycha, T. (2010). Antipsychotics for acute and chronic pain in adults. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(4), 768–778. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.09.008>
  - Shin, S. W., Lee, J. S., Abdi, S., Lee, S. J., & Kim, K. H. (2019). Antipsychotics for patients with pain. *The Korean Journal of Pain*, 32(1), 3–11. <https://doi.org/10.3344/kjp.2019.32.1.3>
  - Singh, M. K., Giles, L. L., & Nasrallah, H. A. (2006). Pain insensitivity in schizophrenia: Trait or state marker? *Journal of Psychiatric Practice*, 12(2), 90–102. <https://doi.org/10.1097/00131746-200603000-00004>
  - Strassnig, M., Brar, J. S., & Ganguli, R. (2003). Body mass index and quality of life in community-dwelling patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 62(1-2), 73–76. [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(02\)00441-3](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(02)00441-3)
  - Stubbs, B., Mitchell, A. J., De Hert, M., Correll, C. U., Soundy, A., Stroobants, M., & Vancampfort, D. (2014). The prevalence and moderators of clinical pain in people with schizophrenia: A systematic review and large scale meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 160(1–3), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.10.017>
  - Stubbs, B., Gaughran, F., Mitchell, A. J., De Hert, M., Farmer, R., Soundy, A., Rosenbaum, S., & Vancampfort, D. (2015). Schizophrenia and the risk of fractures: A systematic review and comparative meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 37(2), 126–133. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.01.004>
  - Sutherland, A. M., Nicholls, J., Bao, J., & Clarke, H. (2018). Overlaps in pharmacology for the treatment of chronic pain and mental health disorders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 87(Pt B), 290–297. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.07.017>
  - Tamba, B. I., Stanciu, G. D., Uritu, C. M., Rezus, E., Stefanescu, R., Mihai, C. T., Luca, A., Rusu-Zota, G., Leon-Constantin, M. M., Cojocaru, E., Gafton, B., & Alexa-Stratulat, T. (2020). Challenges and opportunities in preclinical research of synthetic cannabinoids for pain therapy. *Medicina*, 56(1), 24. <https://doi.org/10.3390/me-dicina56010024>
  - van der Meer, F. J., & Velthorst, E. (2015). Course of can-nabis use and clinical outcome in patients with non-affective psychosis: A 3-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 45(9), 1977–1988. <https://doi.org/10.1017/S0033291714003092>
  - Van der Zee, K. I., & Sanderman, R. (1992). *Measuring general health with the RAND-36, a manual*. University of Groningen, Northern Center for Health Issues.
  - Wilson, J., Constable, T., Mason, K., Ferris, L., Quinn, C., Hides, L., Leung, J., & Carlyle, M. (2022). Pain and psychotic-like experiences in young people using canna-bis. *Medical Sciences Forum*, 4(1): 38. <https://doi.org/10.3390/ECERPH-3-09056>
  - Zhang-James, Y., Wyon, E., Grapsas, D., & Johnson, B. (2023). Daily cannabis use may cause cannabis-induced hyperalgesia. *The American Journal on Addictions*, 32(6), 532–538. <https://doi.org/10.1111/ajad.13456>

# Een nieuwe methode voor het bespreken van morele casussen met zowel forensische patiënten als personeel: ontwikkeling en eerste ervaringen

Swanny Kremer\*, Bert Molewijk, Esther Lammers en Margreet Stolper

## Samenvatting

Moral Case Deliberation (MCD), moreel beraad, waarbij zowel patiënten als personeel betrokken zijn, vormt vaak een uitdaging, maar een aangepaste, gezamenlijk vormgegeven dialoog kan het wederzijds begrip vergroten. Deze pilotstudie presenteert Joint MCD (JMCD), een nieuwe vorm van ethiek ondersteuning die via vallen en opstaan is ontwikkeld in een Nederlandse forensisch-psychiatrische afdeling. Na tien sessies gaven de deelnemers aan meer inzicht te hebben gekregen in elkaars standpunten en handelingen. We beschrijven de stapsgewijze methode, de geleerde lessen en de suggesties van deelnemers voor verbetering. Hoewel JMCD veelbelovend is als gezamenlijke leerbenadering, blijven er uitdagingen bestaan, met name bij het creëren van een dialoog op werkelijk gelijkwaardige voet tussen patiënten en professionals.

## Trefwoorden

Gezamenlijke morele casusbespreking (JMCD); klinische ethiek ondersteuning (CES); dialoog tussen patiënten en personeel; forensische psychiatrie; wederzijds begrip

*‘Geweldig dat patiënten hun hoofd leken te kunnen leegmaken van de hectiek van het dagelijks leven en met elkaar konden praten, ongeacht meningsverschillen.’ (Behandelcoördinator)*

*‘Ik voel meer ruimte voor positiviteit: ‘We denken vooruit.’ Ik kan mijn hart luchten, dingen beter begrijpen en word daardoor minder snel boos.’ (Een patiënt)*

---

\* Contactpersoon: Swanny Kremer Kremer, [S.Kremer@fpcvanmesdag.nl](mailto:S.Kremer@fpcvanmesdag.nl)

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

Dit artikel is een vertaling van het in het Engels gepubliceerde artikel

*A New Method for Moral Case Deliberation with Both Forensic Inpatients and Staff: Development and First Experiences*, Journal of Forensic Psychology Research and Practice, (18 Feb 2026): DOI:

[10.1080/24732850.2026.2630402](https://doi.org/10.1080/24732850.2026.2630402)

### Inleiding: wat is kenmerkend voor (werken en leven in) de forensische zorg?

De bovenstaande citaten illustreren hoe zowel medewerkers als patiënten in de forensische psychiatrie de behoefte aan een open dialoog en reflectie ervoeren, ondanks de spanningen die inherent zijn aan deze context. Werken in de forensische psychiatrie brengt onvermijdelijk morele uitdagingen met zich mee (Kremer & Goethals, 2021; Kremer & Widdershoven, 2019). Dit vakgebied is opgericht om de samenleving te beschermen door personen te behandelen die ernstige misdrijven hebben gepleegd, waardoor veiligheid centraal staat in de praktijk. Veiligheid wordt algemeen erkend als een kernwaarde in de forensische psychiatrie en is bepalend voor zowel het institutionele beleid als de therapeutische praktijken (Clercx et al., 2021; Kremer & Goethals, 2021). Deze dynamiek leidt tot een complex moreel landschap, zowel voor het personeel als voor de patiënten, waarin het delicate evenwicht tussen therapeutische betrokkenheid en het handhaven van de veiligheid voortdurend waarden als autonomie, re-integratie en verantwoordelijkheid op het spel zet, waardoor de relatie tussen het personeel en de patiënten onder druk komt te staan.

In deze context van verhoogde waakzaamheid en gespannen relaties doen zich in de dagelijkse praktijk onvermijdelijk morele vraagstukken voor, vaak op onverwachte en subtiele wijze (Kremer & Goethals 2021; Kremer & Widdershoven, 2019). Deze dilemma's lijken op het eerste gezicht misschien triviaal, maar raken vaak aan fundamentele ethische waarden. Een patiënt kan bijvoorbeeld vragen om een telefoongesprek zonder toezicht te voeren met zijn moeder, die eerder ook zijn slachtoffer was. In een ander geval kan een terminaal zieke kankerpatiënt vragen om zijn laatste dagen thuis bij zijn familie door te brengen in plaats van in de kliniek. Beide situaties dwingen het personeel om te laveren tussen spanningen tussen autonomie en zelfbeschikking enerzijds, en professionele verantwoordelijkheid, veiligheid en grenzen anderzijds. Deze voorbeelden illustreren hoe morele overwegingen niet beperkt blijven tot crisissituaties, maar ook in de dagelijkse zorgpraktijk kunnen opduiken. Omdat veel van deze morele uitdagingen echter rechtstreeks betrekking hebben op de ervaringen, waarden en perspectieven van patiënten, is er een groeiende belangstelling om patiënten zelf bij dergelijke afwegingen te betrekken. Eerdere studies hebben aangetoond dat dergelijke morele kwesties zelden expliciet worden besproken in interacties met forensische patiënten (Lammers, et al. 2017; Kremer et al., 2016). Meestal vindt ethische reflectie in de forensische psychiatrie plaats nadat er zich een incident heeft voorgedaan. Als er bijvoorbeeld drugs worden ontdekt door een speurhond, moet de zoektocht dan beperkt blijven tot gemeenschappelijke ruimtes om de privacy van patiënten te beschermen, of is het aanvaardbaar om ook individuele kamers te doorzoeken om een drugsvrije en veilige omgeving te garanderen? Het personeel kan het gevoel hebben dat fundamentele morele waarden, zoals veiligheid, eerlijkheid of betrouwbaarheid, zijn geschonden. Gesprekken met patiënten in dat stadium zijn vaak reactief en richten zich op wat er 'mis' is gegaan. Of met andere woorden: zodra een duidelijke norm is geschonden. Deze discussies na een incident hebben vaak een therapeutische lading, waarbij de nadruk ligt op het identificeren van (on)gewenst gedrag en het doel is om patiënten te leren hoe ze in de toekomst in soortgelijke situaties verantwoordelijker kunnen reageren. Het ontbreken van een proactieve dialoog over morele kwesties kan daardoor de mogelijkheden beperken

om onderliggende waarden aan de orde te stellen. In veel forensisch-psychiatrische settings draaien therapeutische gesprekken voornamelijk om het vaststellen van normen voor normatief wenselijk gedrag. Medewerkers definiëren deze normen, benaderen het gedrag van de patiënt en bieden alternatieve gedragsstrategieën aan. De focus ligt op handhaving, bescherming en het bevorderen van een open dialoog. Deze benadering is inherent reactief en richt zich op handhaving, bescherming en corrigerende maatregelen in plaats van het bevorderen van een open en verkennende dialoog. Hoewel dergelijke gesprekken zinvol zijn en een essentieel onderdeel vormen van forensisch-psychiatrische behandelingen (Lammers et al., 2017; Kremer et al., 2016), zijn ze overwegend hiërarchisch en unidirectioneel: de therapeut geeft aanwijzingen, terwijl van de patiënt wordt verwacht dat hij zich hieraan conformeert. Bovendien is de aanleiding voor het gesprek een probleem of incident, waardoor er weinig ruimte is voor morele twijfel, onzekerheid of gezamenlijk moreel onderzoek (Kremer et al., 2016; Lammers et al., 2017). Op een nieuw ontwikkelde afdeling in FPC Dr. S. van Mesdag was een andere aanpak gewenst, omdat de standaard therapeutische aanpak ontoereikend leek voor de daar opgenomen patiënten (Kremer et al., 2016; Lammers et al., 2017). Er werd gevraagd om een gezamenlijke beraadslaging tussen patiënten en personeel, wat de vraag oproep: is het mogelijk om in een forensisch bewaakte organisatie en binnen een sterk normatief-corrigerende structuur gezamenlijke reflectie te bevorderen, waarbij morele uitdagingen dienen als een kans om samen te leren? Joint Moral Case Deliberation (JMCD) werd geïntroduceerd als een veelbelovende aanpak om in deze behoefte te voorzien, door een gestructureerde setting te bieden voor collectieve ethische reflectie en wederzijds leren. In plaats van zich te richten op het corrigeren van 'moreel verkeerd' gedrag of het versterken van hiërarchische relaties, benadrukt JMCD dialoog, waarbij deelnemers gezamenlijk de morele dimensies van concrete gevallen onderzoeken. Een dergelijke dialooggerichte benadering van ethiek maakt een egalitaire uitwisseling mogelijk, waarbij personeel en patiënten samen hun morele perspectieven kunnen verwoorden, bevragen en heroverwegen. Hierdoor worden morele uitdagingen niet langer louter als obstakels behandeld, maar als kansen voor gedeeld begrip en groei.

*Wat is het overwegen van morele dilemma's en hoe kan dit het leren over morele kwesties bevorderen?*

Om op voet van gelijkheid een morele dialoog te voeren, kan ethische ondersteuning een cruciale rol spelen. Een vorm van ethische ondersteuning die is gebaseerd op een dialogische benadering van ethiek is Moral Case Deliberation (MCD), ofwel moreel beraad. Moreel beraad is een gestructureerde dialoog waarin deelnemers gezamenlijk reflecteren op een concrete morele ervaring of een dilemma (De Bree & Veening, 2023; Molewijk et al., 2017; Tan et al., 2018). Van oudsher ontworpen voor en door zorgprofessionals (Kremer & Goethals, 2021; Tan et al., 2018), wordt de dialoog gefaciliteerd door een getrainde facilitator die het proces begeleidt en reflectie stimuleert zonder de inhoudelijke inhoud of de uitkomst van de beraadslaging te beïnvloeden (Stolper et al., 2015). Met behulp van een gestructureerde, stapsgewijze aanpak ondersteunt MCD deelnemers bij het formuleren van morele vragen, het onderzoeken van onderliggende waarden en het overwegen van mogelijke handelwijzen (Kremer & Goethals, 2021; Janssens et al., 2015). De dialoog wordt gefaciliteerd door een getrainde facilitator die

het proces begeleidt en reflectie stimuleert zonder de inhoud of de uitkomst van de beraadslaging te beïnvloeden (Stolper et al., 2015). Met behulp van een gestructureerde, stapsgewijze aanpak ondersteunt moreel beraad deelnemers bij het formuleren van morele vragen, het onderzoeken van onderliggende waarden en het overwegen van mogelijke handelwijzen (Janssens et al., 2015; Kremer & Goethals, 2021).

Moreel beraad heeft de volgende doelstellingen (Molewijk et al., 2017): 1. een beter inzicht krijgen in de casus, verschillende standpunten inzien en een besluit, een antwoord, een oplossing of nieuwe vragen te formuleren; 2. de morele competentie of houding op professioneel niveau te versterken; 3. de communicatie en samenwerking binnen teams te verbeteren; 4. op organisatorisch en beleidsniveau verbanden te leggen tussen de zorgpraktijk en de visie en het beleid van de organisatie.

Empirisch onderzoek wijst uit dat regelmatige deelname aan moreel beraad bijdraagt aan een beter wederzijds begrip en een betere samenwerking (Haan et al. (2018), Metselaar et al. (2017), Molewijk et al. (2017), de Snoo-Trimp et al. (2017), Janssens et al. (2015), Van Dartel en De Witte (2014)). De meeste van deze studies zijn echter alleen uitgevoerd onder zorgprofessionals. Er is veel minder bekend over het potentieel van JMCD, waarbij zowel professionals als cliënten samen bezig zijn met ethische reflectie. Dit roept de vraag op: *in hoeverre kan JMCD moreel leren in de forensische psychiatrie bevorderen?*

#### *Potentiële bijdrage van MCD aan gezamenlijk moreel leren*

Moreel beraad waarbij zowel patiënten als personeel betrokken zijn, komt in de praktijk nog steeds zelden voor (Eijkholt et al., 2022; Metselaar & Kossler, 2018; Weidema et al., 2011; Abma et al. 1991, 2009) en de implementatie ervan roept belangrijke organisatorische en methodologische vragen op (Metselaar & Kossler, 2018; Weidema et al., 2011).

De participatie van patiënten in een moreel beraad, of zogenaamde JMCD, wordt gezien als een zeer belangrijk onderwerp in de (geestelijke) gezondheidszorg (Metselaar en Kossler (2018); Weidema et al. (2011); Abma et al. (2009); Agich en Youngner (1991)). Uit de literatuur blijkt dat de implementatie van zogenaamde 'patiëntenparticipatie in moreel beraad' niet altijd succesvol is (Weidema et al., 2011). In het onderzoek van Weidema et al. (2011) naar moreel beraad met patiënten/cliënten en maatschappelijk werkers in een psychiatrische zorgorganisatie werden verschillende factoren gevonden die een succesvolle dialoog tussen patiënten en personeel in de weg stonden.

Weidema et al. (2011) hebben in een onderzoek dat plaatsvond in de algemene psychiatrie – en niet in de forensische psychiatrie – twee verschillende groepen onderzocht en vastgesteld dat JMCD niet altijd het beoogde effect had. In de eerste groep hadden professionals de neiging om meer over de patiënt te praten dan met de patiënt, wat een 'wij-zij'-cultuur versterkt. Bovendien schonden sommige deelnemers vertrouwelijkheidsafspraken, en informatie uit het gesprek circuleerde daarna, wat een gevoel van onveiligheid creëerde. Naast deze negatieve ervaringen waren er ook positieve uitkomsten, maar het totaalbeeld bleef fragiel. Ondanks deze uitdagingen was de tweede groep die door Weidema et al. (2011) werd bestudeerd succesvoller in het bevorderen van een gevoel van gelijkwaardigheid en wederkerigheid. Een belangrijke reden was dat deelname vanaf het begin

vrijwillig was voor alle belanghebbenden (personeel, patiënten en familieleden), en dat het aantal patiënten gelijk was aan het aantal aanwezige personeelsleden, wat zorgde voor evenwichtigere dialoogomstandigheden. Een recenter onderzoek van Spijkerboer et al. (2025) over cliëntparticipatie in moreel beraad in de jeugdzorg liet positieve resultaten zien wat betreft het zelfmanagement van cliënten en verbeteringen op het gebied van gezamenlijk leren, wederzijds begrip en dialoogvaardigheden. In lijn met Weidema benadrukt dit onderzoek de uitdagingen en de speciale aandacht die nodig is bij het organiseren van gezamenlijke moreel beraad, evenals de belemmeringen die professionals ervaren bij het delen en bespreken van hun morele vragen en twijfels met cliënten.

Deze bevindingen benadrukken dat de uitkomsten van JMCD sterk afhangen van hoe de participatie wordt georganiseerd en of de principes van veiligheid, gelijkwaardigheid en vertrouwelijkheid worden gewaarborgd.

Uit de literatuur blijkt dat moreel beraad, waarbij personeel en patiënten samen deelnemen, potentieel positieve voordelen biedt, maar ook verschillende uitdagingen met zich meebrengt (Førde & Linja, 2015; Kremer et al., 2016; Lammers et al., 2017; Spijkerboer et al., 2025; Weidema et al., 2011). Een algemeen overzicht van de ervaringen met JMCD's suggereert de volgende lessen: 1) het is belangrijk om met alle deelnemers tegelijk te beginnen, 2) zorg voor een gelijke vertegenwoordiging van patiënten en personeel, 3) deelname moet vrijwillig zijn, 4) deelnemers moeten met de patiënten praten en niet over de patiënten, 5) wat er in een JMCD wordt besproken, moet vertrouwelijk blijven, en 6) er moet een sterke toewijding zijn aan gelijkwaardigheid binnen de dialoog. Dit laatste geldt zowel voor de methode als voor de aanpak.

Gezien de beperkte literatuur over dit onderwerp, dat in de moreel beraad-context vaak wordt aangeduid als 'patiëntenparticipatie', is het belangrijk om zowel de positieve ervaringen als de uitdagingen van patiëntenbetrokkenheid te delen en kritisch te evalueren (Kremer et al., 2016; Lammers et al., 2017; Molewijk et al., 2017). In het FPC Dr. S. van Mesdag werd een nieuwe methode van JMCD gezamenlijk ontwikkeld door patiënten, onderzoekers en therapeuten.

Op basis van deze inzichten gebruiken we bewust de term 'gezamenlijke moreel beraad' (JMCD) in plaats van de vaker gebruikte term 'patiëntenparticipatie' (Eijkholt et al., 2022; Molewijk, 2009; Spijkerboer et al., 2025; Weidema et al., 2011, 2014). Het begrip 'participatie' wordt vaak gebruikt in de context van minderheden of groepen die versterking of empowerment nodig hebben. Deze framing dreigt ongelijkheid in stand te houden in plaats van een oprechte dialoog te bevorderen. Daarentegen benadrukt 'Joint-MCD' gedeeld eigenaarschap, gelijke bijdrage en wederzijds respect onder alle deelnemers, zowel patiënten, personeel als onderzoekers. Dit is met name relevant in de forensische psychiatrie, waar de autonomie van patiënten inherent beperkt is en hiërarchische relaties gemakkelijk kunnen worden versterkt (Kremer & Goethals, 2021). Het concept van JMCD weerspiegelt daarom zowel een ethische als methodologische keuze: het beoogt morele reflectie te normaliseren als een gezamenlijk proces tussen personen, in plaats van een dialoog tussen zorgverleners (HCP) en een patiënt of cliënt<sup>1</sup> die 'aan

---

1 In de literatuur worden de termen „patiënt“ en „cliënt“ vaak door elkaar gebruikt. Beide termen zijn aanvaardbaar; in het kader van dit onderzoek zal echter consequent de term „patiënt“ worden gebruikt, in overeenstemming met de forensisch-klinische context.

de MCD-vergadering van de zorgverleners wordt toegevoegd en mag deelnemen.’ JMCD is ontworpen om een setting te creëren waarin alle stemmen vanaf het begin even zwaar wegen.

Dit artikel beschrijft de ontwikkeling en evaluatie van een nieuwe aanpak voor gezamenlijk moreel beraad. Deze JMCD wordt getest bij een specifieke patiëntengroep binnen de forensische psychiatrie en op een nieuwe afdeling die zich richt op patiënten die moeite hebben met functioneren op reguliere afdelingen. Alvorens de ontwikkeling van de nieuwe methode te beschrijven en te evalueren, geven we eerst een korte toelichting op de context van het onderzoek, namelijk binnen de forensische psychiatrie. Daarna bespreken we de aanpak en de ontwikkeling van de nieuwe gespreksmethode, een stappenplan voor JMCD, inclusief een beschrijving van de lessen die we hebben geleerd. Daarna volgt de presentatie van het nieuwe stappenplan voor JMCD, waarbij patiënten, personeel en onderzoekers samenwerkten. Vervolgens bespreken we de evaluatie van de JMCD na 1 jaar en tien JMCD-sessies. Tot slot sluit het artikel af met een discussie- en conclusiedeel.

### **Kader van het onderzoek naar gezamenlijke beraadslagingen over morele casussen**

Een veilige terugkeer in de maatschappij vereist een effectieve behandeling. In een gesloten omgeving zoals het FPC Dr. S. van Mesdag (De Van Mesdag), waar patiënten niet vrijwillig verblijven, is dit geen eenvoudige opgave. Het FPC Van Mesdag is een forensisch psychiatrisch ziekenhuis met de hoogste beveiligingsgraad, waar ongeveer 260 mannelijke patiënten op grond van de tbs-maatregel (*terbeschikkingstelling*) gedwongen worden behandeld. De tbs-maatregel is een juridische maatregel die wordt toegepast op daders die een ernstig misdrijf hebben gepleegd terwijl ze leden aan een psychiatrische stoornis en die worden beschouwd als een hoog risico op recidive. Het doel is om behandeling en veiligheid te combineren, met als uiteindelijk doel het verminderen van risico's en het mogelijk maken van een veilige re-integratie in de samenleving (Van Marle, 2002). In tegenstelling tot gevangenisstraffen is de duur van de tbs niet vooraf vastgesteld; deze wordt periodiek door de rechtbank herzien, afhankelijk van de voortgang van de behandeling en de vermindering van het risico. Dit maakt de tbs-maatregel zowel een therapeutische als een beschermende maatregel, waarbij een evenwicht wordt gezocht tussen de openbare veiligheid en de mogelijkheid tot rehabilitatie. In forensisch-psychiatrische centra zoals Van Mesdag kan een 'wij-zij'-cultuur het behandelklimaat sterk beïnvloeden vanwege het gedwongen karakter van de opname en de grote afhankelijkheid van de patiënten van hun therapeuten. De dwingende omgeving en de complexe problemen van de patiënten bemoeilijken diverse factoren die belangrijk zijn voor een effectieve behandeling. Een van deze factoren is de therapeutische relatie (Sandhu et al., 2015). Een positieve leefomgeving (Van der Helm & Schaftenaar, 2014) en patiëntparticipatie bij belangrijke beslissingen (Førde & Linja, 2015) kunnen ook bijdragen aan betere behandelresultaten en welzijn. Maar hoe ontwikkel je een goede therapeutische relatie wanneer patiënten sterk afhankelijk zijn van de therapeut die cruciale beslissingen over en voor hen neemt? En hoe creëer je een positieve leefomgeving op een afdeling waar patiënten

onder gedwongen omstandigheden verblijven? Een barrière is de afstand tussen professional en patiënt, tussen bewaker en bewaakte, en tussen ‘wij’ en ‘zij’. Een interventie die deze afstand verkleint, zoals moreel beraad, kan het afdelingsklimaat verbeteren.

Onder moreel denken, zoals in dit onderzoek gebruikt, wordt verstaan het reflectieve proces waarbij waarden, verantwoordelijkheden en ethische dilemma's in relatie tot concrete situaties worden overwogen (Sandhu et al., 2015). Onze drijfveer voor het ontwikkelen van een nieuwe gespreksmethode voor gezamenlijk moreel beraad was om te onderzoeken of het mogelijk was om gezamenlijk morele thema's en dilemma's in de forensische psychiatrie te bespreken, buiten crisissituaties en therapeutische gesprekken om. De forensisch psychiater van een nieuwe afdeling, opgericht voor patiënten die moeite hebben met functioneren op de reguliere afdelingen, had het oorspronkelijke idee om meer aandacht te besteden aan ‘moreel denken’ en een behandelomgeving te creëren waarin samenwerking tussen patiënten en personeel mogelijk zou zijn. Regulier moreel beraad wordt al vele jaren toegepast en zeer gewaardeerd bij Van Mesdag. Elke afdeling neemt eens in de zes weken deel aan moreel beraad, gefaciliteerd door een aan de afdeling toegewezen gespreksleider. Daarnaast nemen ook psychiaters, therapeuten, trainers en maatschappelijk werkers eens in de zes weken deel aan MCD, elk ondersteund door hun eigen vaste gespreksleider. Voortbouwend op deze praktijk ontstond het verzoek om gezamenlijke moreel beraad als volgende stap in het versterken van het ethisch klimaat van de instelling door moreel beraad vanaf het begin in te voeren met patiënten en personeelsleden. De eerste auteur is de projectleider bij de implementatie en verankering van moreel beraad in Van Mesdag, en de derde auteur is hier nauw bij betrokken.

### Paragraaf ‘Methoden’

Dit artikel rapporteert over de evaluatie van een praktijkgericht leerproces van een jaar, bestaande uit een reeks van 10 JMCD-sessies, waarin een nieuwe stapsgewijze methode werd ontwikkeld en getest.

De laatste sessie was gewijd aan de evaluatie van zowel het JMCD-proces als de definitieve versie van de in dit artikel beschreven methode. Om een gelijkwaardige deelname binnen de Van Mesdag-omgeving te waarborgen, gingen we ervan uit dat patiënten en personeel vanaf het begin in elke sessie in gelijke mate vertegenwoordigd moesten zijn. Dit principe werd gedurende het hele proces benadrukt en in de praktijk nauwlettend in de gaten gehouden. Zo werd aan het begin van een JMCD-sessie aan een medewerker gevraagd niet deel te nemen om oververtegenwoordiging van het personeel te voorkomen. De behandelcoördinator was bij alle JMCD-sessies aanwezig, terwijl de sociotherapeuten deelnamen afhankelijk van hun dienstrooster. Patiënten namen op vrijwillige basis deel en werden ter plekke door de facilitators uitgenodigd na een voorafgaande aankondiging. Drie patiënten namen consequent deel aan alle JMCD-sessies, terwijl er in totaal vijf tot zes patiënten bij elke sessie aanwezig waren. De beraadslagingen werden gefaciliteerd door twee gecertificeerde moreel beraad gespreksleiders, elk met complementaire rollen: de ene richtte zich voornamelijk op de inhoud van de morele reflectie, en de andere vooral op het groepsdynamische

proces. De sessies werden gehouden in de vergaderzaal van de afdeling. Er werden geen uitsluitingscriteria toegepast. Zelfs patiënten die zich niet goed voelden of psychotische kenmerken vertoonden, werden uitgenodigd om deel te nemen. Alle deelnemers namen vrijwillig deel; de afspraak was dat ze vrij waren om op elk moment aan de sessie deel te nemen of deze te verlaten.

#### *Afleiding van de 'geleerde lessen'*

De 'geleerde lessen' die worden gepresenteerd in het hoofdstuk 'Ontwikkelingsproces van het stappenplan voor JMCD' zijn afgeleid van systematische observaties door de gespreksleiders tijdens en direct na elke JMCD-sessie. Deze observaties werden vastgelegd in veldnotities van de gespreksleiders en aangevuld met punten die naar voren kwamen tijdens de groepsreflectie aan het einde van elke sessie. Zowel patiënten als personeel leverden mondeling een bijdrage aan deze reflecties. Na elke cyclus bekeken de facilitators de notities, identificeerden ze terugkerende patronen en formuleerden ze deze als lessen. Elke les vertegenwoordigt daarom een synthese van herhaalde observaties en feedback van deelnemers gedurende meerdere sessies, in plaats van de visie van één enkel individu.

