



Redactioneel - Culturele factoren

Liesbeth Visser

Column - 13 meter vrijheid

Swanny Kremer

Culturele competenties van psychiaters en artsen in opleiding tot psychiater

Shoaib Hoshmand, Rikus Knegtering en Kor Spoelstra

De rol van geslacht en leeftijd op de effectiviteit van een sociale cognitieve training in virtual reality bij patiënten met een psychosespectrumstoornis

M. van der Zande, S.A. Nijman, W.A. Veling, G.H.M. Pijnenborg, B.E. Sportel

Recidiverisico van plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag: Naar een theoretisch model met een praktische toepassing

Jan Willem van den Berg

De effecten van prefrontale non-invasieve hersenstimulatie op apathie bij mensen met schizofrenie. Een multicenter gerandomiseerd placebo (scam) gecontroleerd klinisch onderzoek (RCT)

Rikus Knegtering, André Aleman, Leonie Bais, Claire Kos

Financiële ontevredenheid bij mensen met psychotische stoornissen Een kort verslag over de prevalentie en correlaten in een groot naturalistisch psychosecohort

J.L. Jansen, R. Bruggeman, H.A.L. Kiers, PHAMOUS-onderzoekers, G.H.M. Pijnenborg, S. Castelein, W. Veling, E. Visser, L. Krabbendam, J. Koerts

Haalbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid van de Nederlandse vertaling van de INCREASE (INCREASE-NL) inventaris om verhalen over herstel van psychische klachten te karakteriseren

Mitch N. Lases, Jojanneke Bruins, Fiona Ng, Stefan Rennick-Egglestone, Joy Llewellyn-Beardsley, Mike Slade, Nienke van Sambeek, Floortje Scheepers, Ingrid D.C. van Balkom, Stynke Castelein

Manisch-psychotisch en een delier: Hoe te behandelen?

Halil Özkal, Tim Walrave

- 2 Redactioneel – Culturele factoren**
Liesbeth Visser
- 4 Column – 13 meter vrijheid**
Swanny Kremer
- 6 Culturele competenties van psychiaters en artsen in opleiding tot psychiater**
Shoaib Hoshmand, Rikus Knegtering en Kor Spoelstra
- 20 De rol van geslacht en leeftijd op de effectiviteit van een sociale cognitie training in virtual reality bij patiënten met een psychosespectrumstoornis**
M. van der Zande, S.A. Nijman, W.A. Veling, G.H.M. Pijnenborg, B.E. Sportel
- 32 Recidiverisico van plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag: Naar een theoretisch model met een praktische toepassing**
Jan Willem van den Berg
- 42 De effecten van prefrontale non-invasieve hersenstimulatie op apathie bij mensen met schizofrenie. Een multicenter gerandomiseerd placebo (scam) gecontroleerd klinisch onderzoek (RCT)**
Rikus Knegtering, André Aleman, Leonie Bais, Claire Kos
- 46 Financiële ontevredenheid bij mensen met psychotische stoornissen Een kort verslag over de prevalentie en correlaten in een groot naturalistisch psychosecohort**
J.L. Jansen, R. Bruggeman, H.A.L. Kiers, PHAMOUS-onderzoekers, G.H.M. Pijnenborg, S. Castelein, W. Veling, E. Visser, L. Krabbendam, J. Koerts
- 58 Haalbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid van de Nederlandse vertaling van de INCREASE (INCREASE-NL) inventaris om-verhalen over herstel van psychische klachten te karakteriseren**
Mitch N. Lases, Jojanneke Bruins, Fiona Ng, Stefan Rennick-Egglestone, Joy Llewellyn-Beardsley, Mike Slade, Nienke van Sambeek, Floortje Scheepers, Ingrid D.C. van Balkom, Stynke Castelein
- 77 Manisch-psychotisch en een delier: Hoe te behandelen?**
Halil Özkal, Tim Walrave
- 84 Over de auteurs**

Culturele factoren

Voor u ligt het eerste nummer van GGzet Wetenschappelijk van 2024 met weer een selectie van publicaties afkomstig uit de verschillende instellingen aangesloten bij het RGOc.