#### *Ethische overwegingen*

De beschreven JMCD-sessies werden niet uitgevoerd als medisch-wetenschappelijk onderzoek met menselijke deelnemers. Deelname was volledig vrijwillig en de deelnemers werden geïnformeerd dat zij zich op elk moment konden terugtrekken. Er werden aantekeningen gemaakt op een voor iedereen zichtbare flip-over, zonder dat er persoonsgegevens werden vastgelegd, en de anonimiteit werd gewaarborgd. Alle deelnemers gaven mondeling toestemming voor het gebruik van deze aantekeningen.

De deelnemers gaven aan dat het belangrijk was dat hun ervaringen werden gedeeld – bij voorkeur door anderen 'gelezen' – om de praktijk te informeren. De JMCD-sessies werden uitsluitend georganiseerd met het oog op kwaliteits- en zorgverbetering en om reflectieprocessen op de afdeling te bevorderen; ze werden niet aangeboden als therapie en maakten geen deel uit van een formeel onderzoek. In Nederland hoeven dergelijke activiteiten ter verbetering van de kwaliteit volgens de *Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen* (WMO) niet te worden beoordeeld door een onafhankelijke ethische commissie of Institutional Review Board. Daarom is geen WMO-goedkeuring aangevraagd.

### **Ontwikkelingsproces van het stappenplan voor JMCD**

Voordat de JMCD-sessies van start gingen, werd het plan tijdens een afdelingsbijeenkomst met zowel patiënten als personeel uitvoerig toegelicht. Dit zorgde voor duidelijkheid over wat men kon verwachten en droeg bij aan de motivatie om deel te nemen. Patiënten waardeerden de kans om hun stem te laten horen en in gesprek te gaan met het personeel. Voor sociotherapeuten was de motivatie om deel te nemen het voeren van gestructureerde dialogen waarin morele vragen aan de orde kwamen; kwesties over wat als goed of fout, eerlijk of oneerlijk, of goed of schadelijk wordt beschouwd in het dagelijkse leven op de afdeling. Er werden afspraken gemaakt over vertrouwelijkheid, en de groep zelf verwoordde

dit als „wat er in Vegas gebeurt, blijft in Vegas“ – wat betekent dat wat er in de groep wordt gezegd, binnen de groep blijft en niet met anderen wordt gedeeld.

De uitnodigingen werden persoonlijk door de begeleiders uitgedeeld en de sessies begonnen met een welkomsthanddruk – een eenvoudig maar betekenisvol gebaar in een forensische context waar lichamelijk contact zeldzaam is.

De zitplaatsen werden bewust gemengd, zodat patiënten en personeel naast elkaar zaten, wat gelijkheid symboliseerde en een scheiding van ‘wij tegen zij’ ontmoedigde. Bestaande gespreksmethoden, zoals het stapsgewijze plan van Bauduin (Bauduin & Kanne, 2009) en de Dilemma-methode (Stolper et al., 2015), gaan uit van één specifiek geval waarin de casusbezitter persoonlijk met zijn of haar dilemma te maken heeft gehad. Op deze afdeling werd die aanpak als onveilig beschouwd: het risico bestond dat een individu werd uitgekozen om te worden beoordeeld. In plaats daarvan richtte JMCD zich op thema’s die voor alle deelnemers relevant waren, met het doel om de morele dialoog te bevorderen. Dit is alleen mogelijk wanneer je in veiligheid met elkaar praat en niet over, maar met elkaar, zoals de literatuur heeft aangetoond (Weidema et al., 2011).

*De gezamenlijk ontwikkelde routekaart voor JMCD*

In tabel 1 geven we het definitieve stappenplan voor JMCD weer.

**Tabel 1** De Van Mesdag-methode

---

### **Vooraf**

Verwelkom elke deelnemer met een handdruk; zorg voor een gemengde zitopstelling en zorg voor een goede balans tussen personeel en patiënten.

#### **1. Samenvatting**

Bespreek kort de vorige JMCD en de follow-ups.<sup>2</sup>

#### **2. Morele vraag**

Vraag om suggesties; kies samen één gemeenschappelijk thema. In JMCD wordt een morele vraag of een moreel thema gedefinieerd als een vraag die betrekking heeft op wat binnen de context van de afdeling als goed of fout, eerlijk of oneerlijk, of heilzaam of schadelijk wordt beschouwd, en die vanuit meerdere perspectieven op een zinvolle manier kan worden onderzocht. (Dit onderscheidt het van puur praktische of procedurele kwesties, die weliswaar probleemoplossing vereisen, maar geen ethische afweging).

#### **3. Brainstorm**

Deel inzichten, ervaringen, emoties en eerste gedachten; formuleer gezamenlijk de definitieve morele vraag of het thema.

#### **4. Reflectie**

De uitgangsvraag of het morele thema wordt op een flip-over vanuit ten minste twee perspectieven uitgewerkt, namelijk die van patiënten en die van het personeel. Binnen elk perspectief worden de voor- en nadelen, inclusief eventuele twijfels, besproken in relatie tot de vraag of het thema. De dialoog gaat zowel in op uitdagingen als op positieve ervaringen uit de praktijk en brengt ook in kaart wat door patiënten en personeel als waardevol wordt beschouwd.

#### **5. Conclusie**

Vat de inzichten samen en bespreek wat de dialoog heeft opgeleverd.

---

<sup>2</sup> Dit geldt niet voor de eerste MCD-sessie, maar wel voor de daaropvolgende MCD-sessies.

*Lessen die tijdens de ontwikkeling zijn geleerd*

*Van persoonlijke gevallen naar algemene thema's*

De allereerste JMCD-sessie draaide om een 'niet storen'-bordje dat aan de deur van een patiënt was gehangen. De situatie kwam velen bekend voor, maar doordat het als een persoonlijk geval werd gepresenteerd, ontstond er spanning: er werd luid gepraat, er werd met de vinger gewezen en verschillende deelnemers voelden zich persoonlijk aangesproken. Een patiënt riep uit: „*Je weet dat ik al heel lang niet meer met mijn moeder heb gesproken, en toch wil je haar niet doorverbinden!*”

Deze ervaring maakte duidelijk dat in deze setting zeer specifieke gevallen al snel emotioneel geladen en onveilig konden worden. Vanaf de tweede JMCD koos de groep voor bredere thema's – zoals *waardigheid*, *privacy* of *jezelf kunnen zijn in de forensische psychiatrie* – waardoor iedereen een bijdrage kon leveren zonder zich persoonlijk aangevallen te voelen.

*Het belang van een brainstormfase*

Aanvankelijk probeerden de gespreksleiders direct van de onderwerpkeuze over te gaan naar het innemen van perspectieven. In de praktijk wilden de deelnemers echter eerst hun eigen ervaringen en emoties delen. Door een aparte brainstormronde in te lassen, werd er ruimte gecreëerd voor deze uitwisseling, wat het innemen van perspectieven later gemakkelijker en verrijkender maakte. In de volgende stap verzamelden de facilitators, door standpunten vanuit zowel het perspectief van de patiënt als dat van het personeel op een flip-over te noteren, waarbij ze ervoor zorgden dat elk perspectief duidelijk vertegenwoordigd was voordat ze verder gingen. Door dit te doen verzamelden de facilitators niet alleen de input, maar maakten ze het gezamenlijke verkenningsproces ook zichtbaar voor alle deelnemers.

**Voorbeeld**

Tijdens een sessie over de vraag *'Kan geweld ooit iets oplossen?'* stelde een patiënt dat het soms nodig was „omdat mensen anders niet luisteren“. Andere deelnemers waren het daar niet mee eens en benadrukten het belang van respect voor andermans grenzen. Hoewel er geen overeenstemming werd bereikt, hielp de discussie de deelnemers elkaars redenering beter te begrijpen.

*Moeilijke onderwerpen bespreken*

Onderwerpen die te maken hebben met dwang of separeren kunnen een gespannen sfeer veroorzaken. Tijdens een JMCD-sessie bespraken patiënten hoe ze hadden gezien dat een medepatiënt in bedwang werd gehouden en van de afdeling werd verwijderd. Ze vroegen zich af hoe waarden als *waardigheid* en *privacy* op zulke momenten gewaarborgd konden blijven. Hoewel de begeleiders vanwege de privacy niet alle details konden delen, hielp zelfs een algemene discussie de deelnemers om de beperkingen te begrijpen waarmee het personeel te maken had. In tegenstelling tot reguliere interacties op de afdeling, waar dergelijke complexe of gevoelige kwesties vaak alleen onder personeelsleden worden besproken en niet met patiënten, zetten JMCD-sessies het gesprek bewust voort met alle deelnemers op een veilige, gestructureerde manier. Zowel patiënten als personeel waardeerden deze openheid, en patiënten gaven aan dat het bespreken van dergelijke onderwerpen hen motiveerde om deel te nemen.

*Gebruik van toegankelijke taal*

Termen als ‘waarden’ en ‘normen’ bleken voor sommige deelnemers te abstract. Toen hen in plaats daarvan werd gevraagd wat zij ‘belangrijk’ of ‘het respecteren waard’ vonden, konden de deelnemers deze ideeën gemakkelijker onder woorden brengen, bijvoorbeeld: *‘Ik vind het belangrijk dat mensen niet liegen.’*

*De inhoud duidelijk en eenvoudig houden*

Sommige voorbeelden bevatten onnodige details of ingewikkelde vergelijkingen, waardoor ze moeilijker te volgen waren. Zo werd een verhaal met drie verschillende personen vereenvoudigd tot twee, waardoor het makkelijker te bespreken was zonder dat de inhoud verloren ging. De begeleiders moedigden ook aan om dingen te verduidelijken wanneer voorbeelden – zoals een verwijzing naar Salvador Dalí – moeilijk te begrijpen waren voor de groep.

*Communiceren over procesbeslissingen*

Af en toe werden de handelingen van de facilitator verkeerd geïnterpreteerd. In één geval dacht een patiënt dat een behandelcoördinator die op zijn horloge keek, wilde vertrekken. Door uit te leggen dat hij aan het bekijken was hoe de tijd het best benut kon worden, werd het misverstand opgehelderd en werd het vertrouwen versterkt.

*Koppeling aan de dagelijkse praktijk*

Aanvankelijk eindigden de JMCD's met een algemene evaluatie. Na verloop van tijd werd er een expliciete laatste stap toegevoegd om de relevantie van de sessie voor het dagelijkse leven op de afdeling te bespreken. Dit hielp de deelnemers de bredere waarde van de dialoog in te zien en bracht ideeën voor toekomstige onderwerpen op gang.

Samenvattend maakte het ontwikkelingsproces duidelijk welke elementen essentieel waren voor JMCD op deze afdeling en liet het zien waar aanpassingen nodig waren om veiligheid, inclusiviteit en relevantie voor de dagelijkse praktijk te waarborgen. Stap voor stap vormden deze inzichten de ‘Van Mesdag-methode voor JMCD’. Het volgende hoofdstuk beschrijft deze definitieve versie in detail, voortbouwend op de hierboven geschetste lessen.

**De ontwikkelde methode: de ‘Van Mesdag-methode’, een stappenplan voor JMCD**

Na zes maanden van ‘trial & error’ met patiënten en personeel werd de ‘Van Mesdag-methode voor JMCD’ vastgesteld. De ‘geleerde lessen’, gepresenteerd in de paragraaf ‘Ontwikkelingsproces van het stappenplan voor JMCD’, leidden tot concrete aanpassingen die de procedurele veiligheid, inclusiviteit en praktische relevantie op de forensisch-psychiatrische afdeling verbeterden. Terwijl paragraaf 4.1 de routekaart in beknopte vorm presenteert, gaat deze paragraaf dieper in op elke stap en biedt gedetailleerde begeleidingsrichtlijnen, onderbouwing en praktijkvoorbeelden ter ondersteuning van de implementatie in vergelijkbare contexten.

### *De rol van de twee facilitators in JMCD*

JMCD-sessies zijn complex, zowel wat betreft de inhoud als de groepsinteractie. Daarom zijn twee gespreksleiders essentieel.

Eén gespreksleider leidt het proces: hij of zij opent de sessie, bespreekt de vorige JMCD, controleert of er onopgeloste kwesties zijn (“losse eindjes”) en begeleidt de groep om gezamenlijk een morele vraag te formuleren. Deze begeleider houdt ook de tijd in de gaten en zorgt ervoor dat de dialoog bij het afgesproken onderwerp en de stapsgewijze opbouw blijft. De tweede gespreksleider richt zich op de groepsdynamiek. In deze setting kan het voor sommige deelnemers lastig zijn om te wachten tot anderen uitgesproken zijn of om hun stem te matigen. Meerdere interacties – verbaal, emotioneel en gedragsmatig – vinden vaak tegelijkertijd plaats. De tweede facilitator houdt deze dynamiek in de gaten, grijpt in wanneer dat nodig is en zorgt voor gelijke spreekbeurten, vooral als discussies verhit raken.

De voorbereiding vindt plaats in samenwerking met de verantwoordelijke behandel coördinator van de afdeling. De begeleiders worden ingelicht over de huidige situatie op de afdeling, wat vooral van belang is omdat veel patiënten op deze afdeling moeite hebben met het beheersen van hun woede. Woede kan de JMCD verstoren of een onveilige omgeving creëren. Het kan goed zijn om te weten welke deelnemers op gespannen voet staan, zodat hiermee rekening kan worden gehouden tijdens de JMCD. Als de begeleiders van tevoren weten of er spanningen of conflicten zijn tussen deelnemers, kunnen ze anticiperen op uitdagingen en de zitplaatsen of interventies daarop afstemmen. Als bijvoorbeeld bekend is dat twee deelnemers met elkaar in conflict zijn, zal een begeleider hun betrokkenheid actief in de gaten houden en ervoor zorgen dat de bijdragen evenwichtig en respectvol zijn.

### **Stappenplan in de praktijk**

#### *Stap 1 – samenvatting en afhandeling van openstaande punten*

De eerste gespreksleider begint met het samenvatten van de vorige JMCD-sessie en controleert of er nog onopgeloste onderwerpen zijn. Zo ja, dan kunnen deze het aandachtspunt van de huidige sessie worden.

Zo merkte een patiënt tijdens een JMCD-sessie op dat ‘er hier nooit over seks wordt gesproken’ en dat hij dat miste. Toen dit onderwerp opnieuw ter sprake kwam, verduidelijkte de patiënt: ‘Seks duurt maar even. Wat ik echt mis, is liefde.’ Deze herformulering bracht de groep ertoe om „het ontbreken van liefde (van dierbaren) en het gebrek aan familie“ te kiezen. Op deze manier vormde een los eindje uit een eerdere sessie een natuurlijk aanknopingspunt voor een betekenisvol en gedeeld onderwerp.

#### *Stap 2 – onderwerpkeuze*

Deelnemers stellen mogelijke onderwerpen voor dialoog voor. De dialoog gaat niet over een enkel individueel geval, zoals gebruikelijk is in MCD, maar richt zich op morele thema’s die relevant zijn voor alle deelnemers, in plaats van op een individueel ervaren geval.

Soms vinden deelnemers het moeilijk om meteen een morele vraag te formuleren. Begeleiders kunnen dan een aanzet geven door te vragen wat er de laatste tijd veelvuldig op de afdeling is besproken, of welke kwesties een gevoel van onbehagen („een beetje „buikpijn“) veroorzaken.

### *Stap 3 – brainstormen en formuleren van de morele vraag*

Nadat een thema is gekozen, houdt de groep een open brainstormsessie om eerste gedachten, emoties en gerelateerde ervaringen te delen. Deze fase biedt ruimte voor emotionele uitingen en zorgt ervoor dat de stem van elke deelnemer wordt gehoord, voordat wordt overgegaan tot een meer gestructureerde morele analyse. Aan het einde van deze stap wordt het thema vertaald naar een morele vraag die vanuit meerdere perspectieven kan worden bekeken. Deze vraag kan voortkomen uit een concrete situatie die de deelnemers samen hebben meegemaakt; als dat echter te persoonlijk of gevoelig aanvoelt, wordt de vraag geherformuleerd tot een meer algemene morele vraag die verband houdt met hetzelfde thema.

### *Stap 4 – je verplaatsen in andermans perspectief*

Antwoorden op de morele vraag worden op een flip-over uitgewerkt vanuit ten minste het perspectief van patiënten en personeel. Elke deelnemer wordt uitgenodigd zich te verplaatsen in het perspectief dat op dat moment wordt besproken, ook al is dat niet zijn of haar eigen perspectief. Bij concrete dilemma's (bijv. 'Mag Henry zelf bepalen hoe lang hij uitslaapt, of moeten we zijn slaaptijd beperken?') is het in kaart brengen van voor- en nadelen relatief eenvoudig. Bij bredere morele thema's, zoals *waardigheid*, is extra sturing nodig: 'Wanneer voel je je hier met waardigheid behandeld?' en 'Wanneer niet?'. Tijdens deze stap onderzoekt de groep expliciet wat deelnemers als waardevol beschouwen en in hoeverre die waarden in de praktijk op de proef worden gesteld. Het doel is om niet alleen de moeilijkheden te begrijpen, maar ook de positieve ervaringen en wat als het behouden waard wordt beschouwd.

### *Stap 5 – conclusie en reflectie*

In de laatste stap formuleert de groep gezamenlijk een of meerdere conclusies, waarbij punten van overeenstemming, resterende twijfels en uiteenlopende meningen worden benoemd. Elke deelnemer wordt gevraagd zijn of haar belangrijkste argument te formuleren en uit te leggen waarom. Omdat de waarden al in stap 4 zijn verduidelijkt, kunnen deelnemers argumenten afwegen op basis van wat zij als het belangrijkste beschouwen. De discussie gaat ook in op de persoonlijke relevantie en de relevantie op afdelingsniveau van de dialoog, evenals op mogelijke vervolgacties. Tot slot controleert de facilitator of er nog losse eindjes zijn en nodigt hij de deelnemers uit om onderwerpen voor te stellen voor de volgende JMCD. We proberen de sessie waar mogelijk altijd op een constructieve manier af te sluiten. Dit is bijzonder waardevol, aangezien gevoelige thema's vaak sterke emoties oproepen; een positieve afsluiting kan de groepscohesie versterken en de bereidheid vergroten om deel te nemen aan toekomstige sessies. Deelnemers komen vaak tot de conclusie dat patiënten en personeel, ondanks verschillen, meer gemeenschappelijke grond hebben dan verwacht: het zijn bovenal mensen. Na afloop schudden de deelnemers elkaar de hand en bedanken ze elkaar voor hun bijdrage. Elke JMCD duurt ongeveer 1 uur, wat een aanhoudende concentratie en betrokkenheid bevordert. Door niet alleen de opeenvolging van stappen te beschrijven, maar ook de praktische overwegingen en voorbeelden die hieraan ten grondslag lagen, biedt dit hoofdstuk een goed uitgangspunt om te begrijpen hoe de „Van Mesdag-methode“ in het dagelijkse leven op de afdeling tot uiting kwam. In het volgende hoofdstuk

wordt ingegaan op de toepassing ervan in de praktijk en de resultaten die tijdens de uitvoering werden waargenomen.

### Evaluatie door de deelnemers

Zoals gezegd is de zojuist besproken methode in de loop van de tijd ontwikkeld. Door tijdens de eerste JMCD's kort te bespreken wat wel en niet werkt binnen de JMCD-sessies zelf, is dit stappenplan tot stand gekomen in een reeks van vijf JMCD-sessies. Na tien JMCD's vond een algemene evaluatie met de deelnemers plaats. Deze mondelinge evaluatie was kwalitatief van aard en gebaseerd op de reflecties die de aanwezige deelnemers (patiënten en personeel) spontaan deelden. Alle opmerkingen die tijdens deze eindevaluatie werden gemaakt, zijn genoteerd en worden hieronder weergegeven. De verslagen in *Wat gaat er goed volgens de patiënten?*–6.4 geven daarom het volledige overzicht weer van de door de deelnemers naar voren gebrachte kwesties, thematisch gegroepeerd. Ze moeten worden gezien als een inventarisatie van subjectieve ervaringen en waargenomen effecten in deze specifieke setting, en niet als generaliseerbare uitkomsten.

Gedurende de tien sessies varieerde het aantal deelnemers tussen de 5 en 6 patiënten en tussen de 4 en 5 medewerkers. Een kerngroep van patiënten en medewerkers woonde de meeste sessies bij, terwijl anderen af en toe aanwezig waren. De therapeuten benadrukten dat deze mate van continuïteit – hoewel niet volledig – belangrijk was voor het opbouwen van vertrouwen en het smeden van banden binnen de groep.

Deze eindevaluatie van de ervaringen met JMCD wordt inderdaad gepresenteerd in twee groepen – patiënten en personeel – wat zou kunnen worden opgevat als een tweedeling. Deze indeling vloeiende echter voort uit praktische overwegingen en niet uit de bedoeling om een onderscheid tussen 'wij' en 'zij' te versterken. Patiënten spraken hun grote waardering uit voor de mogelijkheid om hun ervaringen te uiten, in die mate zelfs dat het personeel tijdens de gezamenlijke evaluatie slechts beperkte kansen had om bij te dragen. Om bewust ruimte te behouden voor de perspectieven van patiënten – ruimte die in de dagelijkse klinische praktijk vaak beperkt is – werden de reflecties van het personeel achteraf toegevoegd. Deze volgorde weerspiegelt een pragmatische en ethisch onderbouwde keuze om de stemmen van patiënten op de voorgrond te plaatsen, terwijl ervoor wordt gezorgd dat beide perspectieven uiteindelijk in de evaluatie vertegenwoordigd zijn.

#### *Wat gaat er volgens de patiënten goed?*

Patiënten gaven aan dat ze tijdens de JMCD's andere meningen en invalshoeken te horen kregen, waar ze zelf niet aan hadden gedacht. Er werd gezegd dat de JMCD-sessies hen stof tot nadenken gaven. Door samen na te denken, kregen ze meer inzicht in hoe anderen situaties ervaren. Ze gaven aan inzicht te hebben gekregen in de ervaringen van zowel medepatiënten als medewerkers.

Een patiënt vertelde dat hij vroeger meer in een 'overlevingsmodus' verkeerde, wat betekende dat hij alleen contact had met mensen uit de drugscene. Mede dankzij de JMCD's zei hij dat hij vaardigheden had ontwikkeld om anders met anderen (en zichzelf) om te gaan. Een andere persoon voegde daaraan toe dat hij beter was gaan begrijpen waarom medewerkers bepaalde dingen doen.

Patiënten (en medewerkers) gaven aan dat ze elkaar beter hebben leren kennen. Met name elkaars manier van denken. Patiënten gaven aan dat medewerkers nu eenmaal een ander perspectief hebben en andere verantwoordelijkheden dan een patiënt. Patiënten geven aan dat ze minder geneigd zijn om het gedrag van medewerkers op een negatieve manier te interpreteren.

JMCD werd ook beschreven als een belangrijk moment om je hart te luchten.

Verscheidende patiënten gaven aan dat ze zich na een JMCD vaak beter voelden dan ervoor. Het gaf hen verlichting en rust omdat ze zich konden uitspreken en gehoord werden. Men vond het belangrijk dat iedereen een bijdrage leverde: zowel patiënten als personeel. Patiënten gaven aan dat ze JMCD zagen als een kans om meer van zichzelf te laten zien. Een patiënt zei: „Het is moeilijk, maar als je jezelf wilt verbeteren, is het belangrijk.’ Ze voelden meer ruimte voor positiviteit: ‘We denken in de goede richting.’ Verder beschreven patiënten JMCD als een moment om ervaringen met elkaar te delen. Een patiënt zei: ‘Het maakt je minder alleen.’ Een ander voegde toe: ‘In een JMCD laat iedereen zich van zijn menselijke kant zien, en word je als mens gezien. Of je nu patiënt of medewerker bent. Dat is belangrijk voor beide ‘partijen.’

De conclusies zijn getrokken op basis van deze tien bijeenkomsten, in deze setting, met deze deelnemers. Kortom, JMCD werd gezien als iets dat een positieve invloed had op het begrijpen van andere perspectieven, de ontwikkeling van vaardigheden, het uiten van meningen en emoties, het delen van ervaringen en gevoelens, en het ontwikkelen van wederzijds begrip.

#### *Wat kan er volgens de patiënten worden verbeterd?*

Zoals beschreven in het hoofdstuk ‘Ontwikkelingsproces van het stappenplan voor JMCD’, zijn er op basis van tussentijdse evaluaties al verschillende verbeteringen aangebracht in de structuur van JMCD.

Daarnaast gaf één patiënt aan dat hij graag zou zien dat de facilitator af en toe aangeeft wie ‘gelijk’ heeft, omdat ‘hoe meer objectiviteit, hoe beter’. Deze suggestie voor verbetering werd niet door andere patiënten ondersteund. Verder spraken alle patiënten de wens uit om vaker JMCD’s te hebben – bij voorkeur wekelijks in plaats van eens per maand.

Toen de behandelcoördinator zei dat hij graag meer patiënten aanwezig zou zien, reageerden de aanwezige patiënten dat dit voor hen minder belangrijk was. Bovenal gaven zij er de voorkeur aan dat patiënten aanwezig waren omdat ze dat echt wilden, in plaats van omdat ze tegen hun zin aanwezig moesten zijn.

#### *Wat gaat er volgens het personeel goed?*

De therapeuten gaven aan dat een ‘vaste’ groep deelnemers binnen de groep belangrijk was. Ze merkten op dat het de onderlinge relaties ten goede kwam als telkens dezelfde patiënten en medewerkers deelnamen. Ze waardeerden het feit dat het, ondanks de hectische dynamiek van het dagelijkse leven op de afdeling, toch mogelijk was om even tot rust te komen en, ongeacht eventuele conflicten, met elkaar over een morele kwestie te praten. Het personeel merkte op dat patiënten en zichzelf ook buiten de JMCD beter contact hadden, alsof de JMCD hen hielp zich in anderen te verplaatsen. De behandelcoördinator zei dat hij zich vrij voelde om zijn gedachten, ervaringen of twijfels te uiten zonder zich door de methode gedwongen te voelen.

Het personeel benadrukte dat JMCD's belangrijk zijn in de forensische psychiatrie, aangezien patiënten zo afhankelijk zijn van het personeel, zelfs nog meer dan in de reguliere psychiatrie. 'Er is een voortdurende spanning tussen behandelen en beveiligen. Er zijn veel dilemma's en moeilijkheden. Belangrijke thema's zoals waardigheid en vertrouwen spelen een nog grotere rol omdat de afhankelijkheid hier groter is.' Daarnaast kan de therapeut tijdens de JMCD's ook zijn eigen positie verduidelijken: 'Wij zijn ook afhankelijk, niet alleen in de samenwerking met patiënten, maar ook van het Ministerie van Justitie. Wij kunnen ons ook niet vrij bewegen.'

*Wat kan er volgens het personeel worden verbeterd?*

Het personeel merkte op dat het feit dat patiënten in staat lijken te zijn om even afstand te nemen van de hectische dagelijkse routine en deel te nemen aan discussies, ongeacht eventuele meningsverschillen, ook een keerzijde heeft: niet alle patiënten zijn hier even goed toe in staat. Zij merkten op dat JMCD's wel degelijk cognitieve inspanningen van de deelnemers vergen, ook al wordt er alles aan gedaan om ze zo toegankelijk mogelijk te maken met het nieuwe stapsgewijze plan. Volgens het personeel is er een zekere ondergrens aan intelligentie of verwoording. Vaak zijn dezelfde patiënten aanwezig, wat goed was voor het opbouwen van een band, maar ook een 'exclusief/gesloten' gevoel kon oproepen. Aan de andere kant merkte een medewerker op dat tijdens de laatste sessie een nieuw opgenomen patiënt voor het eerst meedeed en zich vrij voelde om volledig deel te nemen. Ten slotte vonden medewerkers het soms moeilijk om op gelijke voet te staan in een JMCD. Een medewerker zei: 'Als we het bijvoorbeeld hebben over hoe beperkend het leven in een gedwongen opname is, kan ik doen alsof ik erover kan praten. Hoe zwaar is het „in vergelijking met de patiënten? Maar het feit dat ik me hiervan bewust ben en er met hen over praat, is belangrijk.' Deze bevindingen moeten worden geïnterpreteerd als de subjectieve perspectieven van de deelnemers in deze specifieke forensisch-psychiatrische afdeling. Ze kunnen niet buiten deze context worden generaliseerd, maar ze bieden wel belangrijke inzichten in hoe JMCD werd ervaren en benadrukken de waargenomen voordelen en uitdagingen die relevant zijn voor vergelijkbare situaties.

## Discussie

Forensische patiënten, medewerkers en onderzoekers hebben samen een nieuw stappenplan voor JMCD ontwikkeld. Dit plan is tot stand gekomen na een jaar van vallen en opstaan, waarin tien JMCD-sessies zijn gehouden. De laatste bijeenkomst stond in het teken van het evalueren van de behaalde resultaten. Het was grotendeels een gezamenlijk leertraject, maar er zijn natuurlijk ook kritieke kwesties die om reflectie vragen. Hieronder gaan we in op een aantal belangrijke discussiepunten. Om te beginnen moet worden opgemerkt dat sommige van deze discussiepunten rechtstreeks voortkomen uit de ervaringen van deelnemers tijdens de JMCD-sessies, terwijl andere zijn gebaseerd op onze eigen reflecties of op inzichten uit de literatuur. We geven de herkomst van elk punt aan in de loop van dit hoofdstuk. Het eerste discussiepunt betreft de (on)mogelijkheden om tijdens een JMCD op een gesloten forensisch-psychiatrische afdeling gelijkwaardigheid tussen personeel en

patiënten tot stand te brengen. Gelijke participatie van patiënten en personeel in morele afwegingen wordt als essentieel beschouwd voor inclusieve en hoogwaardige besluitvormingsprocessen, en het versterkt de waarden en verantwoordelijkheden van beide groepen (Ballantyne et al., 2017; Montreuil et al., 2019; Stolper et al., 2015). Ballantyne et al. (2017) benadrukken dat patiënten niet alleen als zorgontvangers moeten worden beschouwd, maar ook als experts in hun eigen behoeften en waarden. De vraag rijst echter of echte gelijkwaardigheid mogelijk is wanneer het personeel zo'n uitgebreide controle over het leven van de patiënten behoudt? Men zou zich kunnen afvragen of het streven naar een meer gelijkwaardige interactie onrealistische eisen aan beide partijen stelt. De ervaringen van de deelnemers met het eenjarige project komen overeen met bevindingen uit de literatuur over 'patiëntenparticipatie' in moreel beraad (Kremer en Goethals (2021), Kremer en Widdershoven (2019), Lammers et al. (2017), Kremer et al. (2016), Weidema et al. (2014), Weidema et al. (2011)). Zoals de deelnemende behandelcoördinator het verwoordde: 'Je staat nooit echt op gelijke voet.' De kwestie van gelijke participatie is daarom van groot belang voor zowel de kwaliteit van de zorg als de patiëntveiligheid. Volgens Weidema et al. (2011, 2014) zouden patiënten en personeel gelijke zeggenschap moeten hebben bij beslissingen over ethische kwesties. Facilitators probeerden de gelijkheid te vergroten door het ritueel van het handen schudden in te voeren, bedoeld om behandelingsroutines en de daarin verankerde ongelijkheden te doorbreken (Lammers et al. (2017), Kremer et al. (2016)). Desondanks zijn er uitdagingen blijven bestaan. In overeenstemming met Spijkerboer et al. (2025), die melden dat ervaringen van gelijkheid en ongelijkheid bij cliënten in MCD naast elkaar bestaan en dat zowel veiligheid als gelijkheid expliciete aandacht vereisen tijdens de uitvoering, onderstrepen onze bevindingen dat het streven naar gelijkwaardige interactie contextgebonden is en niet als vanzelfsprekend mag worden beschouwd.

Hoe gelijkwaardig kan de relatie zijn als dezelfde medewerker na een JMCD-sessie de patiënt in zijn kamer moet opsluiten? Omgekeerd kan een ogenschijnlijk open gesprek tijdens JMCD later worden beperkt door institutionele hiërarchieën. Er zijn nogal wat knelpunten, en tegelijkertijd goede redenen om JMCD niet te persoonlijk te maken. Dergelijke ervaringen en overwegingen roepen de bredere morele vraag op: in hoeverre kunnen nabijheid en gelijkwaardigheid realistisch gezien worden nagestreefd in een forensische context? Forensische scherpte en het altijd aanwezige potentiële risico op geweld mogen niet worden genegeerd. Het kan nodig zijn een zekere mate van ongelijkheid, of zelfs onzekerheid, te accepteren om de veiligheid te waarborgen. Zoals Coffey (2012) aantoonde in zijn werk over voorwaardelijke vrijlating, is een zekere mate van risico of onevenwichtigheid wellicht onvermijdelijk en kan dit zelfs worden beschouwd als een 'risico dat het waard is te nemen' wanneer dit wordt afgewogen tegen de waarden van rehabilitatie en participatie. Een tweede discussiepunt betreft de eisen die aan begeleiders worden gesteld. Welke competenties zijn vereist en voor welke uitdagingen staan begeleiders bij het faciliteren van JMCD? Hoe moeten zij bijvoorbeeld reageren op een patiënt die consequent in de zelfverdedigingsmodus schakelt? De JMCD-methode pakt dit aan door de nadruk te leggen op rituelen zoals elkaar begroeten met een handdruk. Toch legt de context zowel letterlijke als figuurlijke beperkingen op, die voor zowel patiënten als personeel moeilijk te hanteren kunnen zijn. Montreuil et al. (2019) stellen dat patiëntenparticipatie kan leiden tot een

evenwichtiger besluitvorming die aansluit bij de waarden en verwachtingen van patiënten. JMCD kan dit in de praktijk brengen door een gestructureerde dialoog te bieden waarin patiënten en zorgverleners samen openlijk morele grenzen kunnen verkennen en hierover kunnen onderhandelen. Communicatie is een cruciaal onderdeel van MCD, aangezien deze van invloed is op de effectiviteit van het overleg. Dit is aangetoond in studies zoals die van de Snoo-Trimp et al. (2020) en Weidema et al. (2013). Kremer et al. (2016) en Lammers et al. (2017) ondersteunen deze bevinding eveneens. Effectieve communicatie kan begrip en de ontwikkeling van gezamenlijke oplossingen bevorderen, terwijl slechte communicatie kan leiden tot conflicten en het uitblijven van overeenstemming.

Het is daarom van cruciaal belang om goed te letten op de communicatie binnen JMCD. Voor een veilige sfeer is het raadzaam om geen individuele morele kwesties en dilemma's te bespreken. In plaats daarvan wordt een thematische aanpak over het algemeen als veiliger ervaren. Brainstormen biedt deelnemers de ruimte om hun zorgen te uiten, waarna ze beter in staat zijn om elkaars standpunten te begrijpen. Uiteenlopende meningen zijn van grote waarde, zelfs wanneer de sfeer gespannen raakt. Het vermijden van moeilijke onderwerpen zou het doel ondermijnen en is het tegenovergestelde van een open dialoog. Het is dus essentieel om de sfeer zorgvuldig in de gaten te houden. Taal zelf is het communicatiemiddel, en pas wanneer deelnemers een gemeenschappelijke taal vinden, kan er sprake zijn van echte gezamenlijke reflectie.

Sommige auteurs (bijv. De Bree & Veening, 2023; Kremer & Goethals, 2021) stelden dat MCD op casussen gebaseerd zou moeten zijn. Vanuit dit perspectief sluit onze thematische benadering wellicht niet volledig aan bij de traditionele kenmerken van moreel beraad (Kremer & Widdershoven, 2019; Bauduin & Kanne, 2009; Steinkamp & Gordijn, 2003). Om eerder genoemde redenen kozen we voor een meer thematisch moreel gesprek, waaraan de voorkeur wordt gegeven (Lammers et al. (2017), Kremer et al. (2016)). Toch sluiten we niet uit dat er na verloop van tijd een verschuiving naar casusgerichte discussies kan plaatsvinden, mits er binnen de groep voldoende veiligheid ontstaat (Weidema et al., 2011, 2014). In dit opzicht is het cruciaal dat de deelnemers eigenaarschap over het proces behouden om weerstand te voorkomen. Aanpassingen mogen alleen worden doorgevoerd als alle deelnemers hierachter staan (Kremer et al., 2016; Lammers et al., 2017). De methode staat niet vast; zowel de methode als het proces moeten voortdurend worden geëvalueerd.

Dit soort gezamenlijke reflectie is essentieel in de gezondheidszorg, maar er zijn nog steeds aanzienlijke obstakels en uitdagingen. Toekomstig onderzoek zou verschillende settings kunnen verkennen. Bevindingen kunnen worden gedeeld en vergeleken, en het stappenplan kan worden aangepast voor andere doelgroepen en contexten. Er zijn nog veel openstaande onderzoeksvragen. Uiteindelijk is onderzoek het meest waardevol wanneer het bijdraagt aan de verbetering van de (gezondheidszorg)praktijk. JMCD kan zo een rol spelen bij het bevorderen van een meer menselijke en dialooggerichte praktijk binnen de forensische psychiatrie. We sluiten af met de woorden van een patiënt: 'Iedereen toont zich menselijk, en je wordt als mens gezien. Of je nu patiënt bent of medewerker. Dat is belangrijk voor beide partijen.'

## Conclusie

Dit artikel beschreef de ontwikkeling en eerste ervaringen met gezamenlijke morele casusbespreking (JMCD) in een forensisch-psychiatrische setting. In dit project leerden medewerkers, patiënten en gespreksleiders gezamenlijk door te doen en ontwikkelden ze op basis van diverse geleerde lessen samen een nieuwe stapsgewijze methode. De deelnemers beoordeelden de JMCD-sessies positief. Patiënten gaven aan beter te begrijpen waarom medewerkers handelen zoals ze doen, terwijl medewerkers nieuwe inzichten kregen in de perspectieven van patiënten. Beide groepen identificeerden ook punten voor verdere verbetering in de uitdagingen die ze ondervonden, bijvoorbeeld hoe gelijkwaardigheid tijdens de gesprekken/dialogen kan worden gehandhaafd. Het gebruik van JMCD weerspiegelt in dit opzicht een streven naar het bevorderen en nastreven van dergelijke gelijkwaardigheid tussen deelnemers.

Ondanks deze uitdagingen en de veeleisende context van de forensische psychiatrie bleek het mogelijk om een methode en een omgeving te creëren waarin opgenomen patiënten en forensisch personeel een gezamenlijke dialoog aangaan over morele kwesties.

De gepresenteerde JMCD-methode is geen definitief format voor hoe deze JMCD's eruit moeten zien of een eindfase, maar een evoluerende praktijk, gevormd door praktijkervaring en open voor voortdurende ontwikkeling. De waarde ervan ligt in het gezamenlijk creëren van ruimte voor een oprechte dialoog, het versterken van de stemmen van alle deelnemers en het verzachten van de hardnekkige scheiding tussen 'wij' en 'zij'. In plaats van te beweren een definitief antwoord te bieden, markeert deze verkennende pilotstudie een belangrijke eerste stap naar het verankeren van een gelijkwaardige morele dialoog in de forensische psychiatrie, een stap die vraagt om verdere verkenning, reflectie en leren in verschillende contexten.

### *Verklaring inzake openbaarmaking*

De auteurs hebben geen mogelijke belangenconflicten gemeld.

### *Financiering*

De auteur(s) hebben gemeld dat er geen financiering is verbonden aan het werk dat in dit artikel wordt beschreven.

## Referenties

- Abma, T., Nierse, C., & Widdershoven, G. (2009). Patients as partners in responsive research: Methodological notions for collaborations in mixed research teams. *Qualitative Health Research*, 19(3), 401–415. <https://doi.org/10.1177/1049732309331869>
- Agich, G., & Youngner, S. (1991). For experts only? Access to hospital ethics committees. *The Hastings Center Report*, 21(5), 17–24. <https://doi.org/10.2307/3562886>
- Ballantyne, A. J., Dai, E., & Gray, B. (2017). Patient participation in clinical ethics support services - patient-centered care, justice and cultural competence. *Clinical Ethics*, 12(1), 11–18. <https://doi.org/10.1177/1477750916661976>
- Bauduin, D., & Kanne, M. (2009). Tijd voor reflectie. Praktische ethiek voor psychiatrie en revalidatie. SWP.
- Clercx, M., Keulen de Vos, M., Nijman, H. W., Didden, R., & Nijman, H. (2021). What is so special about forensic psychiatric professionals? Towards a definition of forensic vigilance in forensic psychiatry. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 21(3), 195–213. <https://doi.org/10.1080/24732850.2020.1847569>
- Coffey, M. (2012). A risk worth taking? Value differences and alternative risk constructions in accounts given by patients and their community workers following conditional discharge from forensic mental health services. *Health Risk & Society - Health Risk Soc*, 14(5), 465–482. <https://doi.org/10.1080/13698575.2012.682976>
- De Bree, M., & Veening, E. (2023). Handleiding moreel beraad. Praktische gids voor zorgprofessionals. *Koninklijke Van Gorkum*.
- de Snoo-Trimpp, J. C., de Vet, H. C. W., Widdershoven, G. A. M., Molewijk, A. C., & Svantesson, M. (2020). Moral competence, moral teamwork and moral action - the European moral case deliberation outcomes (euro-MCD) instrument 2.0 and its revision process. *BMC Medical Ethics*, 21(1), 53. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00493-3>
- de Snoo-Trimpp, J., Widdershoven, G., Svantesson, M., de Vet, R., & Molewijk, B. (2017). What outcomes do Dutch healthcare professionals perceive as important before participation in moral case deliberation? *Bioethics*, 31(4), 246–257. <https://doi.org/10.1111/bioe.12354>
- Eijkholt, M., De Snoo-Trimpp, J., Ligtenberg, W., & Molewijk, B. (2022). Patient participation in Dutch ethics support: Practice, ideals, challenges and recommendations. A national survey. *BMC Medical Ethics*, 23(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00801-z>
- Førde, R., & Linja, T. (2015). It scares me to know that we might not have been there!?: A qualitative study into the experiences of parents of seriously ill children participating in ethical case discussions. *BMC Medical Ethics*, 16(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0028-6>
- Haan, M. M., van Gorp, J. L. P., Naber, S. M., & Groenewoud, A. S. (2018). Impact of moral case deliberation in healthcare settings: A literature review. *BMC Medical Ethics*, 19(1), 85. <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0325-y>
- Janssens, R. M., van Zadelhoff, E., van Loo, G., Widdershoven, G. A., & Molewijk, B. A. (2015). Evaluation and perceived results of moral case

- deliberation: A mixed methods study. *Nursing Ethics*, 22(8), 870–880. <https://doi.org/10.1177/0969733014557115>
- Kremer, S., & Goethals, K. (2021). Waarden onder vuur; ethiek in de forensische psychiatrie [values under fire: Ethics in forensic psychiatry]. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 63(10), 723–726.
  - Kremer, S., Lammers, E., Pieters, R., & Molewijk, B. (2016). Elkaar als mens zien: Nieuw ethisch stappenplan voor moreel beraad met patiënten en medewerkers in de (forensische) psychiatrie [seeing each other as human beings: New ethical step-by-step plan for moral case deliberation with patients and staff in (forensic) psychiatry]. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 42(3), 141–155.
  - Kremer, S., & Widdershoven, G. (2019). Ethiek van de werkvloer. Moreel beraad in de forensische psychiatrie [Ethics of the work floor: Moral case deliberation in forensic psychiatry]. In K. Goethals, G. Meynen, & A. Popma (Eds.), *Leerboek forensische psychiatrie [Textbook of forensic psychiatry]* (1st ed.). De Tijdstroom, 407–421.
  - Lammers, E., Kremer, S., Pieters, R., & Molewijk, B. (2017). Een stap in de goede richting [a step in the right direction]. *Waardenwerk*, 7071, 141–155.
  - Metselaar, S., & Kossler, H. (2018). Moreel beraad met patiënten en familieleden [moral case deliberation with patients and family members]. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging*, 19(82), 30–34.
  - Metselaar, S., Widdershoven, G., Porz, R., & Molewijk, B. (2017). Evaluating clinical ethics support: A participatory approach. *Bioethics*, 31(4), 258–266. <https://doi.org/10.1111/bioe.12348>
  - Molewijk, B. (2009). Practicing ethics, making ethics work, and organizing ethics [Practicing ethics, making ethics work, and organizing ethics]. Bijlage 5 uit het Signaleringsrapport van het Centrum voor ethiek en gezondheid. [www.ceg.nl](http://www.ceg.nl)
  - Molewijk, B., Kok, A., Husum, T., Pedersen, R., & Aasland, O. (2017). Staff's normative attitudes towards coercion: The role of moral doubt and professional context—a cross-sectional survey study. *BMC Medical Ethics*, 18(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0190-0>
  - Montreuil, M., Martineau, J. T., & Racine, E. (2019). Exploring ethical issues related to patient engagement in healthcare: Patient, clinician and researcher's perspectives. *Journal of Bioethical Inquiry*, 16(2), 237–248. <https://doi.org/10.1007/s11673-019-09904-6>
  - Sandhu, S., Arcidiacono, E., Aguglia, E., & Priebe, S. (2015). Reciprocity in therapeutic relationships: A conceptual review. *International Journal of Mental Health Nursing*. Advance online publication. 24(6), 460–470. <https://doi.org/10.1111/inm.12160>
  - Spijkerboer, R., Stolper, M., Molewijk, B., & Kuiper, C. (2025). Strengthening client participation and self-management: The contribution of moral case deliberation with clients. *International Journal of Ethics Education*, 10(2), 323–357. <https://doi.org/10.1007/s40889-025-00215-6>
  - Steinkamp, N., & Gordijn, B. (2003). Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 6(3), 235–246. <https://doi.org/10.1023/A:1025928617468>
  - Stolper, M., Molewijk, B., & Widdershoven, G. (2015). Learning by doing: Training healthcare professionals to become facilitators of moral case deliberation. *HEC Forum*, 27(1), 47–59. <https://doi.org/10.1007/s10730-014-9251-7>

- Tan, D. Y. B., Meulen, B. C., Molewijk, T., & Widdershoven, G. (2018). Moral case deliberation. *Practical Neurology*, 18(3), 181–186. <https://doi.org/10.1136/practneurol-2017-001740>
- Van Dartel, H., & De Witte, J. (2014). Professionele verantwoordelijkheid en ethische reflectie. In H. van Dartel & B. Molewijk (Eds.), *Gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*. Uitgeverij Boom.
- Van der Helm, P., & Schaftenaar, P. (2014). Eigen schuld, dikke bult . . . ? Leefklimaat en straf in de klinische psychiatrische zorg. *Magazine Voor GGZ en Verslavingszorg*, 69, 28–34.
- Van Marle, H. J. C. (2002). The Dutch entrustment act (TBS): Its principles and innovations. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1(1), 83–92. <https://doi.org/10.1080/14999013.2002.10471163>
- Weidema, F., Abma, T., Widdershoven, G., & Molewijk, B. (2011). Client participation in moral case deliberation: A precarious relational balance. *HEC Forum*, 23(3), 207–224. <https://doi.org/10.1007/s10730-011-9157-6>
- Weidema, F. C., Molewijk, B. A., Kamsteeg, F., & Widdershoven, G. A. (2013). Aims and harvest of moral case deliberation. *Nursing Ethics*, 20(6), 617–631. <https://doi.org/10.1177/0969733012473773>
- Weidema, F., van Wijk, L., & Molewijk, B. (2014). Cliëntenparticipatie in moreel beraad [client participation in moral case deliberation]. In H. van Dartel & B. Molewijk (Eds.), *Gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk* [Maintaining the conversation about good care: Consultation methods for ethics in practice] (pp. 215–230). Boom Uitgeverij.

# Empathische accuraatheid bij individuen met een ultrahoog risico op psychose: gemeten met een taak met dynamische, realistische emotionele stimuli

I.A. Meins\*, E.C.D. van der Stouwe, M. aan het Rot, B.E. Sportel, N. Boonstra, G.H.M. Pijnenborg

## Samenvatting

### Achtergrond

Empathie is een belangrijk onderdeel van sociale cognitie en kan verstoord zijn bij individuen met een ultrahoog risico (UHR) op psychose. De Empathic Accuracy Task (EAT) is ontworpen om de dynamische en interactieve aard van sociale interacties in de praktijk te benaderen. De huidige studie had tot doel de empathische accuraatheid (EA) bij individuen met UHR te onderzoeken in vergelijking met een controlegroep, en de relatie tussen de EAT en traditionele empathiematen en sociaal functioneren te verkennen.

### Methoden

Individen met UHR (n = 39) en gezonde controles (n = 40) voltooiden de EAT en daarnaast de Interpersonal Reactivity Index, de Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy, de Faux Pas Test en de Time Use Survey (TUS). Groepsverschillen in EAT-prestaties werden geanalyseerd en binnen de groepen werden correlaties onderzocht tussen EAT-scores en de TUS. Daarnaast is onderzocht of kenmerken van de targets (acteurs) in de videofragmenten: geslacht, expressiviteit en valentie van het fragment, samenhangen met de empathische accuraatheid.

### Resultaten

Er werden geen significante verschillen in EAT-prestaties tussen de groepen vastgesteld. Leeftijd bleek echter een modererende factor te zijn: oudere individuen met UHR vertoonden een lagere EA in vergelijking met jongere individuen met UHR en de controlegroep. Beide groepen presteerden beter bij positieve video's en expressieve targets. Hoewel individuen met UHR op zelfrapportagematen lagere scores rapporteerden voor sociaal functioneren en empathie, vertoonden de EAT-prestaties geen correlatie met deze scores.

---

\* Contactpersoon: I.A. Meins, [i.a.meins@rug.nl](mailto:i.a.meins@rug.nl)

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

### *Conclusie*

Cognitieve empathie lijkt behouden bij individuen met UHR, al kunnen met het toenemen van de leeftijd subtiele tekorten zichtbaar worden. Het ontbreken van een samenhang tussen empathische accuraatheid, zelfgerapporteerde empathie en sociaal functioneren suggereert dat deze benaderingen verschillende aspecten van empathie meten, wat de complexiteit van empathie als interpersoonlijk proces onderstreept.

### *Trefwoorden*

Ultra-hoog risico, Cognitieve empathie, Empathische accuraatheid, Sociaal functioneren, Psychose

## **Inleiding**

Individen met een ultrahoog risico (UHR) op psychose worden gekenmerkt door milde psychotische symptomen, korte beperkte en intermitterende psychotische episodes, of een genetische aanleg in combinatie met functionele achteruitgang (Carr et al., 2000). Hoewel een achteruitgang in sociaal functioneren een belangrijk onderdeel is van de UHR-criteria (Kuis et al., 2021), en de neiging heeft om te verergeren bij individuen die overgaan naar psychose (Jang et al., 2011), blijven de onderliggende mechanismen van sociale achteruitgang onduidelijk. Empathie, een kerncomponent van sociale cognitie (Decety en Jackson, 2004), is naar voren gekomen als een belangrijk aandachtsgebied voor het begrijpen van sociale moeilijkheden en als een potentiële marker voor UHR (Bailey et al., 2008; Henry et al., 2008; Kuis et al., 2021; Michaels et al., 2014). Onderzoek suggereert dat individuen met UHR mogelijk al moeite hebben met empathie, wat zou kunnen bijdragen aan hun sociale problemen (Kuis et al., 2021). Eerdere studies naar empathie zijn echter bekritiseerd omdat ze de complexiteit van empathie in sociale interacties niet volledig in kaart brachten (van Donkersgoed et al., 2019; Zaki en Ochsner, 2009), waarbij vaak werd vertrouwd op zelfrapportage of statische taken die de dynamische en interactieve aard van sociale uitwisselingen in de echte wereld niet weerspiegelen. Deze studie richt zich op een dynamische taak met realistische emotionele stimuli om empathie te meten bij individuen met UHR (Aan het Rot en Hogenelst, 2014; Lee et al., 2011; van Donkersgoed et al., 2019).

Empathie is een complex psychologisch proces waarbij observatie, geheugen, kennis en redenering worden geïntegreerd om inzicht te krijgen in de gedachten en emoties van anderen (Ickes, 1997). Empathie omvat zowel het vermogen om de gedachten en gevoelens van anderen te begrijpen zonder die emoties zelf noodzakelijkerwijs te ervaren (cognitieve empathie), als het vermogen om emotioneel mee te leven met anderen terwijl men die gevoelens als losstaand van de eigen gevoelens erkent (affectieve empathie) (Decety en Jackson, 2004; Mazza et al., 2014; Michaels et al., 2014; Reniers et al., 2009; Tone en Tully, 2014; van Donkersgoed et al., 2019). Cognitieve empathie omvat complexe processen zoals mentaliseren en perspectief innemen (Mazza et al., 2014; Zurek en Scheithauer, 2017) en is nauw verwant aan de theory of mind (ToM) (Chung et al., 2008; Zurek en Scheithauer, 2017), wat verwijst naar het vermogen om de mentale toestanden van anderen te begrijpen. Anderzijds omvat affectieve empathie het delen in de emoties van anderen via belichaamde

representaties, vaak voortbouwend op initiële emotionele overdracht (Mazza et al., 2014; Hadji-khani et al., 2014; Zurek en Scheithauer, 2017).

Hoewel de bevindingen een wisselend en niet eenduidig beeld laten zien, wijzen studies er over het algemeen op dat affectieve empathie bij individuen met UHR in zekere mate is aangetast, terwijl cognitieve empathie grotendeels intact lijkt te zijn (Horan et al., 2010; Jung et al., 2016; Kong et al., 2021; Kuis et al., 2021; Lee et al., 2011). Het ontbreken van tekortkomingen in cognitieve empathie bij individuen met UHR bij prestatiegerichte cognitieve empathie taken is echter enigszins onverwacht. Ten eerste, hoewel er aanwijzingen zijn dat stoornissen in cognitieve empathie kunnen voorkomen zonder stoornissen in affectieve empathie (Dziobek et al., 2008; Kong et al., 2021; Mazza et al., 2014; Reniers et al., 2009; Rogers et al., 2007), is het omgekeerde – stoornissen in affectieve empathie zonder tekortkomingen in cognitieve empathie – relatief zeldzaam en wordt dit voornamelijk waargenomen bij psychopathie (Blair, 2005). Ten tweede staat het ontbreken van stoornissen op prestatiegerichte cognitieve empathie taken bij individuen met UHR in contrast met meta-analyses die aantonen dat ToM-vaardigheden in deze groep tussen die van de controlegroep en die van individuen met schizofrenie in liggen (Bora en Pantelis, 2013; Van Donkersgoed et al., 2015). Belangrijk is dat deze meta-analyses niet alleen stoornissen aantoonde bij rudimentaire taken voor gezichtsemotieherkenning, zoals de Facial Expressions of Emotion Stimuli and Tests (FEEST) en de Reading the Mind in the Eyes Test (RMET), maar ook bij iets geavanceerdere taken waarbij context en sociaal redeneren een rol spelen, zoals de Hinting Task en de Faux Pas Test. Gezien de conceptuele overlap tussen ToM en cognitieve empathie (Jankowiak-Siuda et al., 2016; Chung et al., 2008), is het mogelijk dat individuen met UHR beperkingen ervaren in cognitieve empathie, maar dat deze tekortkomingen niet worden vastgelegd door de huidige beoordelingsinstrumenten. Met name zijn veel prestatiegerichte taken die worden gebruikt om cognitieve empathie te beoordelen, bekritiseerd omdat ze de complexiteit ervan in de praktijk niet goed weergeven. Taken zoals de Faux Pas Test (FPT) en RMET zijn gebaseerd op statische signalen en missen het interactieve, dynamische karakter van sociale interacties, die doorgaans snel veranderende multisensorische signalen omvatten (Lee et al., 2011; van Donkersgoed et al., 2019). Daardoor geven deze taken mogelijk geen volledig beeld van de processen die nodig zijn voor cognitieve empathie in het dagelijks leven. Daarom is het mogelijk dat bredere sociaal-cognitieve tekortkomingen die ten grondslag liggen aan zowel ToM als cognitieve empathie, niet worden gedetecteerd met eenvoudige prestatiegerichte metingen (Kuis et al., 2021; Montag et al., 2020). Het verfijnen van beoordelingsmethoden voor cognitieve empathie bij individuen met UHR kan dus helpen bij het opsporen van subtiele tekortkomingen, indien aanwezig, die met de huidige metingen mogelijk over het hoofd worden gezien. Het opsporen van tekortkomingen in cognitieve empathie is relevant omdat het kan helpen bij het begrijpen van de moeilijkheden in het sociaal functioneren van individuen met UHR, en als leidraad kan dienen bij gerichte ondersteuning (Khanjani et al., 2015; Kuis et al., 2021).