Op de website van het RGOc kunt u sinds kort, naast online versies van de laatste nummers en de auteursinstructies, ook het officiële redactiestatuut van GGzet Wetenschappelijk vinden. In dit statuut staat vermeld wat de doelstelling van GGzet Wetenschappelijk is, de taken en verantwoordelijkheden van de redactie, en ook hoe de redactie zich verhoudt tot het RGOc. Als redactie – samengesteld uit een vertegenwoordiging van de verschillende instellingen - werken we onafhankelijk, zonder financieel belang, zonder betaling, en vooral met veel plezier aan het laagdrempelig verspreiden van wetenschappelijke informatie.

Terwijl dit nummer ter perse gaat hebben we net een warme meivakantie achter de rug, werd Nederland gediskwalificeerd voor het Europees songfestival en ligt er een regeerakkoord op basis waarvan Nederland zichzelf nog verder binnen Europa diskwalificeert. Oude culturele conflicten buiten Europa woekeren voort en slaan over naar Nederlandse universiteiten. Wellicht kan onafhankelijke wetenschap de door cultuurclashes verhitte gemoederen weer tot bedaren brengen. Cultuursensitieve psychiatrische zorg levert in ieder geval meer patiënttevredenheid en betere behandelresultaten op, leren Hoshmand e.a. ons. Culturele factoren spelen een belangrijke rol in verschillende aspecten van de geestelijke gezondheid, en met de wereldwijde toename van migratie is culturele competentie van essentieel belang. Een meerderheid van de psychiaters en aios in ons Noord-Nederlands consortium bleek zich bij uitvraag cultureel incompetent te voelen en zou hier graag meer in getraind worden.

Een omgekeerde vertaalslag maakten Lases e.a.. Zij vertaalden een Engels instrument om herstelverhalen te karakteriseren en onderzochten de validiteit en betrouwbaarheid binnen het Nederlandse taal- en cultuurgebied.

Verder in dit nummer een drietal publicaties over onderzoek bij patiënten met psychotische stoornissen; naar TMS bij apathie, financiële tevredenheid en de rol van leeftijd en geslacht bij virtuele sociale cognitie training, de Nederlandse samenvatting van het proefschrift van Jan-Willem van de Berg over recidiverisico bij seksueel grensoverschrijdend gedrag en een praktijkcasus uit de ziekenhuispsychiatrie.

Hopelijk hebben we weer weten te voldoen aan onze primaire verantwoordelijkheid; het scholen en informeren van lezers met voor iedereen leesbare wetenschappelijk artikelen.

Liesbeth Visser
Hoofdredacteur

13 meter vrijheid

Natuurlijk was ik benauwd, maar dat het zo erg was had ik niet door. Voordat ik het wist lag ik in een geleende operatiebroek met zuurstof in mijn neus op een bed vastgepind. Oké, ik kon geen kant op, maar ik had wel weer lucht. Ik kom erachter dat ik op een kankerkamer lig. Mijn drie kamergenoten hebben ieder hun eigen kankerverhaal. En ik heb dat ook.

Een paar dagen later schuif ik met mijn voet de opgerolde zuurstofslang vooruit. Het blijft haken aan de pompons van mijn Griekse pantoffeltjes. Onderhand heb ik wat eigen spulletjes. Met schudbewegingen krijg ik het snoer weer los. Dertien meter heb ik nu. Dat is al zoveel beter dan hiervoor. ‘Vrijheid is zo relatief’, mompel ik voor mij uit. Met 13 meter kan ik zelf van mijn bed af naar de wc. Het snoer kan onder de deur door. Het moet niet gaan knikken, want dan gaat het piepen (en krijg ik geen lucht meer). Ik kan zelfs een heel klein stukje de gang op. Het is net of ik de wereld weer ontdek. Soms sta ik gewoon even op het hoekje te rekken en strekken zodat ik ook een praatje kan maken.

Lucht(fles)

Ik onderschep wat dagen later de fysiotherapeut van mijn ‘buurvrouw’ als ik oefeningen doe op de gang. ‘Zou ik ook fysiotherapie mogen?’, vraag ik. ‘U bent al heel goed bezig’, glimlacht zij. Ze komt mij later met een rolstoel en een fles vol zuurstof halen. Ze rijdt mij naar het einde van de gang, door twee klapdeuren met grote vogels erop. Zover was ik nog niet gekomen. Daarna mag ik op een aan-de-grond-vast gehamerde-fiets rondjes trappen terwijl ik op een TV voor mij de straten van een stad zie passeren. Ik vertel haar hoe fijn het is om een stukje buitenwereld te zien.