Een taak die is ontworpen om cognitieve empathie op een meer ecologisch valide manier te meten dan vragenlijsten en taken die gebruikmaken van statische signalen, is de Empathic Accuracy Task (EAT) (Aan Rot en Hogenelst, 2014; Lee et al., 2011; van Donkersgoed et al., 2019). Bij de EAT moeten deelnemers continu emoties evalueren in autobiografische verhalen die door targets (acteurs)

in videoclips worden verteld. De mate waarin de evaluatie van de waarnemer overeenkomt met de zelfbeoordeling van de target levert een empathische accuraatheidsscore (EA) op (Aan Rot en Hogenelst, 2014; Lee et al., 2011; van Donkersgoed et al., 2019). Door gebruik te maken van dynamische, naturalistische stimuli wordt aangenomen dat de EAT een nauwkeuriger inzicht biedt in cognitieve empathie tijdens de UHR-fase dan tests die gebruikmaken van statische signalen. Bovendien heeft de EAT het potentieel om inzicht te bieden in hoe empathie wordt beïnvloed door kenmerken van het target zoals geslacht en expressiviteit, alsmede de valentie van de clip (van Donkersgoed et al., 2019). De EAT zou dus ons begrip van empathie en sociale achteruitgang in de UHR-fase kunnen vergroten, kunnen helpen bij het ontwikkelen van effectievere en meer geïndividualiseerde therapeutische benaderingen en mogelijk de voorspelling van de overgang naar psychose kunnen verbeteren.

Onderzoek waarbij de EAT werd gebruikt bij patiënten met schizofrenie toonde aan dat de EA bij deze patiënten lager was dan bij de controlegroep (Lee et al., 2011; van Donkersgoed et al., 2019). Daarnaast werd de EAT gebruikt om de rol van verschillende kenmerken van de targets te onderzoeken, waaronder expressiviteit (d.w.z. hoe expressief de targets waren), het geslacht van de targets en de emotionele valentie. Deze studies vonden grotere verschillen in accuraatheid tussen de groepen bij zeer expressieve targets, waarbij patiënten minder baat hadden bij hoge expressiviteit (Lee et al., 2011; van Donkersgoed et al., 2019). Aangezien Individuen met UHR lager scoren op emotieherkenning dan de controlegroep (Seo et al., 2020), kunnen zij mogelijk op vergelijkbare wijze moeite hebben om gebruik te maken van hogere expressiviteit bij empathische taken.

Onze hypothesen waren als volgt: 1) Individuen met UHR scoren lager op de EAT in vergelijking met de controlegroep; 2) Individuen met UHR zullen minder baat hebben bij de expressiviteit van de target dan de controlegroep. Naast deze primaire hypothesen hebben we onderzocht hoe de kenmerken van de target, zoals geslacht en valentie van de clip, de empathische accuraatheid bij individuen met UHR beïnvloeden. Ten slotte hebben we, als aanvulling op de prestatiegerichte EA-scores, de samenhang onderzocht met zelfgerapporteerde empathie, gemeten aan de hand van de *Interpersonal Reactivity Index (IRI)* en de *Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy (QCAE)*, en hebben we de relatie tussen EA en sociaal functioneren onderzocht. Inzichten uit deze analyses kunnen meer duidelijkheid verschaffen over de mechanismen die ten grondslag liggen aan de (sociale) moeilijkheden die individuen met UHR ervaren, wat mogelijk kan bijdragen aan vroegtijdige signalering en interventie.

## Methoden

### *Deelnemers*

De data zijn afkomstig uit de MERIT-studie, een gerandomiseerde gecontroleerde studie naar de effectiviteit van een metacognitieve therapie (de Jong et al., 2019). De UHR-groep bestond uit 39 individuen met een UHR-status, in de leeftijd van 15 tot 35 jaar, die allemaal geestelijke gezondheidszorg ontvingen. De controlegroep bestond uit 40 individuen, in de leeftijd van 19 tot 74 jaar (zie tabel 1 voor demografische gegevens).

De deelnemers aan het UHR-onderzoek werden geworven bij twee instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in Nederland: GGZ Drenthe en GGZ Friesland. Alle in aanmerking komende patiënten werden uitgenodigd om aan het begin van hun behandeling, als onderdeel van de routinezorg, de Prodromal Questionnaire 16 in te vullen (Ising et al., 2012). Patiënten met een score van 6 of hoger werden uitgenodigd voor verdere beoordeling. De Comprehensive Assessment of At Risk Mental State (CAARMS) (Yung et al., 2005) werd gebruikt om te bepalen of aan de UHR-criteria werd voldaan. Deelnemers moesten in staat zijn om toestemming te geven, zoals vastgesteld door hun therapeut of casemanager. Uitsluitingscriteria waren onder meer comorbide neurologische pathologie, ernstig drugsgebruik/verslaving of een IQ-score < 70. De controlegroep bestond uit individuen die nog nooit een psychiatrische diagnose hadden gekregen. Zij werden geworven via sociale media en flyers in de omgeving. De controlegroep was ouder dan de UHR-groep, aangezien deze werd geworven in het kader van de MERIT-studie, waaraan patiënten met chronische schizofrenie deelnamen die doorgaans ouder zijn (Kuis et al., 2021). Voor demografische gegevens zie tabel 1 in de resultatensectie.

### *Instrumenten*

#### Empathiemetingen

**Empathic Accuracy Task:** De Nederlandse aanpassing van de EAT (Aan Rot en Hogenelst, 2014; Zaki et al., 2008) werd gebruikt om cognitieve empathie te meten. Om het meetmoment binnen een tijdslimiet van 2 uur te houden, werd een verkorte versie van de taak ontwikkeld, waarbij vier van de oorspronkelijke 40 video's werden geselecteerd (van Donkersgoed et al., 2019). Deze video's toonden vier verschillende individuen (targets) – twee mannen en twee vrouwen – die elk een positief of negatief persoonlijk verhaal deelden. De selectie van fragmenten voor elke deelnemer werd uitgebalanceerd voor een evenwichtige verdeling van het geslacht van de target en emotionele valentie. De deelnemers gebruikten een draaiknop om de emotionele toon te beoordelen in video's waarin de target een persoonlijke anekdote deelde. Pearson-correlatiecoëfficiënten werden gebruikt om de overeenstemming te meten tussen de scores van de deelnemers en die van de targets. Het expressiviteitsniveau van de targets werd bepaald aan de hand van hun scores op de Berkeley Expressivity Questionnaire (Gross en John, 1997).

**Interpersoonlijke Reactiviteitsindex.** De IRI is een vragenlijst met 28 items, onderverdeeld in vier subschalen van empathie (Davis, 1980). Deze subschalen zijn 'perspectiefneming' (alpha = 0,72), 'fantasie' (alpha = 0,75), 'empathische betrokkenheid' (alpha = 0,68) en 'persoonlijk leed' (alpha = 0,78), zoals gerapporteerd in Davis, 1980. Elk van de vier subschalen bevat zeven stellingen. Aan de respondenten wordt gevraagd om op een vijfpuntsschaal aan te geven in hoeverre elke stelling hun eigen gevoelens weerspiegelt, variërend van 0 (beschrijft mij niet goed) tot 4 (beschrijft mij zeer goed). Hogere scores duiden op een hoger niveau van empathie. In de analyse werd elk van de vier schalen van de IRI afzonderlijk onderzocht, aangezien de IRI is ontworpen voor vier verschillende facetten van empathie en niet goed aansluit bij een tweefactorenmodel van cognitieve en affectieve empathie (Chrysikou en Thompson, 2015). 'Persoonlijk leed' en 'empathische betrokkenheid' worden echter over het algemeen beschouwd

als componenten van affectieve empathie, terwijl ‘fantasie’ en ‘perspectiefneming’ worden beschouwd als componenten van cognitieve empathie (Chryssikou en Thompson, 2015).

**Vragenlijst voor cognitieve en affectieve empathie.** De QCAE is een zelfrapportagevragenlijst waarmee cognitieve en affectieve empathie worden gemeten aan de hand van 31 items die worden beoordeeld op een vierpuntsschaal (Reniers et al., 2011). Hogere scores duiden op meer gerapporteerde empathie. De QCAE is onderverdeeld in vijf secties: perspectiefneming en online simulatie voor cognitieve empathie en emotionele overdracht, proximale responsiviteit en perifere responsiviteit voor affectieve empathie. In deze studie werden samengestelde scores afzonderlijk berekend voor cognitieve ( $\alpha = 0,82$ ) en affectieve empathie ( $\alpha = 0,79$ ) door relevante subschalen uit de QCAE te combineren (Kuis et al., 2021 ; Reniers et al., 2011).

**Faux Pas-taak.** De Faux Pas-taak is een prestatiegerichte beoordeling van cognitieve empathie (Baron-Cohen et al., 1999; Stone et al., 1998). De test bestaat uit vijf verhalen met een faux pas en vijf zonder. De onderzoeker leest de verhalen hardop voor, waarna de deelnemers wordt gevraagd of een personage in het verhaal een onhandige opmerking heeft gemaakt (cognitieve faux pas) en of deze opmerking bij anderen in het verhaal gevoelens van verdriet en schaamte heeft veroorzaakt (affectieve faux pas). Beide onderdelen zijn ontworpen om cognitieve empathie te testen (Kuis et al., 2021 ), maar werden in de analyse afzonderlijk gebruikt.

#### Sociaal functioneren

**Time Use Survey (TUS).** De TUS (korte versie) is een semi-gestructureerd interview dat de activiteiten van de deelnemer in de afgelopen maand beoordeelt (Lader et al., 2006). De TUS is bruikbaar gebleken bij individuen met psychose en individuen met een ultrahoog risico op psychose (Hodgekins et al., 2015 ). Deelnemers houden de frequentie en duur bij van hun activiteiten (bijv. werk, onderwijs, vrijwilligerswerk, sociale activiteiten, slaap). Voor elke activiteit werd een wekelijks gemiddelde in minuten berekend.

Daarnaast wordt een cumulatieve wekelijkse urenmaatstaf berekend door de tijd die wordt besteed aan economisch productieve en vrijwillige taken, onderwijs, huishoudelijke taken, kinderopvang en gestructureerde activiteiten te combineren. De toepassing ervan in eerdere studies met individuen met schizofrenie heeft aangetoond dat deze maatstaf zowel praktisch als goed ontvangen is (Hodgekins et al., 2015 ). In overeenstemming met Kuis et al., 2021, werden in deze studie gestructureerde en economische activiteiten afzonderlijk gebruikt als indicator voor sociaal functioneren.

#### *Procedure*

Zodra aan de UHR-criteria was voldaan, werden de patiënten geïnformeerd over het onderzoek en uitgenodigd om deel te nemen. Na een uitgebreide toelichting op het onderzoek werd schriftelijke toestemming verkregen van alle deelnemers en van de ouders of voogden van degenen jonger dan 18 jaar. De beoordeling bestond uit een sessie van twee uur met daarin de EAT, drie interviews, zes vragenlijsten en drie neurocognitieve taken.

Het onderzoek werd goedgekeurd door de lokale medisch-ethische commissie (METc2014.279). De ethische commissie van de afdeling Psychologie van de

Rijksuniversiteit Groningen keurde het vergelijkend onderzoek tussen groepen goed (ppo-013-109). Alle meetmomenten werden uitgevoerd door gekwalificeerde beoordelaars, die minimaal een bachelordiploma in de psychologie hadden behaald.

### *Analyse*

Er werden onafhankelijke t-toetsen uitgevoerd om de gemiddelde leeftijd en het opleidingsniveau tussen de groepen te vergelijken, terwijl een chi-kwadraattoets werd gebruikt om verschillen in het geslacht van de deelnemers te onderzoeken. De EAT-gegevens werden geanalyseerd met behulp van multilevelmodellen met maximum likelihood-schatting. Demografische variabelen die tussen de groepen verschilden, werden als covariaten in het model opgenomen om rekening te houden met mogelijke versturende factoren. EAT-scores op niveau 1, d.w.z. correlaties tussen target en deelnemer, werden berekend per deelnemer per videoclip, en werden voor de analyse omgezet in Fisher-z-scores. Onze primaire analyse onderzocht de overkoepelende verschillen tussen de UHR-groep en de controlegroep, waarbij de groep werd geïdentificeerd als een voorspeller op niveau 2. Aanvullende modellen onderzochten of de valentie van de video's, het geslacht van de target of de expressiviteit van de target (allemaal op niveau 1) de effecten van de groep veranderden. Elk model maakte gebruik van een gemengd-effectenmodel met willekeurige intercepten voor zowel waarnemers als targets. De vrijheidsgraden werden geschat met behulp van de Kenward-Roger-methode (Kenward en Roger, 1997). Multilevelmodellen werden uitgevoerd in R. Cohen's d-waarden werden berekend op basis van de schattingen van de fixed effects.

Er werden ook gemiddelde EAT-scores op persoonsniveau berekend. Deze scores werden gebruikt om Pearson-correlatiecoëfficiënten te berekenen met andere empathiemetingen en de TUS bij UHR-individueen, om de relatie tussen EA en traditionele empathiebeoordelingen en sociaal functioneren te onderzoeken. Om rekening te houden met meervoudige correlatietests, werden Bonferroni-gecorrigeerde significantiedrempels toegepast.

## **Resultaten**

### *Demografische gegevens en algemene cognitie*

Er werden significante verschillen vastgesteld in de leeftijd en het geslacht van de deelnemers tussen de UHR-groep en de controlegroep. De UHR-groep bestond uit een groter aandeel vrouwelijke deelnemers:  $\chi^2(1, N = 79) = 12,87, p < 0,001$ , en had een lagere gemiddelde leeftijd:  $t(77) = 7,77, p < 0,001$  in vergelijking met de controlegroep. Er werden geen significante verschillen in opleidingsniveau tussen de groepen gevonden. Van de 43 deelnemers met UHR die aanvankelijk waren gerekruteerd, voltooiden 39 de EAT. In de controlegroep werden 41 deelnemers gerekruteerd, waarbij voor één deelnemer EAT-gegevens ontbraken. Alle analyses hebben betrekking op deze individuen. Demografische variabelen worden weergegeven in tabel 1.

**Tabel 1.** Demografische gegevens

Variabele	Controles n = 40	UHR-groep n = 39
Geslacht, vrouw, n (%)	7 (17)	22 (56)
Leeftijd in jaren, gemiddelde, (SD), bereik	39.6 (13.1), 19–74	21.9 (5.7), 15–35
Opleidingsniveau, gemiddelde (SD)	5.23 (0.9)	4.6 (1.3)

*Empathische accuraatheidstaak*

Groepsverschillen in empathische accuraatheid en de rol van geslacht en leeftijd

In de UHR-groep was de gemiddelde Fisher Z-getransformeerde EA-score 1,08 (SD = 0,72, min = -2,04, max = 2,03), terwijl deze in de controlegroep 1,16 was (SD = 0,51, min = -0,23, max = 2,22). De gemiddelde EA (d.w.z. de correlatie tussen de scores van de deelnemers en die van de targets zelf) was  $r = 0,51$  voor de UHR-groep en  $r = 0,52$  voor de gezonde controlegroep.

Om de factoren te onderzoeken die de EA beïnvloeden, werden verschillende multi-levelmodellen uitgevoerd (zie de paragraaf Analyse voor details). Een uitgebreide samenvatting van alle modellen en resultaten wordt gepresenteerd in Tabel 2. Noch leeftijd, noch geslacht bleek een significante voorspeller te zijn voor de EA-scores, wat erop wijst dat deze demografische factoren op zichzelf geen verklaring bieden voor de variatie in EA op deze niveaus. Toen groep de enige voorspellende factor was, werd geen significant effect gevonden, wat suggereert dat individuen met UHR qua EA niet verschillen van de controlegroep. Daarnaast werd gekeken naar interacties tussen groep en leeftijd of geslacht (van de deelnemer). Er werd geen significante interactie tussen groep en geslacht gevonden. De interactie tussen groep en leeftijd bleek significant, wat erop wijst dat het effect van leeftijd per groep verschilde. Vervolganalyses toonden aan dat de helling van de leeftijd voor de UHR-groep significant negatief was (schatting = -0,04,  $t = -2,60$ ,  $p = 0,01$ ), terwijl de helling voor de controlegroep niet significant verschilde van nul (schatting <0,01,  $t = 0,95$ ,  $p = 0,34$ ). Dit geeft aan dat de EA-scores hoger waren bij jongere individuen in de UHR-groep, terwijl in de controlegroep de EA-scores geen verband hielden met de leeftijd van de deelnemers (zie Figuur. 1).



**Figuur 1**  
Empathische accuraatheid (Fisher-Z) als functie van leeftijd bij individuen met UHR en controles.

**Tabel 2** Samenvatting van de modelresultaten

Model	Voorspellers	F	p
Modellen: Demografisch	Groep	F(1, 75) = 0.76	0.38
	Leeftijd	F(1, 75) = 0.26	0.61
	Gender	F(1, 75) = 0.93	0.34
	Leeftijd	F(1,73) = 0.10	0.76
	Gender	F(1,73) = 0.75	0.39
	Groep	F(1,70) = 0.20	0.66
	Leeftijd	F(1,71) <0.01	0.97
	Gender	F(1,72) = 0.45	0.50
	Groep	F(1,70) = 4.02	0.05
	Leeftijd	F(1,71) = 3.46	0.07
	Groep x Leeftijd	F(1, 71) = 6.67	0.01*
	Groep	F(1,70) = 2.56	0.11
	Gender	F(1,71) = 1.22	0.27
	Groep x Gender	F(1,70) = 3.31	0.07
Modellen: Clip Valentie	Valentie	F(1, 206) = 25.75	<0.001***
	Valentie	F(1, 206) = 25.87	<0.001***
	Groep	F(1,75) = 0.89	0.35
	Valentie	F(1,205) = 25.81	<0.001***
	Groep	F(1,267) = 0.01	0.91
	Valence x groep	F(1,221) = 0.21	0.64
	Valentie	F(1,206) = 25.78	<0.001***
	Leeftijd	F(1,75) = 0.29	0.59
	Valentie	F(1,206) = 25.95	<0.001***
	Gender	F(1,76) = 1.13	0.29
	Valentie	F(1,206) = 25.87	<0.001***
	Groep	F(1,72) = 0.59	0.45
	Leeftijd	F(1, 72) <0.01	0.93
	Valentie	F(1,206) = 25.98	<0.001***
	Groep	F(1,72) = 0.33	0.57
	Gender	F(1,73) = 0.57	0.45
	Valentie	F(1, 206) = 25.98	<0.001***
	Groep	F(1, 70) = 0.23	0.63
	Leeftijd	F(1, 71) = 0.00	0.95
	Gender	F(1, 72) = 0.56	0.46
Modellen: Target Gender	Target Gender	F(1, 226) = 0.89	0.35
	Groep	F(1,76) = 0.36	0.56
	Target Gender	F(1,225) = 0.88	0.35
	Groep	F(1,267) = 0.12	0.91
	Target Gender x Groep	F(1, 225) <0.01	0.94
	Target Gender	F(1, 226) = 0.89	0.35
	Leeftijd	F(1, 75) = 0.10	0.76
	Target Gender	F(1, 226) = 0.89	0.35
Gender	F(1, 76) = 0.53	0.47	

Model	Voorspellers	F	p
	Target Gender	F(1,226) = 0.88	0.35
	Groep	F(1,72) = 0.28	0.60
	Leeftijd	F(1,72) = 0.01	0.91
	Target gender	F(1,226) = 0.89	0.35
	Groep	F(1,72) = 0.11	0.73
	Gender	F(1,72) = 0.30	0.59
	Target gender	F(1, 226) = 0.88	0.35
	Groep	F(1, 70) = 0.10	0.75
	Leeftijd	F(1, 71) = 0.01	0.93
	Gender	F(1, 71) = 0.29	0.59
	Target Expressiviteit	F(1, 235) = 130.57	<0.001***
Modellen: Target Expressiviteit	Target Expressiviteit	F(1, 235) = 130.78	<0.001***
	Groep	F(1,76) = 0.76	0.39
	Target Expressiviteit	F(1,234) = 130.76	<0.001***
	Groep	F(1,81) = 0.46	0.50
	Target Expressiviteit X Groep	F(1,234) = 0.70	0.37
	Target Expressiviteit	F(1, 235) = 130.67	<0.001***
	Leeftijd	F(1,76) = 0.27	0.61
	Target Expressiviteit	F(1, 235) = 130.44	<0.001***
	Gender	F(1,75) = 0.59	0.45
	Target Expressiviteit	F(1, 234) = 130.76	<0.001***
	Groep	F(1, 72) = 0.48	0.49
	Leeftijd	F(1, 72) <0.01	0.95
	Target Expressiviteit	F(1, 234) = 130.61	<0.001***
	Groep	F(1, 73) = 0.39	0.53
	Gender	F(1, 73) = 0.22	0.64
	Target Expressiviteit	F(1, 234) = 130.59	<0.001***
	Groep	F(1, 70) = 0.25	0.62
	Leeftijd	F(1, 71) < 0.01	0.97
	Gender	F(1, 72) = 0.22	0.64
	Time Use: Economisch	F(1, 75) = 0.86	0.77
Modellen: Time Use Economisch	Groep	F(1, 74) = 0.67	0.42
	Time Use: Economisch	F(1,74) < 0.01	0.98
	Groep	F(1,73) = 0.59	0.44
	Time Use: Economisch	F(1,74) = 0.02	0.88
	Group x Time Use: Economisch	F(1,74) = 0.54	0.47
	Time Use: Gestructureerd	F(1, 73) = 0.21	0.65
Modellen: Time Use Gestructureerd	Groep	F(1, 74) = 0.79	0.38
	Time Use: Gestructureerd	F(1,72) = 0.25	0.62
	Groep	F(1,73) = 0.77	0.38
	Time Use: Gestructureerd	F(1,74) = 0.13	0.71
	Groep x Time Use: Gestructureerd	F(1,74) < 0.01	0.95

NB: alle modellen bevatten willekeurige intercepten voor waarnemer en doelwit om rekening te houden met variabiliteit op deze niveaus.

#### De rol van clipvalentie in empathische accuraatheid

Er werd een significant effect op de EA-scores vastgesteld wanneer ‘valentie’ de enige voorspellende variabele was, wat erop wijst dat de deelnemers nauwkeuriger waren bij het beoordelen van de positieve videoclips in vergelijking met negatieve clips. Het toevoegen van ‘groep’ aan het model had geen invloed op het valentie-effect. De interactie tussen groep en valentie was niet significant, wat aangeeft dat beide groepen een vergelijkbare verbetering in EA vertoonden bij positieve clips. Het toevoegen van de leeftijd van de deelnemer of het geslacht van de deelnemer als covariaten aan de modellen veranderde deze resultaten niet wezenlijk. Deze bevindingen tonen een robuust effect van de valentie van de clip aan.

#### De rol van geslacht van het target in empathische accuraatheid

Wanneer het geslacht van de target de enige voorspeller was, verklaarde dit de variabiliteit in EA niet significant. In daaropvolgende analyses die vergelijkbaar waren met de analyses gepresenteerd onder 3.2.2, maar waarbij de valentie van de clip was vervangen door het geslacht van de target, waren er geen significante resultaten. Dit geeft aan dat het geslacht van de target de variabiliteit in EA niet verklaart en dat niet-significante resultaten voor de groep niet konden worden verklaard door een modererende rol van het geslacht van de target.

#### De rol van de expressiviteit van de target

Er werd een sterk hoofdeffect van de expressiviteit van de target vastgesteld, waaruit bleek dat meer expressieve targets gemakkelijker te interpreteren waren. Het toevoegen van groep bracht geen verandering in het effect, en de interactie tussen groep en expressiviteit was niet significant, wat erop wijst dat zowel individuen met UHR als de controlegroep in gelijke mate baat hebben bij een hoge mate van expressiviteit. Het toevoegen van geslacht of leeftijd bracht geen verandering in het effect.

#### *Correlaties tussen empathiemetingen*

We hebben de correlaties onderzocht tussen de geaggregeerde EAT-scores en de subschalen van traditionele empathietests, zowel bij de controlegroep als bij individuen uit de UHR-groep. In de UHR-groep werd een matig negatieve correlatie gevonden met de subschaal ‘Perspectiefneming’ van de IRI ( $r = -0,33$ ,  $p = 0,04$ ). Na toepassing van een Bonferroni-correctie voor meervoudige vergelijkingen ( $\alpha = 0,0031$ ) bleef echter geen enkele correlatie statistisch significant. De resultaten zijn weergegeven in tabel 3.

**Tabel 3** Correlaties tussen de EAT en zelfrapportage- en prestatiegerichte empathiematen bij individuen met UHR en controles.

Vragenlijst	Controles		UHR groep	
	Correlatie met EAT Data (r,p)		Correlatie met EAT Data (r,p)	
Faux-pas cognitief	0.20	0.26	-0.06	0.71
Faux-pas cognitief/affectief	0.31	0.07	-0.20	0.23
QCAE cognitief	0.07	0.68	-0.24	0.13
QCAE affectief	-0.22	0.17	-0.13	0.43
IRI PT	0.09	0.59	-0.33	0.04
IRI FS	-0.25	0.12	-0.17	0.30
IRI EC	0.06	0.72	-0.31	0.06
IRI PD	-0.18	0.27	-0.18	0.28

#### *EAT en sociaal functioneren*

Er werd vervolgens onderzoek gedaan naar de relatie tussen EA en sociaal functioneren, gemeten aan de hand van de subschalen 'Economisch' en 'Gestructureerd' van de Time Use Survey. Correlatieanalyses brachten geen significante verbanden aan het licht, noch in de controlegroep, noch in de UHR-groep. De resultaten zijn weergegeven in tabel 4. Bovendien lieten verkennende analyses, waarin groep, de subschaal voor sociaal functioneren en hun interacties als voorspellers van EA werden meegenomen, geen significante hoofdeffecten of interacties zien voor beide subschalen (zie tabel 2). Deze bevindingen suggereren dat de niet-significante resultaten voor groep niet verklaard konden worden door een modererende rol van sociaal functioneren.

**Tabel 4** Pearson-correlaties tussen EA en de gestructureerde en economische subschalen van de Time Use Survey.

Vragenlijst	Controles		UHR groep	
	Correlatie met EAT Data (r,p)		Correlatie met EAT Data (r,p)	
TU economisch	0.19	0.25	-0.07	0.67
TU gestructureerd	0.08	0.64	0.06	0.69

## **Discussie**

In dit onderzoek werd de empathische accuraatheid gemeten met behulp van de EAT bij individuen met een ultrahoog risico op psychose (UHR), in vergelijking met een controlegroep uit de algemene bevolking. Onze hypothesen waren dat individuen met UHR lagere EA-scores zouden laten zien en minder zouden profiteren van de expressiviteit van de target dan de controlegroep. In tegenstelling tot onze verwachtingen waren de verschillen in EA tussen de groepen niet statistisch significant, ook niet wanneer rekening werd gehouden met de expressiviteit van

de target en andere mogelijke moderatoren (leeftijd en geslacht van de deelnemer, valentie van de clip, geslacht van de target, sociaal functioneren). Deze bevindingen staan in contrast met eerdere rapporten over moeilijkheden in EA bij schizofrenie (Harvey et al., 2013; Lee et al., 2011; van Donkersgoed et al., 2019), wat suggereert dat empathische moeilijkheden mogelijk nog niet aanwezig of detecteerbaar zijn in de UHR-fase.

Onze bevindingen komen overeen met eerder onderzoek waaruit blijkt dat individuen met UHR geen empathische moeilijkheden vertonen in gestructureerde, prestatiegerichte taken, ondanks stoornissen in zelfgerapporteerde empathie (Konstantakopoulos et al., 2014; Kuis et al., 2021; Murphy en Lilienfeld, 2019). Bovendien was de EAT niet geassocieerd met andere prestatiegerichte maten van cognitieve empathie (bijv. Faux Pas). Deze discrepantie suggereert dat deze benaderingen wellicht verschillende aspecten van empathie beoordelen en onderstreept dat subjectieve ervaringen van empathie mogelijk niet overeenkomen met de waarneembare vaardigheden die door de EAT worden gemeten.

Het ontbreken van overtuigende beperkingen in empathische accuraatheid lijkt in tegenspraak met de solide bevindingen over tekortkomingen in Theory of Mind bij individuen met een UHR status (Bora e. . en Pantelis, 2013; Van Donkersgoed, 2015). Een mogelijke verklaring is dat individuen met UHR subtiele tekortkomingen in EA compenseren door middel van cognitieve strategieën, zoals verhoogde zelfmonitoring (Hou et al., 2022), in combinatie met het gebruik van de emotionele en contextuele signalen die de EAT biedt – zoals stemgeluid, non-verbaal gedrag en narratieve inhoud. Door gebruik te maken van rijkere, ecologisch meer valide stimuli kan de EAT deze compensatiemechanismen ondersteunen, waardoor individuen met UHR op hetzelfde niveau presteren als de controlegroep, ondanks lagere scores op rudimentaire sociaal-cognitieve taken (Bora en Pantelis, 2013; Hou et al., 2022; Seo et al., 2020; Van Donkersgoed et al., 2015). Neuroimagingstudies ondersteunen deze hypothese verder en tonen verhoogde neurale activiteit aan tijdens sociaal-cognitieve taken bij individuen met UHR, zelfs zonder waarneembare gedragsverschillen (Bartholomeusz et al., 2018; Hou et al., 2022). Deze bevindingen suggereren dat individuen met UHR mogelijk gebruikmaken van aanvullende cognitieve middelen of contextuele signalen om hun prestaties op hetzelfde niveau te brengen als die van gezonde controlegroepen.

De effectiviteit van deze compensatiestrategieën bij individuen met UHR kan afhangen van zowel de cognitieve eisen van de taak als de ernst van de beperkingen. Onderzoek wijst erop dat tekortkomingen in Theory of Mind duidelijker naar voren kunnen komen naarmate de taak complexer wordt (Van Donkersgoed et al., 2015). Dit doet vermoeden dat compensatie wellicht slechts tot een bepaalde drempel mogelijk is. In vergelijking met traditionele ToM-taken stelt de EAT mogelijk lagere expliciete cognitieve eisen, doordat deze steunt op continue, realtime emotietracking in plaats van expliciet redeneren over de mentale toestanden van anderen. Dit onderscheid zou kunnen verklaren waarom individuen met UHR op de EAT vergelijkbare prestaties leveren als de controlegroep, maar tekortkomingen vertonen bij meer gestructureerde, op perspectiefneming gebaseerde ToM-taken. Dit wordt ondersteund door bevindingen dat intelligentie correleert met traditionele prestatiegerichte taken zoals de Faux Pas Test (Van Donkersgoed et al., 2015), maar niet met de EAT (Ponnet et al., 2005). Dit zet vraagtekens bij eerdere beweringen dat intelligentie moeilijkheden bij conceptuele perspectiefnemingsstrategieën zou

kunnen verzachten (Ponnet et al., 2005; Prior et al., 1990; Yirmiya en Shulman, 1996), maar suggereert ook dat de EAT een apart, wellicht intuïtiever facet van empathische verwerking vastlegt dat mogelijk minder afhankelijk is van cognitieve middelen.

Daarnaast suggereerden de analyses dat leeftijd een modererende rol zou kunnen spelen bij empathisch vermogen bij individuen uit de UHR-groep: oudere deelnemers uit de UHR-groep vertonen een lichte beperking in empathisch vermogen, terwijl jongere individuen uit de UHR-groep vergelijkbare prestaties leveren als gezonde controlegroepen. Dit significante leeftijdsgebonden patroon suggereert dat er bij deelnemers uit de UHR-groep aan de bovenkant van de leeftijdsgroep subtiele beperkingen kunnen optreden, wat mogelijk wijst op een voortschrijding van de symptomen die niet langer volledig kan worden gecompenseerd. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat empathische stoornissen meer uitgesproken zijn bij patiënten met chronische schizofrenie in vergelijking met patiënten met een eerste episode (Achim et al., 2011). Gezien deze progressie kunnen EA-beperkingen tijdens de UHR-fase mogelijk pas in latere stadia optreden. Zonder longitudinale en klinische gegevens blijft het echter onduidelijk of dit patroon een weerspiegeling is van symptoomprogressie of van andere modererende factoren. Bovendien betekent het bredere leeftijdsbereik van de controlegroep (19–74) dat de regressielijn buiten het UHR-bereik (15–35) reikt, wat voorzichtigheid bij de interpretatie vereist.

Hoewel een hogere expressiviteit van de target bij beide groepen gepaard ging met een hogere EA, was er geen verschil tussen de controlegroep en de UHR-groep. Dit wijst erop dat een lage expressiviteit geen onevenredig grote invloed had op individuen met UHR en roept de vraag op in hoeverre de meer gelaagde aard van de EAT de compenserende prestaties bij individuen met UHR verklaart. Expressiviteit wordt echter beoordeeld aan de hand van zelfrapportage en geeft mogelijk niet alle expressieve modaliteiten weer, zoals stemgeluid of spraakinhoud, zoals die door de EAT worden gemeten (Wever et al., 2022). Bovendien hebben we in deze studie 4 targets gebruikt, wat de diversiteit van de expressiviteitsscores verminderde in vergelijking met de oorspronkelijke EAT (Lee et al., 2011; Wever et al., 2022). Gezien deze beperkingen suggereren onze bevindingen dat, hoewel sommige (oudere) individuen met UHR subtiele tekortkomingen in EA kunnen vertonen, zij in ieder geval in vroege stadia even goed presteren als de controlegroep, mogelijk als gevolg van compensatiemechanismen.

Ook draagt het ontbreken van een verband tussen EA en sociaal functioneren in ons onderzoek bij aan het bredere debat over het verband tussen sociaal-cognitieve vaardigheden en psychosociale uitkomsten. Onze bevindingen sluiten aan bij eerder onderzoek dat suggereert dat sociaal-cognitieve vaardigheden niet altijd rechtstreeks verband houden met psychosociaal functioneren (James et al., 2017; Lysaker et al., 2021). Aangezien het functioneren binnen UHR over het algemeen heterogeen is (Jang et al., 2011), hebben we sociaal functioneren getest als mogelijke moderator, maar vonden we geen bewijs voor een dergelijk effect. Beoordelingen van sociaal functioneren bij UHR en schizofrenie zijn echter vaak grof en missen gevoeligheid, waardoor kleine veranderingen in sociaal functioneren onopgemerkt kunnen blijven (Burns en Patrick, 2007). Bovendien is verondersteld dat de sociaal-cognitieve capaciteit onder een drempelwaarde moet liggen om het sociaal functioneren significant te beïnvloeden (Pijnenborg et al., 2009). Of het gebrek aan interactie

tussen EA en sociale activiteiten het gevolg is van de TUS, het feit dat de niveaus van sociaal functioneren in deze steekproef nog steeds relatief behouden zijn ondanks dat ze lager zijn dan bij de controlegroep, of dat EA slechts een beperkte rol speelt in het sociaal functioneren, vereist nader onderzoek.

### *Limitaties*

Een belangrijke beperking van deze studie is dat we een verkorte versie van de EAT hebben gebruikt, met slechts vier targets (van Donkersgoed et al., 2019), waardoor de complexiteit van empathische accuraatheid zoals beoordeeld door de originele EAT mogelijk niet volledig wordt weergegeven. Eerder onderzoek met deze aangepaste versie suggereert echter dat er nog steeds groepsverschillen in empathische accuraatheid kunnen worden gedetecteerd (van Donkersgoed et al., 2019). Niettemin is voorzichtigheid geboden bij het vergelijken van onze bevindingen met studies die gebruikmaken van andere EAT-versies. Ook vertoonde onze steekproef grote verschillen in leeftijd en geslacht tussen de controlegroep en de UHR-groep. Hoewel voor deze factoren statistisch gecontroleerd is, kunnen resterende invloeden niet volledig worden uitgesloten. Bovendien heeft de lage specificiteit van de UHR-criteria waarschijnlijk geleid tot een steekproef met uiteenlopende beperkingen, waaronder cognitieve stoornissen, autisme of persoonlijkheidsstoornissen (Kuis et al., 2021; van Os en Guloksuz, 2017). Zo is bijvoorbeeld aangetoond dat het aantal autistische kenmerken negatief gecorreleerd is met de EAT-prestaties (Aan Rot en Hogenelst, 2014). Deze variabiliteit bemoeilijkt het detecteren van specifieke effecten en kan bijdragen aan inconsistenties tussen studies, waardoor vergelijkingen tussen bevindingen een uitdaging vormen (Kuis et al., 2021).

### **Conclusie**

In dit onderzoek werd cognitieve empathie onderzocht bij individuen met UHR classificatie, aan de hand van een verkorte Nederlandse bewerking van de EAT. Hoewel we geen algemene verschillen in empathische accuraatheid vonden tussen individuen met UHR en de controlegroep, werden bij oudere individuen met UHR subtiele afwijkingen waargenomen. Op basis van onze bevindingen en de bestaande literatuur stellen we dat er bij sommige jongere individuen met een verhoogd risico weliswaar subtiele tekortkomingen in empathisch vermogen aanwezig kunnen zijn, maar dat deze voldoende kunnen worden gecompenseerd. Het ontbreken van verbanden tussen empathische accuraatheid, diverse andere empathie-instrumenten en problemen in het sociaal functioneren onderstreept de complexiteit van empathie als interpersoonlijk proces. Er is behoefte aan duidelijke operationele definities en een samenhangend model van empathie.

### **Verklaring inzake generatieve AI en AI-ondersteunde technologieën in het schrijfproces**

Bij de totstandkoming van dit werk hebben de auteurs ChatGPT gebruikt als hulpmiddel bij het schrijfproces. Na gebruik van deze tool hebben de auteurs de inhoud waar nodig gecontroleerd en bewerkt en nemen zij de volledige verantwoordelijkheid op zich voor de inhoud van het gepubliceerde artikel.

*Informatie over financiering*

Dit werk werd gedeeltelijk ondersteund door een onderzoekssubsidie van Fonds NutsOhra. Er zijn geen overeenkomsten met financieringsinstanties van toepassing.

*Dankwoord*

Wij willen Daan Jan Kuis en Tara van de Giessen (GGZ Drenthe) bedanken voor hun waardevolle ondersteuning bij het verzamelen van gegevens.

**Referenties**

- Aan Het Rot, M., Hogenelst, K., 2014. The influence of affective empathy and autism spectrum traits on empathic accuracy. *PLoS One* 9 (6), e98436.
- Achim, A.M., Ouellet, R., Roy, M.-A., Jackson, P.L., 2011. Assessment of empathy in first-episode psychosis and meta-analytic comparison with previous studies in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 190 (1), 3–8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.10.030>.
- Bailey, P.E., Henry, J.D., Von Hippel, W., 2008. Empathy and social functioning in late adulthood. *Aging Ment. Health* 12 (4), 499–503. <https://doi.org/10.1080/13607860802224243>.
- Baron-Cohen, S., O’riordan, M., Stone, V., Jones, R., Plaisted, K., 1999. Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J. Autism Dev. Disord.* 29, 407–418.
- Bartholomeusz, C.F., Ganella, E.P., Whittle, S., Allott, K., Thompson, A., Abu-Akel, A., Walter, H., McGorry, P., Killackey, E., Pantelis, C., 2018. An fMRI study of theory of mind in individuals with first episode psychosis. *Psychiatry Res. Neuroimaging* 281, 1–11.
- Blair, R.J.R., 2005. Responding to the emotions of others: dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Conscious. Cogn.* 14 (4), 698–718. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2005.06.004>.
- Bora, E., Pantelis, C., 2013. Theory of mind impairments in first-episode psychosis, individuals at ultra-high risk for psychosis and in first-degree relatives of schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Schizophr. Res.* 144 (1–3), 31–36.
- Burns, T., Patrick, D., 2007. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatr. Scand.* 116 (6), 403–418. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01108.x>.
- Carr, V., Halpin, S., Lau, N., O’Brien, S., Beckmann, J., Lewin, T., 2000. A risk factor screening and assessment protocol for schizophrenia and related psychosis. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 34, S170–S180.
- Chrysikou, E., Thompson, W.J., 2015. Assessing cognitive and affective empathy through the interpersonal reactivity index: an argument against a two-factor model. *Assessment* 23. <https://doi.org/10.1177/1073191115599055>.
- Chung, Yu Sun, Kang, D.-H., Shin, Na Young, Yoo, So Young, Kwon, Jun Soo, 2008. Deficit of theory of mind in individuals at ultra-high-risk for schizophrenia. *Schizophr. Res.* 99 (1), 111–118. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.11.012>.

- Davis, M.H., 1980. Interpersonal Reactivity Index.
- de Jong, S., Van Donkersgoed, R.J.M., Timmerman, M.E., Aan Het Rot, M., Wunderink, L., Arends, J., van Der Gaag, M., Aleman, A., Lysaker, P.H., Pijnenborg, G.H.M., 2019. Metacognitive reflection and insight therapy (MERIT) for patients with schizophrenia. *Psychol. Med.* 49 (2), 303–313.
- Decety, J., Jackson, P.L., 2004. The functional architecture of human empathy. *Behav. Cogn. Neurosci. Rev.* 3 (2), 71–100.
- Dziobek, I., Rogers, K., Fleck, S., Bahnemann, M., Heekeren, H.R., Wolf, O.T., Convit, A., 2008. Dissociation of cognitive and emotional empathy in adults with Asperger syndrome using the Multifaceted Empathy Test (MET). *J. Autism Dev. Disord.* 38, 464–473.
- Gross, J.J., John, O.P., 1997. Revealing feelings: facets of emotional expressivity in self-reports, peer ratings, and behavior. *J. Personal. Soc. Psychol.* 72, 435–448.
- Hadjikhani, N., Zürcher, N.R., Rogier, O., Hippolyte, L., Lemonnier, E., Ruest, T., Ward, N., Lassalle, A., Gillberg, N., Billstedt, E., Helles, A., Gillberg, C., Solomon, P., Prkachin, K.M., Gillberg, C., 2014. Emotional contagion for pain is intact in autism spectrum disorders. *Transl. Psychiatry* 4, e343.
- Harvey, P.-O., Zaki, J., Lee, J., Ochsner, K., Green, M.F., 2013. Neural substrates of empathic accuracy in people with schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 39 (3), 617–628. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs042>.
- Henry, J.D., Bailey, P.E., Rendell, P.G., 2008. Empathy, social functioning and schizotypy. *Psychiatry Res.* 160 (1), 15–22.
- Hodgekins, J., French, P., Birchwood, M., 2015. Comparing time use in individuals at different stages of psychosis and a non-clinical comparison group. *Schizophr. Res.* 161 (2–3), 188–193. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.12.011>.
- Horan, W.P., Rassovsky, Y., Kern, R.S., Lee, J., Wynn, J.K., Green, M.F., 2010. Further support for the role of dysfunctional attitudes in models of real-world functioning in schizophrenia. *J. Psychiatr. Res.* 44 (8), 499–505.
- Hou, J., Schmitt, S., Zhao, X., Wang, J., Chen, J., Mao, Z., Qi, A., Lu, Z., Kircher, T., Yang, Y., 2022. Neural correlates of facial emotion recognition in non-help-seeking university students with ultra-high risk for psychosis. *Front. Psychol.* 13, 812208.
- Ickes, W., 1997. *Empathic Accuracy*. Guilford, Inc., New York.
- Ising, H.K., Veling, W., Loewy, R.L., Rietveld, M.W., Rietdijk, J., Dragt, S., Klaassen, R.M. C., Nieman, D.H., Wunderink, L., Linszen, D.H., van der Gaag, M., 2012. The validity of the 16-Item Version of the Prodromal Questionnaire (PQ-16) to screen for ultra-high risk of developing psychosis in the general help-seeking population. *Schizophr. Bull.* 38 (6), 1288–1296. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs068>.
- James, A., Johannesen, J., Buck, K., Lysaker, P., 2017. M121. Relatively more intact levels of social cognition predict fewer impairments in neurocognition, metacognition, and healthier personality functioning in a sample with prolonged schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 43 (suppl\_1), S254–S255.
- Jang, J.H., Shin, N.Y., Shim, G., Park, H.Y., Kim, E., Jang, G.-E., Kwon, S.J., Hur, J.-W., An, S.K., Kwon, J.S., 2011. Longitudinal patterns of social functioning and conversion to psychosis in subjects at ultra-high risk. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 45 (9), 763–770. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.595684>.
- Jankowiak-Siuda, K., Baron-Cohen, S., Bialaszek, W., Dopierala, A., Kozłowska,

- A., Rymarczyk, K., 2016. Psychometric evaluation of the 'reading the mind in the eyes' test with samples of different ages from a Polish population. *Stud. Psychol.* 58 (1), 18.
- Jhung, K., Park, J.Y., Song, Y.Y., Kang, J.I., Lee, E., An, S.K., 2016. Experiential pleasure deficits in the prodrome: a study of emotional experiences in individuals at ultra-high risk for psychosis and recent-onset schizophrenia. *Compr. Psychiatry* 68, 209–216.
  - Kenward, M.G., Roger, J.H., 1997. Small sample inference for fixed effects from restricted maximum likelihood. *Biometrics* 983–997.
  - Khanjani, Z., Mosanezhad Jeddi, E., Hekmati, I., Khalilzade, S., Etemadi Nia, M., Andalib, M., Ashrafi, P., 2015. Comparison of cognitive empathy, emotional empathy, and social functioning in different age groups. *Aust. Psychol.* 50 (1), 80–85.
  - Kong, W., Koo, S.J., Seo, E., Park, H.Y., Lee, E., An, S.K., 2021. Empathy and theory of mind in ultra-high risk for psychosis: relations with Schizotypy and executive function. *Psychiatry Investig.* 18 (11), 1109.
  - Konstantakopoulos, G., Oulis, P., Ploumpidis, D., Patrikelis, P., Nikitopoulou, S., Papadimitriou, G.N., David, A.S., 2014. Self-rated and performance-based empathy in schizophrenia: the impact of cognitive deficits. *Soc. Neurosci.* 9 (6), 590–600.
  - Kuis, D.J., van de Giessen, T., de Jong, S., Sportel, B.E., Boonstra, N., van Donkersgoed, R., Lysaker, P.H., Hasson-Ohayon, I., Pijnenborg, G.H.M., 2021. Empathy and its relationship with social functioning in individuals at ultra-high risk for psychosis. *Front. Psychiatry* 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.730092>.
  - Lader, D., Short, S., Gershuny, J., 2006. *The Time Use Survey, 2005*. Office for National Statistics, London.
  - Lee, J., Zaki, J., Harvey, P.-O., Ochsner, K., Green, M., 2011. Schizophrenia patients are impaired in empathic accuracy. *Psychol. Med.* 41 (11), 2297–2304.
  - Lysaker, P.H., Hasson-Ohayon, I., Wiesepape, C., Huling, K., Musselman, A., Lysaker, J. T., 2021. Social dysfunction in psychosis is more than a matter of misperception: advances from the study of metacognition. *Front. Psychol.* 12, 723952.
  - Mazza, M., Pino, M.C., Mariano, M., Tempesta, D., Ferrara, M., De Berardis, D., Masedu, F., Valenti, M., 2014. Affective and cognitive empathy in adolescents with autism spectrum disorder. *Front. Hum. Neurosci.* 8. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00791>.
  - Michaels, T., Horan, W., Ginger, E., Martinovich, Z., Pinkham, A., Smith, M., 2014. Cognitive empathy contributes to poor social functioning in schizophrenia: evidence from a new self-report measure of cognitive and affective empathy. *Psychiatry Res.* 220. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.08.054>.
  - Montag, C., Brandt, L., Lehmann, A., De Millas, W., Falkai, P., Gaebel, W., Hasan, A., Hellmich, M., Janssen, B., Juckel, G., 2020. Cognitive and emotional empathy in individuals at clinical high risk of psychosis. *Acta Psychiatr. Scand.* 142 (1), 40–51.
  - Murphy, B.A., Lilienfeld, S.O., 2019. Are self-report cognitive empathy ratings valid proxies for cognitive empathy ability? Negligible meta-analytic relations with behavioral task performance. *Psychol. Assess.* 31 (8), 1062.
  - Pijnenborg, G.H.M., Withaar, F.K., Evans, J.J., van den Bosch, R.J., Timmerman,

- M.E., Brouwer, W.H., 2009. The predictive value of measures of social cognition for community functioning in schizophrenia: implications for neuropsychological assessment. *J. Int. Neuropsychol. Soc.* 15 (2), 239–247. <https://doi.org/10.1017/S1355617709090341>.
- Ponnet, K., Buysse, A., Roeyers, H., De Corte, K., 2005. Empathic accuracy in adults with a pervasive developmental disorder during an unstructured conversation with a typically developing stranger. *J. Autism Dev. Disord.* 35 (5), 585–600. <https://doi.org/10.1007/s10803-005-0003-z>.
  - Prior, M., Dahlstrom, B., Squires, T., 1990. Autistic children's knowledge of thinking and feeling states in other people. *J. Child Psychol. Psychiatry.* 31 (4), 587–601.
  - Reniers, R., Corcoran, R., Drake, R., Shryane, N., Vořllm, B., 2009. The QCAE: a questionnaire of cognitive and affective empathy. *Eur. Psychiatry* 24 (S1), 24–E840. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(09\)71073-9](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(09)71073-9).
  - Reniers, R.L.E.P., Corcoran, R., Drake, R., Shryane, N.M., Vořllm, B.A., 2011. The QCAE: a questionnaire of cognitive and affective empathy. *J. Pers. Assess.* 93 (1), 84–95.
  - Rogers, K., Dziobek, I., Hassenstab, J., Wolf, O.T., Convit, A., 2007. Who cares? Revisiting empathy in Asperger syndrome. *J. Autism Dev. Disord.* 37, 709–715.
  - Seo, E., Park, H.Y., Park, K., Koo, S.J., Lee, S.Y., Min, J.E., Lee, E., An, S.K., 2020. Impaired facial emotion recognition in individuals at ultra-high risk for psychosis and associations with schizotypy and paranoia level. *Front. Psych.* 11, 577.
  - Stone, V.E., Baron-Cohen, S., Knight, R.T., 1998. Frontal lobe contributions to theory of mind. *J. Cogn. Neurosci.* 10 (5), 640–656.
  - Tone, E.B., Tully, E.C., 2014. Empathy as a 'risky strength': a multilevel examination of empathy and risk for internalizing disorders. *Dev. Psychopathol.* 26 (4pt2), 1547–1565.
  - Van Donkersgoed, R.J.M., Wunderink, L., Nieboer, R., Aleman, A., Pijnenborg, G.H.M., 2015. Social cognition in individuals at ultra-high risk for psychosis: a meta-analysis. *PLoS One* 10 (10), e0141075.
  - van Donkersgoed, R.J.M., de Jong, S., aan het Rot, M., Wunderink, L., Lysaker, P.H., Hasson-Ohayon, I., Aleman, A., Pijnenborg, G.H.M., 2019. Measuring empathy in schizophrenia: the Empathic Accuracy Task and its correlation with other empathy measures. *Schizophr. Res.* 208, 153–159. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.03.024>.
  - van Os, J., Guloksuz, S., 2017. A critique of the 'ultra-high risk' and 'transition' paradigm. *World Psychiatry* 16 (2), 200–206. <https://doi.org/10.1002/wps.20423>.
  - Wever, M.C.M., van Houtum, L.A.E.M., Janssen, L.H.C., Spruit, I.M., Tollenaar, M.S., Aan Het Rot, M., Elzinga, B.M., 2022. Eyes on you: ensuring empathic accuracy or signalling empathy? *Int. J. Psychol.* 57 (6), 743–752.
  - Yirmiya, N., Shulman, C., 1996. Seriation, conservation, and theory of mind abilities in individuals with autism, individuals with mental retardation, and normally developing children. *Child Dev.* 67 (5), 2045–2059.
  - Yung, A.R., Yung, A.R., Pan Yuen, H., McGorry, P.D., Phillips, L.J., Kelly, D., Dell'olio, M., Francey, S.M., Cosgrave, E.M., Killackey, E., Stanford, C., Godfrey, K., Buckley, J., 2005. Mapping the onset of psychosis: the comprehensive

assessment of at-risk mental states. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 39 (11-12), 964–971. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01714.x>.

- Zaki, J., Ochsner, K., 2009. The need for a cognitive neuroscience of naturalistic social cognition. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1167 (1), 16–30.
- Zaki, J., Bolger, N., Ochsner, K., 2008. It takes two: the interpersonal nature of empathic accuracy. *Psychol. Sci.* 19 (4), 399–404.
- Zurek, P.P., Scheithauer, H., 2017. Towards a more precise conceptualization of empathy: an integrative review of literature on definitions, associated functions, and developmental trajectories. *Int. J. Dev. Sci.* 11, 57–68. <https://doi.org/10.3233/DEV-16224>.

## Leefstijl: losstaand of leidend?

### Leefstijl in de klinische forensische psychiatrie

*Kwalitatief onderzoek naar opvattingen van sociotherapeuten en patiënten over leefstijl(interventies)*

Jantine E. Brouwer\*, Manna A. Alma, Gretha J. Boersma

#### Samenvatting

##### *Achtergrond*

Binnen de klinische forensische psychiatrie lopen patiënten een verhoogd risico op lichamelijke gezondheidsproblemen als gevolg van ongezonde voeding, onvoldoende beweging, roken en een gebrekkige slaaphygiëne. Deze leefstijlfactoren treden vaak gelijktijdig op en vormen risicofactoren voor psychopathologie. Ondanks aanwijzingen dat aandacht voor leefstijl kan bijdragen aan recidivevermindering, is leefstijl nog nauwelijks geïntegreerd in de forensische behandeling.

##### *Doelstelling*

Dit onderzoek had als doel zicht te verkrijgen op de opvattingen van sociotherapeuten en patiënten omtrent leefstijl(interventies), zodat er een beeld ontstaat van bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot gezonde leefstijl.

##### *Methode*

Er werd een exploratief kwalitatief onderzoek uitgevoerd volgens de *grounded theory*-benadering. In totaal zijn acht sociotherapeuten en acht patiënten geïnterviewd in een forensisch psychiatrische kliniek in Nederland.

##### *Resultaten*

Beide groepen waren zich bewust van de effecten van een gezonde leefstijl. Tevens speelde voorbeeldgedrag een rol. Aandacht voor gezonde leefstijl bracht vragen met zich mee rond autonomie. Leefstijlinterventies werden ervaren als losstaande behandelonderdelen. Tot slot werd door de participanten op alle fronten ondersteuning gemist.

##### *Conclusie*

De aarzeling van sociotherapeuten en de weerstand van patiënten zorgen ervoor dat patiënten zich niet bewust worden van de voordelen van een gezonde leefstijl. Door ongezonde leefstijl als probleemgedrag te benoemen, aandacht te besteden aan voorlichten en vaardigheden, en de leefstijlactiviteiten te integreren in het behandelprogramma kan deze impasse doorbroken worden. Een duidelijke visie en richtinggevend beleid is noodzakelijk, temeer leefstijlinterventies gelijkenissen

---

\* Corresponderende auteur: Janneke Brouwer, [jannekebrouwer09@gmail.com](mailto:jannekebrouwer09@gmail.com)

Informatie over alle auteurs is te vinden op de pagina Over de auteurs achter in dit tijdschrift.

vertonen met interventies inzake recidivevermindering. Vervolgonderzoek naar welk effect leefstijlinterventies generen op verbetering van psychische en lichamelijke gezondheid en de relatie met de kans op recidive is dan ook van belang.

### *Trefwoorden*

leefstijl, forensische psychiatrie, sociotherapie, klinische zorg, kwalitatief onderzoek

---

## **Abstract**

### *Background*

Patients in clinical forensic psychiatry have an increased risk of developing physical health problems due to unhealthy diets, insufficient physical activity, smoking, and poor sleep hygiene. These lifestyle-related risk behaviours frequently co-occur and are associated with psychopathology. Despite indications that lifestyle interventions may contribute to reduced recidivism, lifestyle is rarely integrated into forensic treatment.

### *Aims*

This study aimed to explore the perspectives of forensic social therapists and patients regarding lifestyle and lifestyle interventions, in order to identify facilitating and hindering factors for promoting a healthy lifestyle within clinical forensic psychiatry.

### *Method*

An exploratory qualitative study was conducted using a grounded theory approach. Semi-structured interviews were held with eight forensic social therapists and eight patients in a forensic psychiatric clinic in the Netherlands.

### *Results*

Both groups acknowledged the potential benefits of a healthy lifestyle for mental health. Role modelling by forensic social therapists was considered important. Attention to lifestyle raised questions concerning patient autonomy within a compulsory treatment context. Lifestyle interventions were perceived as isolated components rather than as an integral part of treatment. Additionally, participants reported a lack of support at multiple levels.

### *Conclusions*

The reluctance of forensic social therapists to actively address unhealthy lifestyle behaviours, combined with resistance among patients, limits the use of lifestyle as a means to improve mental and physical health. Framing unhealthy lifestyle as problematic behaviour, strengthening education and skills, and integrating lifestyle interventions into treatment programmes may help overcome this impasse. This requires a clear organisational vision and guiding policy, recognising that maintaining a healthy lifestyle shares key similarities with reducing the risk of recidivism.

### *Keywords:*

lifestyle, forensic psychiatry, clinical setting, qualitative research

---

## Inleiding

Personen met (ernstige) psychiatrische problematiek hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van lichamelijke aandoeningen en maken minder adequaat gebruik van de gezondheidszorg, wat samenhangt met een lagere levensverwachting dan in de algemene bevolking (Firth et al., 2019; Momen et al., 2022). In vergelijking met de algemene bevolking eten zij ongezonder, bewegen zij minder, roken zij vaker en is hun slaappatroon verstoord (Teasdale et al., 2017; Stubbs et al., 2018; Vermeulen et al., 2018; Lancel et al., 2020). Deze leefstijlfactoren treden vaak gelijktijdig op en vormen belangrijke risicofactoren voor psychopathologie. Daarnaast kunnen zij psychische klachten onderhouden of versterken (Gardner et al., 2022).

Binnen de leefstijlpsychiatrie wordt risicogedrag met betrekking tot leefstijl beschouwd als een relevant aangrijpingspunt binnen de behandeling. Aandacht voor leefstijl heeft niet alleen een positief effect op lichamelijk welbevinden, maar draagt ook bij aan vermindering van psychische klachten (Firth et al., 2020). Deenik et al. (2018) onderzochten de effectiviteit van een multidisciplinaire leefstijlinterventie in een klinische psychiatrische setting, waarbij het gehele behandelteam betrokken was. Zij vonden verbeteringen in fysieke activiteit, cardiometabole risicofactoren, psychosociaal functioneren en medicatiegebruik. Deze bevindingen onderstrepen de meerwaarde van een geïntegreerde leefstijlbenadering binnen de psychiatrische zorg.

In de forensische zorg worden personen met psychiatrische problematiek behandeld die in aanraking kwamen met justitie en waarbij de kans op recidive hoog is (Rijksoverheid, Z.D.). De behandeling is primair gericht op het verkleinen van de delictrisicofactoren. Dit kan een spanningsveld opleveren ten aanzien van problematiek die niet specifiek delictgerelateerd is (Bulten & Groeneweg, 2013). In de klinische forensische psychiatrie wordt tevens een verhoogd risico op het ontwikkelen van fysieke gezondheidsproblemen gevonden (Deenik et al., 2020; Pedersen et al., 2020). De rol van voeding op het psychisch functioneren wordt onvoldoende erkend door behandelaren en krijgt hierdoor te weinig aandacht in de behandeling (Firth et al., 2019; Oenema et al., 2020; Teasdale et al., 2019). Er wordt (te) weinig bewogen, mede vanwege de structuur van de intramurale afdelingen. Stiekema et al. (2018) spreken in dit kader van een obesogene omgeving die leidt tot sedentair gedrag. Door het medicatiegebruik kunnen metabole bijwerkingen ontstaan en roken is onder patiënten onderdeel van de cultuur in de kliniek (Landin et al., 2022; Schroeder, 2016). Tot slot lijkt de invloed van slaap, bijvoorbeeld als transdiagnostische factor, evenzeer onderbelicht in de klinische zorg (Lancel et al., 2022).

Bewustwording van een ongezonde leefstijl en de gevolgen ervan kan de noodzaak tot veranderen stimuleren (Renes et al., 2018). Appelo (2014) stelt echter dat gedragsverandering niet vanzelf optreedt. Er dient een besef van urgentie aanwezig te zijn en sprake van interne attributie. Daarnaast is de beschikbaarheid van een alternatief voor de ongewenste gewoonte van belang. Evenals de bereidheid om de nadelen van de gedragsverandering, op de korte termijn, te doorstaan. De sociale omgeving speelt hierin een cruciale rol. Niet alleen kan het gewenste steun genereren, ook kan het leiden tot terugval in oude gedragingen.

Klinische behandeling in de forensische psychiatrie biedt echter bij uitstek de gelegenheid om patiënten ervaring op te laten doen met een gezonde(re) leefstijl, gezien de veelal langere duur van de behandeling. Het is tevens van belang vanwege het verband tussen een gezonde leefstijl en de vermindering van de kans op het plegen van delicten (Skinner & Farrington, 2021).

Binnen gesloten klinische settings roept het bevorderen van gezonde leefstijl vragen op over autonomie en paternalisme. Het aanpassen van de omgeving of het stimuleren van gezond gedrag kan worden ervaren als een inperking van keuzevrijheid (Leonard, 2008; Thaler & Sunstein, 2008). Daarnaast ervaren behandelaren belemmeringen om leefstijl bespreekbaar te maken, bijvoorbeeld vanwege gebrek aan kennis, affiniteit of eigen voorbeeldgedrag (Deenik, 2022; Way et al., 2018). In de forensische context kan bovendien de nadruk op delictpreventie een rol spelen, doordat gezondheid niet primair als behandeldoel wordt gezien (Bulten & Groeneweg, 2013).

Aandacht voor leefstijl is voornamelijk geen vanzelfsprekend onderdeel van forensische behandelprogramma's. Inzicht in factoren die bevorderend of belemmerend zijn voor het integreren van leefstijl in de behandeling is daarom van belang (Eurelings-Bontekoe et al., 2022). Binnen de klinische zorg vormen sociotherapeuten en patiënten gezamenlijk het leefklimaat op de afdeling (Van der Helm, 2013). Door beide perspectieven te onderzoeken ontstaat een genuanceerd beeld van de voorwaarden voor het invoeren en uitvoeren van leefstijlinterventies in de forensische kliniek (Czosnek et al., 2019; Deenik et al., 2020; Firth et al., 2019).

Het doel van dit onderzoek is inzicht te verkrijgen in de ideeën, gedachten en opvattingen van sociotherapeuten en patiënten over leefstijl en leefstijlinterventies binnen de klinische forensische psychiatrie. Door deze perspectieven te inventariseren kan een beter begrip ontstaan van bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot het bevorderen van een gezonde leefstijl in deze context.

## **Methode**

Dit onderzoek betrof een exploratief kwalitatief onderzoek volgens de grounded theory-benadering (Glaser & Strauss, 1967), uitgevoerd binnen een klinische forensisch-psychiatrische setting in de provincie Drenthe. Het onderzoek werd als niet-WMO-plichtig beoordeeld (METc UMCG #2024/086).

### *Deelnemers*

Participanten betroffen zowel sociotherapeuten als patiënten. Inclusiecriteria voor sociotherapeuten waren een vast dienstverband en structurele verbondenheid aan de afdeling. Patiënten dienden minimaal drie maanden opgenomen te zijn. Exclusiecriteria voor patiënten waren onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal, een actueel psychotisch toestandsbeeld of het ontbreken van toestemming van de regiebehandelaar, bijvoorbeeld vanwege een behandelingspauze.

Alle participanten werden geworven in de Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) te Assen. Om een kliniekbreed beeld te verkrijgen, werden op vier van de zes afdelingen telkens twee sociotherapeuten en twee patiënten geworven. De crisisafdeling (FHIC) en een recent geopende afdeling werden uitgesloten vanwege onvoldoende lange verblijfsduur in de FPK.

De sociotherapeuten werden via de teammanagers op de hoogte gesteld van het onderzoek, nadat zij informatie over het onderzoek per mail hadden gekregen. Onderling bespraken ze wie eraan deel zou nemen. Patiënten werden door sociotherapeuten van hun afdeling benaderd. Voorafgaande aan het interview werd men voorgelicht over het doel en de aard van het onderzoek en tekenden de deelnemers een *informed consent* formulier. Na 16 interviews werd datasaturatie bereikt.

De onderzoeksgroep bestond uit acht sociotherapeuten en acht patiënten (zie Tabel 1). De sociotherapeuten hadden een gemiddelde leeftijd van 47 jaar (range 31–62) en werkten gemiddeld 7,5 jaar in de forensische kliniek. Vijf sociotherapeuten waren vrouw en drie man. De patiënten hadden een gemiddelde leeftijd van 32 jaar (range 21–51) en verbleven gemiddeld 6,5 maanden in de kliniek. Alle patiënten waren man.

**Tabel 1:**  
Overzicht participanten (n=16)

Participanten	Leeftijd (jaren)	Geslacht	Duur werkervaring/ opname
Sociotherapeut			jaren werkervaring FPK
S1	30-34	M	0-4
S2	30-34	V	5-9
S3	35-39	V	5-9
S4	35-39	M	10-14
S5	35-39	V	0-4
S6	55-59	V	10-14
S7	55-59	V	5-9
S8	60-64	M	10-14
Patiënt			maanden opgenomen in FPK
P1	20-24	M	15-19
P2	20-24	M	0-4
P3	30-34	M	0-4
P4	25-29	M	5-9
P5	30-34	M	0-4
P6	30-34	M	10-14
P7	40-44	M	5-9
P8	50-54	M	0-4

### *Dataverzameling*

De dataverzameling vond plaats middels semigestructureerde interviews, waarbij gebruik werd gemaakt van een interviewleidraad gebaseerd op literatuuronderzoek. Door de semigestructureerde vorm van de interviews bestond tevens de mogelijkheid om indien nodig of relevant, aanvullende en verdiepende vragen te stellen. Er werd gebruikgemaakt van grotendeels identieke interviewleidraden voor sociotherapeuten en patiënten, zodat vergelijking tussen perspectieven mogelijk was. De interviews werden afgenomen door JB (GZ-psycholoog in opleiding tot specialist, die eerder werkzaam was geweest in de kliniek). De interviewer had geen behandelrelatie met de geïnterviewde patiënten. De interviews duurden gemiddeld 40 minuten en werden op audio opgenomen. De dataverzameling verliep iteratief, waarbij inzichten uit eerdere interviews werden meegenomen in volgende interviews.

### *Data-analyse*

De interviews werden getranscribeerd en geanalyseerd volgens de principes van open, axiaal en selectief coderen. De analyse werd uitgevoerd met behulp van ATLAS.ti (versie 24). Reflectie op het materiaal vond plaats door middel van samenvattingen en supervisiebesprekingen met MA (senior onderzoeker met expertise op gebied van kwalitatief onderzoek) en GB (senior onderzoeker Forensisch Psychiatrische Kliniek GGZ Drenthe). Inzichten uit deze reflectie werden gebruikt bij verdere dataverzameling en analyse (Charmaz, 2006). Op basis van de analyse werden verbanden tussen thema's geïdentificeerd en getoetst aan bestaande literatuur. Er werd tevens gebruik gemaakt van peer debriefing waarbij de analyses werden voorgelegd en feedback werd verwerkt. Deze werkwijze is conform de grounded theory-benadering (Boeije & Bleijenbergh, 2023; Glaser & Strauss, 1967).

## **Resultaten**

De resultaten worden beschreven aan de hand van de thema's die uit de interviews naar voren kwamen. Er werden vijf thema's gevonden: bewustzijn van het belang van een gezonde leefstijl; *practice what you preach*; de worsteling met autonomie; leefstijl als losstaand thema; en behoefte aan ondersteuning.

### *Bewustzijn van het belang van een gezonde leefstijl*

Uit het onderzoek kwam naar voren dat sociotherapeuten onder leefstijl verstonen dat ze aandacht schonken aan gezonde voeding, voldoende beweging, beperkte alcoholinname en genoeg slaap. Sociotherapeuten erkenden de relatie tussen psychische klachten en leefstijl. Allen noemden spontaan een voorbeeld uit hun eigen leven waarin ze hadden ervaren dat wanneer ze hun leefstijl in acht namen dit een effect had op de ontwikkeling van psychische klachten, bijvoorbeeld rond zelfwaardering. *'Maar eerst was ik zelf ook veel steviger en toen was ik ook, nou ja, onzeker over mijn lijf. Ik at toen ook heel erg ongezond en toen dacht ik: 'Ja, dat maakt ook dat ik, nou ja, negatiever was over mezelf natuurlijk.'* (S2) Een aantal sociotherapeuten noemde nog een vijfde leefstijlfactor, namelijk het belang van voldoende ontspanning: *'Ik denk wel dat je op verschillende manieren toch stress kan ervaren. En als je dan toch niet goed met rust en ritme en voor jezelf zorgt, dan kan het toch er wel snel voor zorgen dat je uit balans bent.'* (S7)

Waar sociotherapeuten er blijk van gaven in hun privéleven alert te zijn op de leefstijlfactoren, was dit tijdens de uitvoering van hun werk anders, aldus diverse participanten. Ze kaartten het incidenteel aan bij patiënten, met name wanneer zij te veel en te vet aten, om hen ervan bewust te maken dat gezondere voeding beter zou zijn. Of opperden soms om een ommetje te maken op de patio van de kliniek. Verder was het geen onderwerp waar ze zich direct actief in de zorg voor de patiënten mee bezighielden. De door de sociotherapeuten ervaren voordelen met betrekking tot de eigen gezonde leefstijl waren desalniettemin voor de meesten stimulerend om toch geregeld aandacht aan leefstijl te schenken. Er werd bijvoorbeeld tijdens de maaltijden geadviseerd dat het beter zou zijn minder beleg op het brood te smeren of om meer te bewegen.

De patiënten gaven met name voorbeelden waarin ze zich bewust waren van de ongezonde leefstijl in relatie tot de periode rond het delict. Ze vertelden onder meer over het ontbreken van een dag- en nachtritme. Hierbij lieten ze ook blijken te beseffen welke rol middelengebruik kon hebben op hun psychische gesteldheid. *'Ik ging meer roken, ging meer blowen. Ik ging Red Bull drinken. Ik ging minder sporten. Op een gegeven moment sliep ik heel slecht en toen heb ik uiteindelijk drie dagen niet geslapen en dus bijna niet gegeten en wel geblowd en toen ben ik dus in een psychose beland. En ja, toen is het allemaal gebeurd.'* (P2)

Tevens gaf een deel van de patiënten aan er nu te kiezen voor wat ze prettig vonden, ook als dat niet per se gezond was. Na het ontslag uit de kliniek wilde men eventueel wel met de gezonde leefstijl aan de slag. Uit de interviews kwam naar voren dat het voor hen geen thema was om zich in de kliniek mee bezig te houden. P3 verwoordde bijvoorbeeld zijn ervaring met betrekking tot het roken. *'Maar voor mij is het wel iets waar je je nog aan vast kan houden, omdat dat niet per se slecht is, roken. Wel voor je gezondheid, maar niet voor je mentale gezondheid, of dat je in geldnood komt of zo. Dat vind ik wel het enige van mijn oude leven, eigenlijk nog wat ik wel kan vertrouwen en vasthouden. Plus als je boos bent en je gaat even roken of gezellig even roken. Het brengt toch mensen bij elkaar een beetje.'* (P3)

### Practice what you preach

Voor sociotherapeuten lag de lat hoog vanwege het principe van 'practice what you preach'. Een aantal vertelde over hun onzekerheid betreffende de eigen leefstijl. Ze bedoelden dan dat zij zich ook niet altijd 'gezonder gedroegen'. Sociotherapeuten benoemden dat, alhoewel zij zich inspanden voor een gezonde leefstijl, er diverse momenten waren dat ze de teugels lieten varen. Mede hierdoor kwamen initiatieven om de leefstijl op de afdeling te verbeteren nauwelijks van de grond.

Er was namelijk altijd wel een collega die aangaf dat er thuis ook frisdrank werd gedronken, chips gegeten of een koekje bij de thee geserveerd. Het leidde geregeld tot het weer terugdraaien van ingestelde veranderingen op de afdeling. S3 vertelde dat het koffiemoment bijvoorbeeld was vervangen door thee, maar hier een einde aan kwam toen collega's aangaven thuis zelf 's avonds ook koffie te drinken. *'Dat is soms heel lastig, maar we hebben het nu niet meer verplicht gedaan, omdat je toch altijd*

wel. Ja, ook met collega's dan wel discussie daarover hebt. Van ja, maar ja, ik drink thuis ook wel een kop koffie na het eten ofzo.' (S3)

Diverse sociotherapeuten gaven aan het mede ingewikkeld te vinden om over leefstijl te spreken met collega's die overgewicht hebben, omdat zij zich hier (zichtbaar) minder mee bezig leek te houden. *'En dan de andere kant van de zaak is van: hoe ga je, hoe ga je dat gesprek over gezonde leefstijl als behandelaar nu met een patiënt voeren, als je zelf van jezelf weet dat je op alle mogelijke vlakken van de leefstijl faalt.'* (S8) Dit lijkt overeen te stemmen met hoe sommige patiënten de sociotherapeuten beoordeelden. In meerdere interviews kwam aan de orde dat patiënten zich gevoelig toonden voor de voorbeeldfunctie van de sociotherapeuten. *'Die sociotherapeut die zei dus op een gegeven moment van: 'Ja, jij moet minder eten, want je wordt zo dik'. En toen dacht ik: 'Nou, ik weet niet of jij daar persé iets van zou moeten zeggen, want die was zelf ook niet de dunste, zeg maar.'* (P2)

#### *De worsteling met autonomie*

Een ander thema betrof het justitiële kader van de patiënten. Patiënten verbleven doorgaans niet op basis van een intrinsieke motivatie in de kliniek. Primair is het doel van de behandeling om de kans op recidive te verminderen. In de interviews werd blijk gegeven van het besef dat door het gedwongen verblijf en vaak ook het gebrek aan perspectief er iets werd ontnomen aan patiënten wanneer leefstijlverbetering zou worden opgelegd.

Aandacht voor gezonde leefstijl kon namelijk inhouden dat patiënten niet de vrije keus hadden in wat ze aten of in welke mate ze dienden te bewegen, volgens diverse sociotherapeuten. Ze gaven aan oog te hebben voor mogelijke inbreuk op de autonomie van patiënten. Tevens vertelde men moeite te hebben met het 'afpakken' van het weinige waar de patiënten nog plezier of ontspanning aan konden beleven. *'Ik heb wel het gevoel. Dat weet ik eigenlijk wel zeker, dat bij een deel van de patiënten, ten aanzien van de ongezonde levensstijl, het ook wel een beetje hetgeen nog is waar ze nog wel invloed op hebben en wel vrij in zijn. Zoals het roken en de ongezonde dingen eten.'* (S1) en *'Dat ligt er vooral in dat in dat ik het lastig vind om mensen echt op te leggen dat ze gezond moeten leven, terwijl ehm, ja dat het ook is van, ze kennen het vaak niet. Als je dan ineens zegt van, 'Nou, je bent nu hier, dus...'. Je moet hier al zijn en dat is al lastig. En dan mag je niet meer roken, je moet bewegen...je mag niet meer snoepen, je mag niks meer. Ja, dat vind ik heel lastig'* (S3)

Patiënten vertelden met name autonomie te ervaren in het zelf kunnen kiezen van wat, wanneer en hoeveel ze aten. In de interviews kwam tevens naar voren dat het winkeltje op het terrein 'de Parlevinker' hen de mogelijkheid bood om over eigen voeding te beschikken buiten de reguliere eetmomenten om. Enerzijds bracht het autonomie om zelf voeding aan te schaffen, anderzijds werd autonomie beperkt vanwege het beperkte aanbod in het winkeltje.

P3 bijvoorbeeld voelde zich beperkt in zijn mogelijkheden voor een gezondere voedingskeuze door het aanbod. *'Nu is het alleen maar chips en koekjes en drinken, en dat is het. Je moet eigenlijk je eigen beleg kunnen kiezen of je eigen, dat je iets meer*

*op jezelf kan bouwen...Want als je in de avond honger hebt, dan kun je aanbellen wat je wil. Niemand gaat je eten brengen en dan moet je of koekjes of chips gaan eten. Maar je zou ook gewoon een boterham met beleg of iets redelijk gezonds kunnen maken.’ (P3)*

Patiënten gaven eveneens aan dat in hoeverre zij zich met leefstijl wilden bezighouden aan henzelf was. Hierbij hielden ze het doel van de behandeling, vermindering recidive, voor ogen. *‘Als je dat inziet, dat je het één op één kunt kopiëren naar je delict en zit daar een stukje drank bij. Ja, dan moet dat ook meegenomen worden. Dus die leefstijl snap ik wel. Maar moet ik per se slanker zijn om het delict niet te plegen? Nou, dat denk ik niet.’ (P8)*

Sociotherapeuten vertelden dat ook zij zich bedreigd konden voelen in hun autonomie om te kunnen ingrijpen wanneer patiënten in hun ogen te ongezond aten of te veel rookten. Op het gebied van grensoverschrijdend agressief gedrag was regelgeving voorhanden. Ten aanzien van ander ongewenst gedrag lag dit moeilijker. Patiënten beriepen zich al snel op hun rechten, aldus een aantal sociotherapeuten. Hierdoor voelden sociotherapeuten zich beperkt in hun handelen. Ze gaven bijvoorbeeld aan moeite te hebben met het ‘bestelgedrag’ van patiënten. Het staat patiënten (deels) vrij om ’s avonds eten te bestellen bij eetgelegenheden in de stad. Een aantal sociotherapeuten zou hier graag een halt toe roepen vanwege de ongezone voeding. Patiënten waren echter goed op de hoogte van het beleid en voelden zich derhalve niet gehinderd om shoarmaschotels of andere snacks in te voeren. *‘Ja, want volgens mij, als je nu zou zeggen van: ‘Het mag gewoon niet meer’ en iemand doet het wel. Nou, het zou het niet de eerste keer zijn dat ze naar de pvp’er (patiëntvertrouwenspersoon) stappen en een klacht in gaan dienen. Ja, dan heb je volgens mij geen poot om op te staan.’ (S1)*

Een ander aspect rond autonomie kwam aan de orde bij de leefstijlfactor roken. Het ging hierbij namelijk niet alleen om de gevolgen van het roken voor de patiënten, maar tevens om de gevolgen van de rookcultuur binnen de kliniek voor de sociotherapeuten. Het merendeel van de sociotherapeuten had moeite met de rooklucht in de kamers van patiënten of de separeer cel. Ze vonden het niet prettig om zelf naar rook te ruiken. Afgevraagd werd in hoeverre het ‘meeroken’ in strijd was met het recht op een rookvrije werkplek.

Tevens vertelden sociotherapeuten te vrezen voor een toename van onrust, handel en stiekem gerook bij het invoeren van een rookverbod op de afdeling. Dit zou een nadelige invloed kunnen hebben op hun werkzaamheden of relatie met de patiënten. *‘Maar ik vind het ook, heel eerlijk gezegd dat ik gewoon recht heb op een rookvrije ruimte, werkplekken. Die heb ik gewoon niet, want met die kamers open komt gewoon de rook eruit en we moeten kamercontroles doen, ook met dik in de rook.... GGZ weer helemaal rookvrij in een gesloten setting vind ik wel ingewikkeld. Want dan krijg je volgens mij heel veel illegale handel, Maar ik gun iedereen een rookvrij leven dat wel.’ (S6)*

*Leefstijl als losstaand thema*

Het bevorderen van de gezonde leefstijl werd door de sociotherapeuten ervaren als een extra taak, aangezien het geen onderdeel was van de behandeling. Het kwam bovenop alle taken die er al waren in een context van personele onderbezetting. Daarnaast waren er in het verleden diverse initiatieven die enthousiast startten, maar strandden op wijzigingen in het team of onvoldoende draagvlak vanuit de kliniek. Het merendeel van de sociotherapeuten vertelde het erg druk te hebben met de reguliere taken. Ze gaven aan dat de bezetting sterk wisselde waardoor ze ook geregeld met collega's werkten die niet bekend waren op de afdeling. Hier ging al hun energie dan naar uit. Ook waren er geregeld incidenten of zaken die op dat moment hun aandacht verlangden. Ze kwamen er dan niet aan toe om met de patiënten motiverende gesprekken te voeren om hun leefstijl te verbeteren. In dit kader was het gebrek aan aandacht voor de leefstijlfactor slaap bij de sociotherapeuten exemplarisch. Het merendeel van de patiënten gaf te kennen dat ze slecht sliepen. Ze vonden het vervelend dat hier weinig aandacht aan geschonken werd. De kwaliteit van slaap hing volgens hen vooral samen met de slechte matrassen en onprettige hoofdkussens. *'Matrassen zijn wel mijn punt, want ik heb niet een best matras en het bed zakte ook door, dus ik had echt last mijn rug. Nou zijn we dan gewend om een plank op het bed te leggen... Maar ik denk dat het wel verbeterpunt is, de kwaliteit van het matras.'* (P1) Sociotherapeuten waren zich ervan bewust dat slaap een belangrijke rol speelt bij het psychisch functioneren, maar gaven er verder geen gevolg aan in de praktijk. *'Ja, ik heb de cursus slaaphygiëne gedaan in het begin, maar dat is ook een beetje verwaterd.'* (S7)

De reacties van de sociotherapeuten en patiënten met betrekking tot het onderwerp leefstijl kwamen overeen in de zin dat leefstijl als apart onderdeel werd beschouwd in plaats van een integraal deel van de behandeling. *'Ik denk dat er onvoldoende aandacht is voor leefstijl in de behandeling. Ja, dat we heel veel bezig zijn, met dingen die direct verband houden met de delictpreventieve factoren. Maar, ik vind, dat leefstijl daar niet echt een groot deel van uitmaakt. Dat nou ja, over het algemeen ook weinig terugkomt weinig in de delictpreventieve signaleringsplannen.'* (S1)

S8 was de enige participant die aangaf dat aandacht voor gezonde leefstijl een breder doel kon dienen. *'Het is een relatief eenvoudige manier om, met succeservaringen, jezelf goed te voelen. Dus dat is eigenlijk ontzettend nodig om al die grote problemen die je hier hebt, dat je een soort basisgevoel hebt van ik ben het waard om dit te doen of aan te gaan of aan te pakken.'* (S8)

*Behoeftte aan ondersteuning*

Uit de interviews met de sociotherapeuten kwam naar voren dat ze er tegenaan liepen dat aandacht voor leefstijl vaak individueel werd vormgegeven. Eenieder had opvattingen over leefstijl, maar het was geen onderwerp van gesprek. Tevens werd geen consensus ervaren op de afdeling over het te voeren leefstijlbeleid. Daarnaast gaven de sociotherapeuten aan draagvlak te missen vanuit het (multidisciplinaire) team. Aandacht voor leefstijl werd als een apart onderwerp beschouwd en belegd bij de sociotherapie en eventueel bij de medische dienst. *'Maar als ik kijk naar onze afdeling en de behandelaren en sociotherapie.... Ja, ik merk bijvoorbeeld, ik zie ook wel eens dat bij in de delictrisicofactoren en dergelijke*

*die door de hoofdbehandelaar worden opgesteld, eigenlijk ook nooit leefstijlfactoren voorkomen. Nee.'* (S1). Ook misten zij een visie die werd uitgedragen door de kliniek, zodat ze over kaders en richting beschikten. *'Ik vind dat wij daar weinig in gefaciliteerd worden of weinig in begeleid worden ... of dat het thematisch wordt aangepakt.'* (S8).

Patiënten leken kennis te ontberen over wat een gezonde leefstijl inhoudt en welke positieve effecten het voor hen zou kunnen opleveren. Enkele van hen gaven aan behoefte te hebben aan meer kennis en zouden graag willen dat dit in de kliniek werd aangeboden. Hier hadden ze ook ideeën over. *'Een motivatie vanuit jezelf helpt heel veel. Maar ik denk ook dat het heel veel helpt als mensen er veel mee geconfronteerd worden, in die zin dat er overal dat wat meer posters mogen hangen van wat gezond eten met je doet en ja en dus ook wat slecht eten met je kan doen. Op de gevolgen, de nadelen en de voordelen. Dus ik denk vooral dat mensen ook meer bewust moeten worden gemaakt van oké, wat voor effect heeft het nou allemaal, want iedereen weet dat ongezond eten slecht voor je is. Maar ja, wat is dan precies het slechte gedeelte voor je?'* (P2)

Uit de interviews met de patiënten kwam tevens de behoefte aan eenduidigheid en ondersteuning naar voren. Ze gaven aan het lastig te vinden dat bijvoorbeeld bij de ene sociotherapeut het wel toegestaan was om dubbel te beleggen en de ander 'er moeilijk over deed'. Verder gaven meerdere patiënten aan dat ze behoefte hadden aan begrenzing en actieve steun bij het volhouden van gezonde gedragingen. *'En, maar het enige wat wel zou kunnen helpen, is dat het personeel wel dingen mag bepalen... Dat er wel wat meer overleg is, maar dat we ook wat meer beperkingen opgelegd kunnen krijgen en dat bedoel ik niet negatief, maar meer van helpende beperkingen.'* (P1) en *'Ik denk gewoon dat er een soort standaard in komt, maar natuurlijk moet iedereen het willen, anders gaat niemand iets doen, maar ik denk dat als mensen willen, dat die ook een bepaald programma kunnen volgen, of zo zoiets.'* (P3)

Tot slot kwam naar voren dat zowel sociotherapeuten als patiënten nadachten over eventuele mogelijkheden om de belangstelling voor leefstijl actief te houden. In beide groepen was een participant die het idee opperde om een aandachtfunctionaris aan te stellen. *'Dan zou zo een juffrouw als u, die daar gewoon bovenop zit, op leefstijl, en uitzoekt van: 'Is dat gerelateerd, hoe gaan we dat doen? Hoe zit het in mekaar?'. En daar terugkoppeling van geven en inzicht geven bij de patiënten.'* (P8)

## Discussie

Het doel van dit onderzoek was inzicht te krijgen in de opvattingen van sociotherapeuten en patiënten over leefstijl(interventies) binnen de klinische forensische psychiatrie. Uit deze studie komt een beeld naar voren waarin leefstijl als relevant wordt erkend, maar in de dagelijkse praktijk slechts beperkt wordt benut als onderdeel van de behandeling. Sociotherapeuten zijn zich bewust van het belang van een gezonde leefstijl voor het psychisch functioneren. Patiënten houden zich hier minder actief mee bezig en plaatsen leefstijl veelal naast, in plaats van binnen het kader van de delictpreventieve behandeling. Deze bevinding sluit aan bij eerder

onderzoek waarin wordt beschreven dat leefstijl in forensische settingen vaak een ondergeschikte positie inneemt (Deenik et al., 2020).

Een centraal thema in dit onderzoek betreft de voorbeeldfunctie van sociotherapeuten. Hoewel zij de meerwaarde van een gezonde leefstijl onderkennen, leidt onzekerheid over het eigen leefstijlgedrag tot terughoudendheid in het stimuleren daarvan bij patiënten. Dit sluit aan bij bevindingen van Van der Voort et al. (2022), die een discrepantie beschrijven tussen professionele overtuigingen en feitelijk handelen. Sociotherapeuten lijken hun invloed als rolmodel te onderschatten, mede doordat zij focussen op momenten waarop zij zelf ongezond gedrag vertonen. Eerder onderzoek wijst echter uit dat rolmodellen juist door hun herkenbaarheid van betekenis kunnen zijn (De Gee et al., 2015).

#### *Tekortschieten*

Bij zowel sociotherapeuten als patiënten is sprake van ervaren tekortschieten. Sociotherapeuten herkennen het belang van leefstijl, maar voelen zich beperkt in hun vermogen om hier actief mee aan de slag te gaan. Dit tekortschieten wordt mede ingegeven door onzekerheid over kennis, vaardigheden en voorbeeldgedrag. Patiënten ervaren tekortschieten in hun vermogen om leefstijlveranderingen door te voeren. Zij beschikken vaak over beperkte kennis, ervaren weinig urgentie en hebben onvoldoende vertrouwen in hun eigen kunnen (Appelo, 2014; Bandura, 1982). Vanuit het transtheoretisch model bevinden zij zich veelal in de fases van ontkenning of overweging (Prochaska & DiClemente, 1982). Psychiatrische kenmerken, zoals beperkte zelfsturing of een focus op directe behoeftebevrediging, kunnen deze situatie versterken (Yarborough et al., 2015).

Ook bij de leefstijlfactor slaap is sprake van tekortschieten. Hoewel bekend is dat een aanzienlijk deel van de forensische patiënten slaapproblemen ervaart (Mijnster et al., 2022) en dat slaapkwaliteit samenhangt met agressief gedrag (Van Veen et al., 2020), blijft structurele aandacht voor slaap en slaaphygiëne in de klinische praktijk beperkt. Patiënten richten zich daarbij vooral op externe factoren, zoals de kwaliteit van matrassen, terwijl sociotherapeuten onvoldoende toekomen aan begeleiding op dit vlak.

#### *Pick your battles*

Een tweede overeenkomst betreft het selectief inzetten van aandacht en energie, oftewel *pick your battles*. De hoge werkdruk en voortdurende focus op risicotaxatie maken dat sociotherapeuten leefstijl niet prioriteren. Leefstijl wordt ervaren als een extra, losstaande taak waarvoor weinig tijd is. Tegelijkertijd zijn sociotherapeuten zich bewust van de kwetsbare autonomiepositie van patiënten binnen een gedwongen kader. Het verder beperken van keuzes rondom eten, roken of bewegen wordt geveesd als belastend voor de therapeutische relatie. Deze spanning tussen autonomie en sturing is kenmerkend voor de forensische context (Schaftenaar & De Ruiter, 2023).

Patiënten richten zich primair op het voldoen aan de delictpreventieve doelen van de behandeling. Binnen de beperkte speelruimte die zij ervaren, vormt leefstijl een domein waarin zij nog autonomie kunnen uitoefenen. De mogelijkheid om

ongezonde voeding of rookwaren aan te schaffen biedt houvast, maar ondermijnt tegelijkertijd pogingen tot leefstijlverbetering. Dit leidt bij sociotherapeuten tot gevoelens van machteloosheid en het beeld van ‘dweilen met de kraan open’.

#### *Gebrek aan ondersteuning*

De derde overeenkomst betreft het ervaren gebrek aan ondersteuning. Sociotherapeuten missen een gedeelde visie, duidelijke kaders en multidisciplinaire betrokkenheid bij leefstijl. Vergelijkbare knelpunten zijn beschreven in eerdere onderzoeken binnen klinische settings (Deenik et al., 2020; Kroeze et al., 2024). Patiënten tonen zich geïnteresseerd in een gezonde leefstijl, maar missen intrinsieke motivatie om zelf het initiatief te nemen. Zij geven aan behoefte te hebben aan duidelijke en consistente begeleiding. Het ontbreken van eenduidigheid tussen sociotherapeuten werkt hierbij demotiverend. Deze bevindingen sluiten aan bij eerder onderzoek, waarin het belang van actieve ondersteuning door behandelaren wordt benadrukt (Robson et al., 2012; Yarborough et al., 2018).

Het creëren van een ondersteunende omgeving is een belangrijke voorwaarde voor leefstijlverandering. Een benadering die hierbij kan aansluiten is *nudging*, waarbij de omgeving zodanig wordt ingericht dat gezond gedrag wordt gefaciliteerd zonder keuzevrijheid te beperken (Thaler & Sunstein, 2009). Voorbeelden zijn het aanbieden van gezonde voeding, het structureel opnemen van beweging in het behandelprogramma en aandacht voor slaaphygiëne. In overleg met patiënten kunnen passende *nudgingstrategieën* worden ingezet (Boen, 2020).

### **Aanbevelingen**

Op basis van de resultaten worden vier aanbevelingen geformuleerd voor de klinische praktijk. Ten eerste wordt aanbevolen om ongezonde leefstijl te beschouwen als probleemgedrag. Dit is relevant vanwege de negatieve gevolgen voor zowel lichamelijke en psychische gezondheid als voor de kans op recidive.

Ten tweede verdient het aanbeveling om leefstijl niet geïsoleerd te benaderen, maar te verbinden aan bestaande behandelcomponenten. Voorlichting en vaardigheidstrainingen, zoals emotieregulatie, stressreductie en het vergroten van veerkracht, kunnen hierbij worden ingezet. Deze vaardigheden zijn tevens van belang binnen delictpreventieve interventies.

Ten derde is integratie van leefstijlactiviteiten in het totale behandelaanbod noodzakelijk. Dit betreft niet alleen individuele interventies, maar ook de inrichting van de klinische omgeving, waaronder het voedingsaanbod op het terrein. Een duidelijke visie en richtinggevend beleid is hierbij essentieel.

Tot slot hebben zowel sociotherapeuten als patiënten behoefte aan concrete ondersteuning op de afdeling. Het aanstellen van leefstijlcoaches of aandachtfunctionarissen kan bijdragen aan continuïteit, afstemming en borging van leefstijlinitiatieven. Leefstijlverandering vraagt om kleine, haalbare stappen, monitoring en volharding, en dient niet te worden ervaren als een extra taak, maar als een onderliggend onderdeel van het dagelijks handelen.

Vervolgonderzoek zou zich derhalve kunnen richten op hoe leefstijlinterventies duurzaam kunnen worden ingebed binnen de forensische psychiatrie. Daarbij kan worden gekeken naar combinaties van leefstijlinterventies en monitoring van psychische en lichamelijke uitkomsten, evenals naar de relatie tussen leefstijlverandering en recidivevermindering. Een aanvullende invalshoek is onderzoek naar de overlap tussen interventies gericht op leefstijlverandering en interventies gericht op delictpreventie.

### Conclusie

Aandacht voor gezonde leefstijl binnen de klinische forensische psychiatrie is onsamenhangend en versnipperd. De relatie tussen leefstijl en de noodzakelijke gedragsverandering ten behoeve van recidivevermindering wordt daarbij onvoldoende herkend. Zowel sociotherapeuten als patiënten ervaren weinig urgentie en lijdensdruk met betrekking tot de psychische en lichamelijke gevolgen van een ongezonde leefstijl. Er zijn nauwelijks passende alternatieven beschikbaar en de klinische omgeving biedt onvoldoende gelegenheid om automatisch ongezond gedrag te doorbreken. Daarnaast ervaren zowel sociotherapeuten als patiënten voordelen bij het in stand houden van ongezonde leefstijlgewoonten, bijvoorbeeld doordat deze bijdragen aan het voorkomen van onrust binnen de kliniek of onlust bij patiënten. Tegelijkertijd wordt op alle niveaus een gebrek aan actieve ondersteuning ervaren. Bij de introductie van gezonde leefstijl binnen de klinische forensische psychiatrie zal het daarom moeten gaan om voorlichten, voorleven, verleiden, vergemakkelijken en voldoening. In lijn met de visie van prof. dr. Hoenders, verbonden aan de leerstoel *zingeving, leefstijl en geestelijke gezondheid*, dat het 'moreel onjuist is om patiënten de mogelijkheid te onthouden zelf hun gezondheid te verbeteren' (Engbers, 2023), vraagt dit om een integrale benadering waarin leefstijl niet als een losstaand thema wordt benaderd, maar als een wezenlijk onderdeel van behandeling en herstel.

### Referenties

- Appelo, M. T. (2014). *Waarom veranderen (meestal) mislukt*. Boom.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122–147. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122>
- Boeije, H., & Bleijenbergh, I. L. (2023). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Boom.
- Boen, F. (2020). Gedragsverandering: pas ook (en misschien zelfs eerst) de omgeving aan. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62(11), 990–991.
- Bulten, E., & Groeneweg, J. (2013). Over behandeling, beleid en belangenstrijd in de forensische psychiatrie. *Justitiële Verkenningen*, 39(4), 37–50.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. Sage.
- Czosnek, L., Lederman, O., Cormie, P., Zopf, E. M., Stubbs, B., & Rosenbaum, S. (2019). Health benefits, safety and cost of physical activity interventions for mental health conditions: A meta-review. *Mental Health and Physical Activity*, 16, 140–151. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2018.11.001>

- De Gee, A., Zijlstra-Vlasveld, M., Leone, S., Boon, B., & Van der Poel, A. (2015). *De effectiviteit van de inzet van rolmodellen in leefstijlcampagnes: Theorie en praktijk*. Trimbos-instituut.
- Deenik, J. (2022). Focus op leefstijl. *GZ-psychologie*, 14(4), 26–29. <https://doi.org/10.1007/s41480-022-1406-6>
- Deenik, J., Looijmans, A., Kruisdijk, F. R., & Jörg, F. (2020). De kunst van de lange adem: Implementatie van leefstijlinterventies in de ggz. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62(11), 981–989.
- Deenik, J., Tenback, D. E., Tak, E., Hendriksen, I. J. M., & Van Harten, P. N. (2018). Improved psychosocial functioning and quality of life in patients with severe mental illness receiving a multidisciplinary lifestyle-enhancing treatment. *Mental Health and Physical Activity*, 15, 145–152. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2018.10.004>
- Deenik, J., Vermeulen, J., Mocking, R. J. T., Van Assche, E., & Cahn, W. (2020). Leefstijl als medicijn in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62(11), 920–922.
- Engbers, S. (2023, februari). Rogier Hoenders: 'Leefstijlprogramma empowert patiënten in ggz'. *Dutch Health Hub*. <https://www.dutchhealthhub.nl/artikelen/rogier-hoenders-leefstijlprogramma-empowert-patienten-in-ggz>
- Eurelings-Bontekoe, E., Kooiman, C., & Lub, M. (Eds.). (2022). *Leefstijl: Relevant voor lichaam én psyche*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Firth, J., Siddiqi, N., Koyanagi, A., et al. (2019). The Lancet Psychiatry Commission: A blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 6(8), 675–712. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30132-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30132-4)
- Firth, J., Solmi, F., Wootton, R. E., et al. (2020). A meta-review of lifestyle psychiatry. *World Psychiatry*, 19(3), 360–380. <https://doi.org/10.1002/wps.20773>
- Gardner, L. A., Champion, K. E., Chapman, C., et al. (2022). Multiple lifestyle risk behaviours and psychopathology. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 57(2), 241–251. <https://doi.org/10.1177/00048674221080406>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory*. Transaction.
- Kroeze, W., Hogen-Koster van, S., & Algra, H. (2024). Verpleegkundigen en het leefstijlgesprek. *Nederlands Tijdschrift voor Leefstijlgeneskunde*, 2(3), 120–126.
- Lancel, M., Ensing, I., & Van Veen, M. M. (2022). Slaap. In *Leefstijlpsychiatrie*. Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-2705-8>
- Lancel, M., Van Veen, M. M., & Verbeek, I. H. M. J. C. (2020). Slaap: de basis voor een gezonde leefstijl. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62, 949–954.
- Landin, M. L., Palmer, C. A. J., Paul, N., & Shahrjerdi, P. (2022). Physical health monitoring in forensic psychiatry. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 33, S85–S90. <https://doi.org/10.3233/JRS-227030>
- Leonard, T. C. (2008). Review of Nudge. *Constitutional Political Economy*, 19(4), 356–360. <https://doi.org/10.1007/s10602-008-9056-2>
- Mijnter, T., Boersma, G., Engberts, J., et al. (2022). Insomnia in forensic hospitals. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 33(3), 335–353. <https://doi.org/10.1080/14789949.2022.2068451>
- Momen, N. C., Plana-Ripoll, O., Agerbo, E., et al. (2022). Mortality and mental disorders. *JAMA Psychiatry*, 79(5), 444–453. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0347>

- Pedersen, A. L. W., Lindekilde, C. R., Andersen, K., et al. (2020). Health behaviours in forensic mental health service users. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(3), 444–461. <https://doi.org/10.1111/jpm.12688>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy. *Psychotherapy*, 19(3), 276–288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Renes, R. J., Ronteltap, A., & Bukman, A. J. (2018). Leefstijladvies voor mensen met lage SES. *Blijblijven*, 34(3–4), 237–246. <https://doi.org/10.1007/s12414-018-0311-9>
- Rijksoverheid. (z.d.). *Doel forensische zorg*. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/tbs-en-overige-forensische-zorg/doel-forensische-zorg>
- Robson, D., Haddad, M., Gray, R., & Gournay, K. (2012). Mental health nursing and physical health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(5), 409–417. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00883.x>
- Schaftenaar, P., & De Ruiter, M. (2023). *De-escalatie en dwangreductie*. Boom.
- Schroeder, S. A. (2016). Smoking cessation and serious mental illness. *World Psychiatry*, 15(2), 175–176. <https://doi.org/10.1002/wps.20332>
- Skinner, G. C. M., & Farrington, D. P. (2021). Health outcomes and offender type. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 31(3), 211–219. <https://doi.org/10.1002/cbm.2194>
- Stiekema, A. P., Looijmans, A., Van der Meer, L., et al. (2018). Lifestyle intervention effects. *Schizophrenia Research*, 199, 407–413. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.02.053>
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Hallgren, M., et al. (2018). EPA guidance on physical activity. *European Psychiatry*, 54, 124–144. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.07.004>
- Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2009). *Nudge*. Penguin.
- Van der Helm, G. H. P. (2013). *Leefklimaat in de klinische forensische zorg*. SWP.
- Van der Voort, N. T. Y. G., Klaessen, N. C., Poslawsky, I. E., & Van Meijel, B. (2022). Nurses' role in lifestyle coaching. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 30(1), 141–148. <https://doi.org/10.1177/10783903221085596>
- Van Veen, M. M., Karsten, J., Verkes, R., & Lancel, M. (2020). Sleep quality and aggression. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 31(5), 699–713. <https://doi.org/10.1080/14789949.2020.1785526>
- Vermeulen, J., Schirmbeck, F., Blankers, M., et al. (2018). Smoking behaviour and cognition. *American Journal of Psychiatry*, 175(11), 1121–1128. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18010069>
- Way, K., Kannis-Dymand, L., Lastella, M., & Lovell, G. P. (2018). Barriers to exercise prescription. *Mental Health and Physical Activity*, 14, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2018.01.001>
- Yarborough, B. J. H., Stumbo, S. P., Cavese, J. A., et al. (2018). Patient perspectives on lifestyle change. *Patient Education and Counseling*, 102(2), 346–351. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.036>
- Yarborough, B. J. H., Stumbo, S. P., Yarborough, M. T., et al. (2015). Improving lifestyle interventions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(1), 33–41. <https://doi.org/10.1037/prj0000151>

## De CHAPTER leefstijlinterventie

Charlie Schilleman

*Dr. Charlie Schillemans was als promovendus verbonden aan Lentis en de Rijksuniversiteit Groningen. Op 9 maart 2026 heeft zij haar proefschrift getiteld 'A New Chapter: Lifestyle Change to Promote Recovery in Outpatient Mental Healthcare', geschreven onder begeleiding van prof. dr. Stynke Castelein, prof. dr. Rogier Hoenders en dr. Sanne Booij succesvol verdedigd. Een samenvatting van dit proefschrift kunt u hier lezen, het gehele proefschrift is beschikbaar via: [A New Chapter: Lifestyle Change to Promote Recovery in Outpatient Mental Healthcare - de research portal van de Rijksuniversiteit Groningen](#)*

Dit proefschrift beschrijft het CHAPTERealthyH-project, waarin een multidomein leefstijlinterventie is (door)ontwikkeld en onderzocht bij ambulante cliënten met verschillende psychische aandoeningen. CHAPTER staat voor *Combined Healthy lifestyle intervention Aimed at Psychiatric outpatients Targeting Enhanced Recovery*. De interventie richt zich op duurzame, gezonde gedragsverandering binnen de domeinen beweging, voeding, ontspanning, slaap, middelengebruik, zingeving en interactie met de (sociale) omgeving. De interventie beoogt hiermee het herstel van deelnemers te verbeteren. Dat betekent onder andere minder klachten (klinisch herstel), meer meedoen in de maatschappij met bijvoorbeeld werk of sociale contacten (maatschappelijk herstel), en een leven leiden dat als waardevol wordt ervaren (persoonlijk herstel). In dit proefschrift worden de resultaten gepresenteerd van de eerste pilotstudie, uitgevoerd bij 20 deelnemers in poliklinieken van de specialistische geestelijke gezondheidszorg (s-GGZ). Daarna volgde een tweede pilotstudie, nadat de interventie en het onderzoeksprotocol waren verbeterd op basis van geleerde lessen uit de eerste pilot. De haalbaarheid, tevredenheid en (kosten) effectiviteit van de aangepaste versie van de interventie is vervolgens geëvalueerd bij 46 cliënten met uiteenlopende diagnoses, in s-GGZ poliklinieken en FACT-teams.

### Introductie

Er spelen diverse problemen binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en het potentieel van leefstijlinterventies. Het aantal mensen met psychische aandoeningen stijgt, zo ook in Nederland. Tegelijkertijd kampt de GGZ met ernstige personeelstekorten en een zorgvraag die niet meer kan worden opgevangen. Op dit moment zijn behandelingen in de GGZ vooral gericht op symptoomvermindering, wat maar voor ongeveer de helft van de cliënten voldoende wordt bereikt. Voor persoonlijke en maatschappelijke problemen is nog minder aandacht. Hetzelfde geldt voor de lichamelijke gezondheid van cliënten, ondanks de hoge comorbiditeit en een sterk verlaagde levensverwachting. Dit zorgt niet alleen voor een grote ziektelast, maar ook voor hoge maatschappelijke kosten. Leefstijlinterventies kunnen mogelijk voor elk van deze problemen iets betekenen: ze verbeteren klinische uitkomsten (zowel psychisch als lichamelijk), ondersteunen mogelijk ook maatschappelijk en persoonlijk herstel, en kunnen zowel preventief en

aanvullend de zorgdruk verlagen. Mede hierdoor verbeteren ze mogelijk ook indirect de (mentale) gezondheid van medewerkers. Het gebruik van deze interventies wordt momenteel echter nog geremd door openstaande vragen. Onderzoek richt zich zelden op bredere hersteluitkomsten of economische evaluaties, en interventies focussen vaak op één leefstijldomein en specifieke doelgroepen, wat het lastig maakt om de resultaten naar de praktijk te vertalen.

Het CHAPTER-project onderzoekt daarom een unieke, herstelgerichte leefstijlinterventie die voor mensen met verschillende diagnoses (transdiagnostisch) inzetbaar is en meerdere leefstijldomeinen omvat, waaronder ontspanning en zingeving. Hiermee draagt het potentieel bij aan het beantwoorden van de openstaande vragen en het versterken van de toepassing van leefstijlinterventies in de ambulante s-GGZ.

### **Pilot Randomized Controlled Trial I – A new CHAPTER**

De resultaten van de eerste gerandomiseerde, gecontroleerde pilotstudie (pilot RCT) zijn zowel kwantitatief als kwalitatief onderzocht. De leefstijltraining werd in groepsverband gegeven en bestond uit elf bijeenkomsten over beweging, voeding, slaap, ontspanning, middelengebruik, zingeving en sociale contacten.

De kwantitatieve analyses lieten zien dat het onderzoeksprotocol goed uitvoerbaar was, met een hoge respons op metingen en een acceptabele meetbelasting volgens deelnemers. Versimpeling van de training bleek nodig om beter aan te sluiten bij het functioneren van deelnemers. Hierdoor haakten drie hoger functionerende deelnemers af vanwege gebrek aan uitdaging. Over het algemeen waren deelnemers tevreden over de interventie, met name de sessies over ontspanning, zingeving en voeding werden goed gewaardeerd.

In deze kleine groep deelnemers werden interventie-effecten gevonden op alle herstelgebieden, met name op maatschappelijk en persoonlijk herstel. Op het verbeteren van leefstijlgedrag werd geen eenduidig effect gevonden. Alles tezamen suggereren de bevindingen dat de interventie passend en uitvoerbaar is voor een diverse doelgroep en van meerwaarde kan zijn in de dagelijkse praktijk van de poliklinische s-GGZ.

Met behulp van interviews is er een kwalitatieve evaluatie van de eerste pilot RCT gedaan. Direct na afloop van de CHAPTER-leefstijlinterventie en nog eens drie maanden later zijn interviews afgenomen met alle interventiedeelnemers, inclusief de mensen die besloten te stoppen met de training.

Over het algemeen waren deelnemers positief over de training. De leefstijlthema's werden als waardevol gezien, en deelnemers stelden doelen op verschillende leefstijlgebieden. Het groepsverband werd als cruciaal bestempeld, maar de huidige groepsdynamiek werd door velen als niet prettig ervaren. Dit leek niet te liggen aan de diversiteit in diagnoses, maar eerder aan verschillende niveaus van functioneren en leefstijlkennis.

Deelnemers rapporteerden positieve gedragsveranderingen, die veelal standhielden of verder waren uitgebreid na de interventie. De 'kleine-stappen-aanpak' ondersteunde deze duurzame gedragsverandering voor velen en werd soms ook na afloop toegepast op andere levensdoelen. Het meest genoemde effect was een toename in zelfcompassie en zelfzorg, iets dat deelnemers waardevol vonden.

Er werden ook een aantal verbeterpunten gerapporteerd; zo vonden de deelnemers de sessies te lang, online bijeenkomsten niet passend, en hadden ze behoefte aan meer onderlinge uitwisseling en praktische oefeningen. Deze bevindingen vormden, samen met de kwantitatieve resultaten, de basis voor de ontwikkeling van een verbeterde, meer inclusieve en flexibel inzetbare versie van de CHAPTER-leefstijltraining, zoals beschreven in de tweede pilot interventie.

#### *Meten lichamelijke activiteit*

Tevens hebben we in dit proefschrift meer inzicht proberen te verkrijgen in het meten van de uitkomstmaat ‘lichamelijke activiteit’ welke vaak wordt meegenomen in leefstijlinterventies. Er is echter geen consensus over hoe dit het beste gemeten kan worden. We hebben onderzocht in hoeverre twee meetmethoden op dezelfde manier meten bij mensen met een psychische aandoening. Het gaat om bewegingsmeters (actigrafie) en digitale zelfrapportage via dagboekvragen, die beide matig tot intensieve lichamelijke activiteit en sedentair gedrag (tijd die zittend of liggend wordt doorgebracht) in kaart brengen.

De resultaten lieten aanzienlijke verschillen zien tussen beide meetmethoden, zowel voor matig tot intensieve lichamelijke activiteit als voor sedentair gedrag. De afwijkingen waren niet-lineair en verschilden per mate van activiteit of inactiviteit. Dit wijst op ernstige verschillen tussen beide methoden. Deze bevindingen benadrukken dat de keuze van meetinstrument een grote invloed kan hebben op de onderzoeksuitkomsten. Het onderstreept daarmee het belang van transparantie over meetkeuzes en verder onderzoek naar het gebruik en de geschiktheid van meetinstrumenten voor het meten van lichamelijke (in)activiteit bij mensen met psychische aandoeningen.

### **Pilot Randomized Controlled Trial II – The next CHAPTER**

Op basis van de lessen uit de eerste pilot hebben we een tweede grotere pilot RCT uitgevoerd, waarin de aangepaste CHAPTER-interventie is onderzocht. De aangepaste interventie bestaat nu uit 12-wekelijkse sessies, gevolgd door drie driewekelijkse terugkombijeenkomsten. Het protocol kent nu een simpele basis met kortere sessies en extra optionele modules voor meer verdieping.

De training werd in vier s-GGZ poliklinieken van Lentis aangeboden waar mensen met uiteenlopende diagnoses worden behandeld, waaronder één locatie uitsluitend voor mensen met autisme. Dankzij deze inclusieve werving en de inzet van eigen leefstijlcoaches sluit deze studie nog nauwer aan bij de klinische praktijk. De haalbaarheid, tevredenheid, mogelijkheden voor gebruik in de klinische praktijk en eerste effecten op herstel werden in kaart gebracht.

De resultaten wijzen erop dat de vernieuwde training goed aansluit bij de doelgroep en uitvoerbaar is in de praktijk: deelnemers waren gemiddeld bij 71% van de bijeenkomsten aanwezig en 13% stopte tussentijds met de training. Deelnemers waren positief over de interventie, met name het thema ontspanning werd goed gewaardeerd. De moeilijkheidsgraad en duur van de training werden passend gevonden door deelnemers. De gestelde doelen waren divers, en raakten aan verschillende leefstijldomeinen.

Er werden eerste positieve effecten gevonden op alle hersteluitkomsten na afloop van

de interventie. Deze effecten werden voor persoonlijk en maatschappelijk herstel tot na de laatste terugkombijeenkomst (9 weken later) behouden. De interventie lijkt geschikt voor gebruik in de klinische praktijk, met weinig gerapporteerde risico's. Wel vragen organisatorische zaken, zoals personeelstekort, werkdruk en instabiliteit binnen organisaties, om aandacht. Daarnaast gaven trainers aan dat verdere vereenvoudiging gewenst is om beter aan te sluiten bij de doelgroepen van hun behandelafdelingen en om de hoofdboodschap niet verloren te laten gaan in de veelheid aan informatie.

#### *Kosteneffectiviteit*

We hebben de balans van kosten en de balans (kosteneffectiviteit) van de CHAPTER-interventie meegenomen in het onderzoek. Het brengt in kaart welke maatschappelijke kosten er gepaard gaan met de doelgroep binnen de ambulante s-GGZ. Ook is onderzocht of het haalbaar is om een economische evaluatie met herstel als belangrijkste uitkomstmaat uit te voeren bij deze doelgroep, en er is een verkennende kosteneffectiviteitsanalyse van de vernieuwde CHAPTER-interventie uitgevoerd.

Vanuit maatschappelijk perspectief is gekeken naar relevante kosten, die vervolgens werden afgezet tegen herstel en ziektebelasting. Er waren vooral veel kosten voor hulp vanuit de directe omgeving (informele zorg), terwijl weinig kosten werden gemaakt door mensen die uitvielen op hun werk vanwege hun klachten. De interventiegroep verbeterde meer op het gebied van herstel vergeleken met de controlegroep, en ook hadden ze lagere zorg- en maatschappelijke kosten.

Door de beperkte steekproef zijn conclusies over kosteneffectiviteit voorlopig. Hoewel het afnemen van de benodigde lijsten voor de kostenanalyse haalbaar bleek, zaten er nadelen aan de gebruikte maat voor ziektebelasting, omdat de scores bij de start verschilden tussen beide groepen, terwijl andere gezondheidsuitkomsten dit niet deden. Mede hierdoor bestaat twijfel over de geschiktheid van deze maat bij deze doelgroep. Desondanks bieden de eerste resultaten waardevolle aanknopingspunten voor een grootschaliger vervolgonderzoek naar kosteneffectiviteit van leefstijlinterventies in de GGZ.

#### **Conclusie**

Concluderend onderbouwt dit proefschrift waarom leefstijlinterventies niet optioneel, maar essentieel zijn binnen de GGZ. Het pleit voor een inclusieve, transdiagnostische, multidomein en herstelgerichte groepsinterventie die aansluit bij de mogelijkheden van cliënten. Tegelijkertijd is het kritisch op de manier waarop wij zorg onderzoeken en waarderen: kunnen we voor de cliënt belangrijke uitkomsten goed genoeg meten met onze huidige instrumenten, welke uitkomsten tellen mee, welke methodes zijn passend, en wat doet recht aan wat voor cliënten écht van waarde is? Juist bij herstelgerichte interventies, die voor eenieder anders zijn, lijkt aandacht voor individuele verschillen, persoonlijke ervaringen en wat voor de cliënt écht van betekenis is, onmisbaar.

## Cognitive determinants of late life depression - Who and why?

Astrid Lugtenburg

*Astrid Lugtenburg promoveerde op 12 januari 2026 met haar proefschrift getiteld 'Cognitive determinants of late life depression', met de ondertitel 'Who and why? – Understanding the association between cognitive impairment and late life depression'. De promotie werd begeleid door Richard Oude Voshaar en Robert Schoevers en met Marij Zuidersma als co-promotor. Het proefschrift biedt een helder overzicht van de diversiteit en complexiteit van het cognitief functioneren bij oudere mensen met een depressie. Uit een van de studies bleek dat ongeveer de helft van de onderzochte ouderen lijdt aan verminderd cognitief functioneren. De relatie tussen cognitief verminderd functioneren en depressie blijkt per groep, of zelfs per individu, te verschillen. Dit benadrukt het belang van een geïntegreerde benadering per patiënt om te bepalen of er sprake is van verminderd cognitief functioneren en welke factoren hieraan mogelijk bijdragend aan zijn (bijvoorbeeld frailty, vasculaire schade, medicatie).*

*Sinds 2015 is Astrid Lugtenburg werkzaam als ouderenpsychiater bij GGZ Drenthe. In 2018 werd zij onderzoeksleider van de ouderenpsychiatrie binnen GGZ Drenthe. Aanvankelijk was zij opleider ouderenpsychiatrie, maar sinds 2024 vervult zij de rol van A-opleider bij GGZ Drenthe.*

*Hieronder vindt u de Nederlandse samenvatting van haar proefschrift. Het volledige proefschrift is beschikbaar op de website van de Rijksuniversiteit Groningen (RUG). <https://research.rug.nl/en/publications/cognitive-determinants-of-late-life-depression-who-and-why-unders/>*

### Achtergrond

De mentale vaardigheden die we gebruiken om informatie te verwerken, beslissingen te nemen, ons dingen te herinneren of problemen op te lossen, worden samengevat onder de term cognitieve functies. Naarmate we ouder worden, nemen deze cognitieve functies geleidelijk af, al verloopt dit proces niet voor alle functies in hetzelfde tempo. Zo worden het geheugen, de verwerkingssnelheid en het vermogen om te plannen en overzicht te houden (de zogeheten executieve functies) vaak eerder of sterker aangetast dan bijvoorbeeld de woordenschat, die meestal goed behouden blijft. Individuen vertonen een grote variatie in het optreden van en de progressie van cognitieve achteruitgang. We spreken over een Milde Cognitieve stoornis (MCI) wanneer er sprake is van verminderd cognitief functioneren zonder dat dit een directe impact op het dagelijks functioneren heeft. Het voorkomen van MCI neemt toe met de leeftijd en ongeveer een kwart van de 80-plussers heeft MCI. Er is een verhoogd risico op het krijgen van een dementie, elk jaar ontwikkelen 10-15% van de mensen met MCI een dementie. Vroege identificatie van risicofactoren kan helpen bij het vertragen van de ziekteprogressie. Factoren zoals neurobiologische schade (bijvoorbeeld eiwitplaques), vaatschade, ontstekingen en depressie kunnen cognitieve achteruitgang versnellen.

Depressie is een van de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen op oudere leeftijd. In de bevolking heeft ongeveer 3% van de 50-plussers een depressie (diagnose middels 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (DSM)) en bijna 1 op de 5 mensen klinisch relevante depressieve klachten. Het voorkomen van de depressie neemt toe met de leeftijd, tot 7% bij 75-plussers en zelfs een derde van de 90-plussers. Hoewel de depressie bij ouderen vaak gepaard gaat met een verminderd cognitief functioneren, met name de executieve functies, aandacht en geheugen, wordt niet iedereen in gelijke mate getroffen. Ongeveer de helft van de ouderen met een depressie heeft ook een verminderd cognitief functioneren. Deze combinatie leidt niet alleen tot een slechtere prognose van de depressie, maar ook tot een hogere kans op dementie, opname in een verpleeghuis en zelfs sterfte. Ouderen met een depressie hebben een 2x zo hoog risico op het ontwikkelen van een dementie. Naar schatting zou depressie bij ongeveer 10% van de Alzheimer-gerelateerde dementie gevallen een rol kunnen spelen. Meer inzicht in onderliggende mechanismen, en een daarop aangepaste behandeling van depressie bij ouderen, kan mogelijk bijdragen aan het behoud/herstel van cognitieve functies en het verminderen van het risico op dementie.

De relatie tussen depressieve symptomen en cognitieve achteruitgang is wederkerig; depressie kan het cognitief functioneren verslechteren en cognitieve problemen kunnen depressieve klachten verergeren. Deze wisselwerking is bovendien complex. Ten eerste door zowel directe effecten als korte termijn- en langetermijneffecten. Ten tweede doordat mensen verschillen in zowel welke cognitieve domeinen zijn aangedaan als welke depressieve symptomen zij wel of niet hebben, oftewel heterogeniteit in zowel het cognitieve profiel als depressieve profiel. Het hoofddoel van dit proefschrift was om deze relatie verder te onderzoeken, rekening houdend met zowel de heterogeniteit van depressie als de heterogeniteit in cognitieve stoornissen en om deze associatie over verschillende tijdsperiodes te bestuderen.

### **Belangrijkste bevindingen**

Een van de factoren die mogelijk bijdragen aan zowel depressie als cognitieve stoornissen op oudere leeftijd is vaatschade. De combinatie van vaatschade en depressie, wordt ook vasculaire depressie genoemd. Vasculaire aandoeningen (zoals schade aan hart en bloedvaten) kunnen leiden tot cognitieve stoornissen (met name in het overzicht en plannen van taken (executief functioneren) door o.a schade in de hersenen. Omdat deze cognitieve stoornissen vaak voorkwamen bij depressie werd de term 'depressie-executieve disfunctiesyndroom', bedacht. In hoofdstuk 2, onder 83.613 deelnemers aan de Lifelines studie, een grote bevolkingsstudie in Noord-Nederland, vonden we dat vasculaire risicofactoren (zoals roken, verhoogd cholesterol en bloeddruk), ongeacht leeftijd, een klein deel (5%) verklaarden van de associatie tussen een ernstige depressie (DSM-diagnose) en een vermindering van overzicht en planning (executief functioneren). Dit kleine effect lijkt in contrast te staan met eerdere studies, waar een sterker verband werd gevonden tussen cognitieve stoornissen, vaatschade en depressie. Echter mogelijk laat onze studie zien dat er sprake is van grote heterogeniteit, gezien andere studies aantoonde dat mogelijk de helft van oudere patiënten met depressie ook vaatschade heeft in de hersenen en een kleinere groep (1/3) zowel vaatschade als cognitieve stoornissen.

Een andere mogelijke verklaring voor cognitieve stoornissen bij ouderen met een depressie is dat symptomen van depressie en een beginnende dementie gedeeltelijk kunnen overlappen. Bijvoorbeeld concentratieproblemen of vermoeidheid kunnen zowel symptomen zijn van depressie als van een beginnende dementie. Hierdoor kunnen mensen met deze symptomen ten onrechte als depressief worden gediagnosticeerd, terwijl ze eigenlijk een beginnende dementie hebben. Deze hypothese zou ook het verhoogde risico op dementie deels kunnen verklaren. Daarom onderzochten we in hoofdstuk 3 onder 3.148 65-plussers die participeerden in de 'Amsterdam Study on the Elderly' (AMSTEL)-studie, in hoeverre de relatie tussen depressie en verminderd cognitief functioneren samenhangt met specifieke depressie symptomen. We vonden dat een combinatie van 'cognitieve' depressie symptomen (o.a. verminderde interesse, langzamer denken, verminderde concentratie, besluiteloosheid) in afwezigheid van andere depressie symptomen (zoals somberheid of huilen) het risico verhoogde op dementie in de daaropvolgende drie jaar in niet-depressieve ouderen. Dit is mogelijk aanwijzing dat deze combinatie van symptomen niet een uiting zijn van depressie maar kunnen passen bij een andere ziekte (zoals beginnende dementie). Het zou kunnen dat ook in andere studies depressieve symptomen in ouderen een aantal symptomen (bijvoorbeeld vermoeidheid) uiting zijn van lichamelijke ziektes in plaats van depressie, wat het hogere voorkomen zou kunnen verklaren van depressieve klachten (13.5%) ten opzichte van (middels DSM-diagnose) milde depressie, (3.2%, hoofdstuk 2).

In de volgende hoofdstukken, maakten we gebruik van de 'Netherlands Study of Depression in Older People (NESDO)' met 378 ouderen (60+) met een depressie (diagnose middels DSM). Het is bekend dat de ernst van een depressie samenhangt met verminderd cognitief functioneren. In hoofdstuk 4 toonden wij echter aan dat 9 van de 10 ouderen met een depressie medicatie gebruikt die ook het cognitief functioneren verminderd, namelijk door een suf makend (sederend) effect of door de prikkelverwerking in de hersenen te verstoren (door blokkade van acetylcholinereceptoren). Dit zijn met name juist de medicijnen die gegeven werden om de depressie te behandelen (80% psychiatrische medicatie). Dit effect stond los van de ernst van de depressie (zal dus mogelijk blijven na herstel van de depressie). Hoewel het om een klein effect leek te gaan (3.3%), is het effect vergelijkbaar met dat van de ernst van depressie. Het zou kunnen dat deze medicatie een kleiner effect op het cognitief functioneren had in deze studie, omdat het cognitief functioneren in onze steekproef al slechter was door andere factoren (zoals de aanwezigheid van depressie). Mogelijk is het effect van bijwerkingen van deze medicatie groter in de algemene bevolking.

Een andere mogelijke factor die bijdraagt aan de heterogeniteit van een depressie bij ouderen is veroudering. Lichamelijke kwetsbaarheid (frailty) is een concept in de ouderengeneeskunde om ouderen met een verhoogde kans op negatieve gezondheidssuitkomsten (zoals vallen, ziekte, verpleeghuisopnames) te identificeren. Lichamelijke kwetsbaarheid en verminderd cognitief functioneren komen zodanig vaak samen voor bij het ouder worden dat in 2013 de term 'cognitieve frailty' is bedacht. Hoewel nog niet opgehelderd is hoe precies cognitieve frailty ontstaat, is de gedachte dat er een gemeenschappelijke onderliggende oorzaak is. Deze frailty (zowel lichamelijke als cognitief) zou ook een rol kunnen spelen bij de cognitieve stoornissen bij ouderen met een depressieve stoornis. Daarom hebben we in hoofdstuk 5 de heterogeniteit proberen te verminderen door het vormen van

subgroepen patiënten rekening houdend met ernst en type depressieve symptomen, cognitief functioneren en lichamelijke kwetsbaarheid in de NESDO-studie. We vonden twee groepen zonder lichamelijke of cognitieve kwetsbaarheid (55%), namelijk de 'pure ernstige depressie' en de 'pure milde depressie'. We vonden drie groepen met verminderd cognitief functioneren (45%). De eerste groep had milde depressieve klachten en vooral last van een verminderd geheugen (amnestiche depressie, groep 1). De andere twee groepen waren ernstig depressief en hadden cognitieve stoornissen in meerdere domeinen, maar verschilden in ernst van hun lichamelijke kwetsbaarheid, te weten 'frail-depressief' met lichamelijke kwetsbaarheid op de voorgrond (groep 2) of cognitieve stoornissen op de voorgrond (groep 3). De hypothese dat mogelijk bij een deel van de ouderen met een depressie met verminderd cognitief functioneren veroudering een rol speelt, past bij onze bevinding dat deze twee subgroepen met lichamelijke kwetsbaarheid het slechtst cognitief functioneerden. Onze bevinding dat 17% van de ouderen met een depressie lichamelijke kwetsbaar was, is vergelijkbaar met eerdere studies die percentages van 18 tot 25% vonden. Mogelijk is deze kwetsbare subgroep (frail-depressief) een voorbeeld van biologische veroudering die ten grondslag ligt aan de lichamelijke kwetsbaarheid, verminderd cognitief functioneren en depressie op latere leeftijd. Mogelijk dat hierbij sprake is van snellere hersenveroudering en daarmee gepaard gaande cognitieve achteruitgang. Tegelijk is dit niet de enige verklaring, aangezien de meerderheid van de oudere patiënten met een depressie en cognitieve stoornissen in onze studie (amnestiche depressie, groep 1 28%) niet lichamenlijk kwetsbaar waren.

Vervolgens onderzochten we het in hoeverre het beloop over de tijd van deze drie groepen verschilde. Ondanks herstel van depressie in daaropvolgende twee jaar verbeterde het cognitief functioneren niet in de drie groepen met verminderd cognitief functioneren, en verslechterde deze zelfs in sommige gevallen (hoofdstuk 5). Eén van deze drie subgroepen (groep 3) had ook een slechter beloop van de depressie.

Verder ontdekten we dat kenmerken gerelateerd aan veroudering (zoals de aanwezigheid van cognitieve en lichamelijke kwetsbaarheid) bijdroegen aan een verhoogd sterfterisico bij depressie op latere leeftijd (hoofdstuk 6). Daarnaast vonden we dat de subgroep 'pure milde depressie' een verhoogd overlijdensrisico hadden vergeleken met niet-depressieve personen. Dit kan erop wijzen dat bij deze groep onderliggende, doch onbekende, lichamelijke problematiek bijdraagt aan het overlijdensrisico. Het is mogelijk dat sommige 'depressie' symptomen een eerste symptoom of uiting zijn van een beginnende dementie of andere lichamelijke ziekte, wat het risico op het ontwikkelen van een dementie of overlijden verhoogd.

In hoofdstuk 2 tot 6 hebben we telkens de relatie tussen depressie en cognitief functioneren op hetzelfde moment of over jaren onderzocht. In hoofdstuk 7 presenteren we daarom de relatie tussen depressie en cognitief functioneren door deze variabelen meerdere keren per dag gedurende 60 dagen te meten. We vonden 'slechts' bij twee van de acht oudere proefpersonen met depressieve klachten en verminderd cognitief functioneren, een associatie tussen de ernst van depressieve symptomen en de prestaties op het werkgeheugen.

## Overwegingen proefschrift

Dit proefschrift toont aan ouderen met een depressie en/of verminderd cognitief functioneren sterk kunnen verschillen van elkaar en dat deze verschillen bepalend kunnen zijn voor het beloop van beide aandoeningen. Dit kan deels verklaren waarom bepaalde mechanismen, zoals vaatschade, maar een klein deel van de relatie tussen depressie en cognitief functioneren kan verklaren (hoofdstuk 2).

Naast boven beschreven bevindingen, is een andere belangrijke factor die mogelijk bijdraagt aan de heterogeniteit van cognitief functioneren in ouderen met een depressie, cognitieve reserve. Cognitieve reserve kan namelijk een beschermend effect op het cognitief functioneren hebben, binnen alle hierboven genoemde mechanismen en bijdragende factoren. Een hogere cognitieve reserve stelt de hersenen in staat meer schade te verdragen voordat cognitieve klachten ontstaan. Dit verkleint bijvoorbeeld het risico op cognitieve achteruitgang of ontwikkeling van dementie. Tijdens een depressie kan de cognitieve reserve echter afnemen door gedragsveranderingen, zoals minder lichamelijke activiteit, minder sociale contacten (bijvoorbeeld door eenzaamheid) en verminderde cognitieve stimulatie (zoals het niet meer ondernemen van nieuwe activiteiten). Het versterken van de cognitieve reserve zou mogelijk bescherming kunnen bieden tegen cognitieve achteruitgang bij ouderen met een depressie. Alle studies naar cognitief functioneren bij ouderen met een depressie, inclusief dit proefschrift, corrigeerden voor cognitieve reserve met een afgeleide maat: het opleidingsniveau. Mogelijk beschikten deelnemers zonder cognitieve achteruitgang over een grotere cognitieve reserve, waardoor mogelijke negatieve effecten van depressie op cognitie werden gecompenseerd (hoofdstuk 5). Ook op individueel niveau zou dit effect zichtbaar kunnen zijn. Zo zou iemand met een lagere opleiding (lagere reserve) gevoeliger kunnen zijn voor depressie gerelateerde stoornissen in het werkgeheugen dan iemand met een universitaire opleiding (hoofdstuk 7). Het is echter de vraag of opleidingsniveau een goede maat is voor cognitieve reserve. Intelligentie, of een combinatie van intelligentie en opleidingsniveau, vormt mogelijk een betere indicator, zeker bij ouderen waarbij sociaaleconomische factoren of sekseverschillen de opleidingskansen beïnvloeden. Daarnaast speelt levenslange cognitieve activiteit een rol. Iemand met een hoge cognitieve reserve kan deze verliezen bij langdurige inactiviteit, bijvoorbeeld door ernstige depressie. Onderzoek naar cognitieve reserve bij mensen met een depressie is schaars. Eén studie rapporteerde een viermaal hoger risico op cognitieve achteruitgang bij lage cognitieve reserve, en suggereerde dat tot 20% van de variatie in cognitief functioneren hierdoor verklaard kan worden. Toekomstig onderzoek zou daarom naast opleidingsniveau ook intelligentie en levenslange cognitieve activiteit moeten meenemen als indicatoren van cognitieve reserve.

Verder zijn er tal van andere veronderstelde mechanismen en bijdragende factoren verminderd cognitief functioneren bij depressie op latere leeftijd die niet in dit proefschrift zijn opgenomen. Denk aan gedragsveranderingen (vermindering lichamelijke/sociale/cognitieve activiteiten, toename roken) of biologische veranderingen (schade door verhoogde bijschildklierhormonen of ontstekingsstoffen) die bijdragen aan verminderd cognitief functioneren. Deze mechanismen en bijdragende factoren werken vaak samen, waardoor er een complexe relatie ontstaat tussen verminderd cognitief functioneren en depressie op latere leeftijd. Een beter begrip van al deze processen die bijdragen aan de grote

heterogeniteit in ouderen met een depressie kan helpen bij het ontwikkelen van gerichte interventies die zowel de cognitieve als de mentale gezondheid van oudere volwassenen verbeteren.

### Klinische implicaties

- 1 Verminderd cognitief functioneren is een belangrijk kenmerk van ouderen met een depressie. We hebben gevonden dat bijna de helft (45%) van de ouderen met een depressie en verminderd cognitief functioneren had (hoofdstuk 5). Dit benadrukt het belang om in het reguliere klinische proces bij behandeling van een depressie een cognitieve screening (bijvoorbeeld middels afname van de 'Montreal Cognitive Assessment' (MOCA) te integreren ter identificatie van deze patiënten en zo nodig vervolgonderzoek naar cognitief functioneren (zoals neuropsychologisch onderzoek) te verrichten.
- 2 Verminderd cognitief functioneren in ouderen met een depressie is een complex en veelomvattend vraagstuk. Indien er sprake is van verminderd cognitief functioneren is een uitgebreide beoordeling belangrijk om verschillende bijdragende factoren te kunnen identificeren en aan te pakken, zoals lichamelijke kwetsbaarheid, cardiovasculaire belasting en bijwerkingen van bepaalde medicijnen. Door elk aspect van de gezondheid van een patiënt zorgvuldig te evalueren, kunnen zorgverleners specifieke interventies op maat maken, wat mogelijk cognitieve functie zou kunnen verbeteren. Voorbeelden hiervan kunnen zijn het verminderen van medicatie met negatieve bijwerkingen op cognitie (hoofdstuk 4), strategieën om cardiovasculair risico te verminderen, of spierkracht te verbeteren. Lichamelijke inspanning (zoals sporten) kan bijvoorbeeld effectief zijn voor de behandeling van een depressie door verminderen van lichamelijke frailty, verminderen depressieve symptomen als verbeteren van cognitie. Verder, omdat we hebben gevonden dat het verhoogde sterfterisico in ouderen met een depressie mogelijk wordt geassocieerd met onderliggende biologische veroudering (de aanwezigheid van lichamelijke en cognitieve kwetsbaarheid) (hoofdstuk 6), kunnen geriatrische interventies mogelijk dit risico verminderen.
- 3 Verminderd cognitief functioneren ouderen met een depressie is mogelijk geassocieerd met een slechter beloop van depressie (hoofdstuk 5).
- 4 Verminderd cognitief functioneren kan persisteren na herstel van depressie. Wij vonden, dat ondanks herstel van depressie in de daaropvolgende twee jaar cognitief functioneren niet verbeterde (hoofdstuk 5). Ook eerdere studies vonden dat depressie behandeling met medicatie (met mogelijk negatieve bijwerkingen op cognitie) en/of psychotherapie niet effectief zijn in het volledig herstellen van cognitieve functioneren voor de meeste depressieve ouderen. Dit geeft aan dat niet zozeer depressie zelf, maar andere factoren/paden mogelijk belangrijker zijn bij verminderd cognitief functioneren, zoals biologische veranderingen (bijvoorbeeld neurotoxisch effect van bijschildklierhormonen of ontstekingsstoffen, vaatschade, neuropathologische belasting). Het is mogelijk dat het vergroten van cognitieve reserve door lichamelijke inspanning, cognitief bezig zijn of sociale activiteiten de cognitieve functies bij ouderen na remissie kan verbeteren.

- 5 Vanwege de grote individuele verschillen zijn dagelijkse metingen belangrijk om meer inzicht te bieden welke factoren bijdragen op korte termijn aan verminderd cognitief functioneren bij een specifieke patiënt (hoofdstuk 7). Er zijn tegenwoordig digitale dagboeken voor dagelijkse metingen beschikbaar (bijvoorbeeld 'Personalized Treatment by Realtime Assessment'(PETRA)) om verder inzicht te krijgen op individueel niveau. Bovendien kan ook het effect van geïndividualiseerde interventies worden onderzocht.

## **Conclusie**

Dit proefschrift laat zien dat de relatie tussen depressie en cognitieve achteruitgang in ouderen complex is. Door rekening te houden met heterogeniteit in depressie en cognitief functioneren kunnen subgroepen onderscheiden worden waarin deze relatie verschilt. Dit kan bijdragen aan het ontrafelen van de vele onderliggende mechanismen die een rol spelen in deze relatie. Het adresseren van heterogeniteit door het maken van subgroepen (hoofdstuk 5) of kijken naar specifieke dimensies/factoren (zoals hoofdstuk 2,4) blijft echter leiden tot groepsgegevens. Nieuwe vormen van dataverzameling en analyse, zoals in hoofdstuk 7, laten zien dat we deze complexe relatie mogelijk niet gaan ontrafelen wanneer we niet minutieus op individueel leren kijken. Oftewel, waar de wetenschap in dit geval de kliniek, waarin iedere patiënt uniek is, volgt.



## Over de Auteurs

- **Manna Alma**, senior onderzoeker Toegepast Gezondheidsonderzoek (TGO), afdeling Gezondheidswetenschappen UMCG, Rijksuniversiteit Groningen
- **Gretha Boersma**, verbonden aan Expertisecentrum Slaap en Psychiatrie en de Forensisch Psychiatrische Kliniek, GGZ Drenthe in Assen
- **N. Boonstra**, KieN VIP Geestelijke Gezondheidszorg, Leeuwarden; Afdeling Psychiatrie UMC Utrecht
- **Janneke Brouwer**, GZ-psycholoog in opleiding bij GGZ Drenthe, nu vrijgevestigd klinisch psycholoog bij Amare
- **Jojanne 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
- **Stijn Crutzen**, Rob Giel Research Center (RGOc), Universitair Medisch Centrum Groningen, Universitair Centrum voor Psychiatrie in Groningen en Lentis Psychiatrisch Instituut, Lentis Research
- **Silvia D.M. van Dijk**, Klinisch psycholoog, Universitair Centrum Psychiatrie (UCP), Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG),
- **Shiral Gangadin**, Rob Giel Research Center (RGOc), Universitair Medisch Centrum Groningen, Universitair Centrum voor Psychiatrie in Groningen
- **Ken Ho Hua**, Apotheek Spaarne Gasthuis, Spaarne Gasthuis, Haarlem/Hoofddorp
- **Frederike Jörg**, Rob Giel Onderzoekcentrum(RGOc)Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), Universitair Centrum Psychiatrie (UCP)
- **Swanny Kremer**, filosoof, ethicus, Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC), Dr. S. van Mesdag Kliniek in Groningen
- **Esther Lammers**, Onderzoeksafdeling, Forensisch Psychiatrisch Centrum Dr. S. van Mesdag, Groningen
- **Astrid Lugtenburg**, A-opleider bij GGZ Drenthe, Assen
- **Lisette van der Meer**, Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen; psycholoog Lentis in Zuidlaren
- **I.A. Meins**, Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen; Afdeling Langdurige Zorg, GGZ Drenthe, Assen; Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)
- **Bert Molewijk**, Afdeling Ethiek, Recht & Geesteswetenschappen, Universitair Medisch Centrum Amsterdam, Centrum voor Medische Ethiek, Universiteit van Oslo

- **Gerdina Hendrika Maria Pijnenborg**, Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen; Afdeling Langdurige Zorg, GGZ Drenthe, Assen
- **M. aan het Rot**, Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen
- **Charlie Schillemans**, senior onderzoeker Alliade, Heerenveen
- **Mirjam H. Smid**, werkzaam bij Lentis Volwassenen Psychiatrie en FACT-Lentis, Delfzijl,
- **B.E. Sportel**, Afdeling Langdurige Zorg, GGZ Drenthe, Assen
- **Margreet Stolper**, Afdeling Ethiek, Recht & Geesteswetenschappen, Universitair Medisch Centrum Amsterdam
- **E.C.D. van der Stouwe**, Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), Groningen
- **Wytske van der Veen**, Drs., junior onderzoeker, Universitair Centrum Psychiatrie (UCP), Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)
- **Wim Veling**, Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), Universitair Centrum Psychiatrie (UCP) afdeling Psychozen
- **Ellen Visser**, Rob Giel Research Center (RGOc), Universitair Medisch Centrum Groningen, Universitair Centrum voor Psychiatrie in Groningen

**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](mailto:ggzetwetenschappelijk@rgoc.nl)

**Ontwerp en productie**

Klaas van Slooten, bno

ISSN 1389-1715