‘Wilt u misschien ook kunnen wandelen?’, vraagt ze. Als ik blij knik krijg ik vervolgens een rollator met een zuurstoftankje. Ze doet mij voor hoe ik het slangetje op de luchtfles aan kan sluiten. ‘Vrijheid’, glimlach ik breed tegen haar.

Wandelen

Diezelfde avond nog ga ik met mijn 'buurvrouw' aan de wandel. Zij met haar infuus aan een standaard, en ik met het zuurstof in mijn neus en de rollator. 'We zien er wel heel ziek uit zo', zeg ik tegen haar omdat ik bezoekers zie kijken. 'Zijn we dat dan niet?', zegt zij. 'O ja', zeg ik, 'dat is ook zo'. Maar we genieten. Ik ben nog nooit zo blij geweest met een wandeling in een ziekenhuisgang.

Trots vertel ik later aan een collega dat ik nu een rollator heb met een zuurstoftankje. En dat ik al de hele gang af kan wandelen. 'Dat klinkt best erg', zegt hij. Terwijl ik dacht aan vrijheid.

Betrekkelijk

Het zal nog even duren voordat ik weer rondloop op mijn werkplek in de tbs. Vreemd misschien, maar ik heb steeds deze link in mijn hoofd. Vrijheid is zo enorm betrekkelijk.

In de complexe dans tussen ziekte, beperkingen en het verlangen naar vrijheid, wordt de betrekkelijkheid van die vrijheid kristalhelder. Terwijl ik mijn eigen gezondheidsuitdagingen onder ogen zie, wordt de vanzelfsprekendheid van vrijheid steeds genadeloos ontmanteld door ziekte en beperkingen.

Ook binnen de muren van de kliniek is vrijheid sterk ingeperkt. Maar elke kleine stap richting autonomie, hoe schijnbaar triviaal ook, is een kostbaar geschenk. Mijn eigen reis begon met een snoer van 13 meter, wat me nu dwingt om nog intensiever te begrijpen wat iedere kleine vooruitgang werkelijk betekent.

Swanny Kremer

Culturele competenties van psychiaters en artsen in opleiding tot psychiater

Shoaib Hoshmand, Rikus Knegtering en Kor Spoelstra

In oktober 2023 publiceerden Shoaib Hoshmand, Rikus Knegtering en Kor Spoelstra een artikel getiteld “Cultural competence of mental health practitioners in the Netherlands” in het International Journal of Social Psychiatry. Dit Engelstalige artikel rapporteert de resultaten van een onderzoek uit 2020 onder Nederlandse psychiaters en psychiaters in opleiding in Noord-Nederland. De centrale vraag van het onderzoek was of deze professionals zich bekwaam genoeg voelen om effectief te werken binnen een multiculturele samenleving. De conclusie luidt kortweg dat er aanzienlijke verbeteringen mogelijk zijn op dit gebied. Het onderzoek werd geïnitieerd vanuit de psychiatrische opleiding bij Lentis. Hieronder volgt een bewerkte versie van het artikel in het Nederlands. S Hoshmand, H Knegtering and SK Spoelstra (2023). Cultural competence of mental health practitioners in the Netherlands. Int J Soc Psychiatry. Oct 24:207640231206062

Samenvatting

Achtergrond

Het belang van cultureel sensitief werken in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) bij het opbouwen van een therapeutische relatie wordt steeds meer erkend. Momenteel is echter onbekend in hoeverre medewerkers en hulpverleners in de GGZ in Nederland zich competent voelen in het bieden van cultuursensitieve zorg. Bovendien is het onduidelijk of er verschillen zijn in culturele competentie tussen psychiaters en artsen in opleiding tot psychiater (aios). Ook is onduidelijk of hulpverleners bekend zijn met het Cultural Formulation Interview (CFI), een instrument dat wordt gebruikt kan worden om cultureel relevante informatie van patiënten te verzamelen. Het CFI kan helpen culturele gevoeligheid in de behandeling te verbeteren.

Doel

Deze studie beoogt de culturele competentie van Nederlandse psychiaters en aios in kaart te brengen, inclusief hun kennis van het CFI en hun behoefte aan verdere training.

Methoden

Een cross-sectioneel onderzoek werd uitgevoerd onder psychiaters en aios aan de hand van een online vragenlijst.

Resultaten

In totaal hebben zevenennegentig psychiaters en aios de vragenlijst ingevuld. Van de psychiaters gaf 70% aan dat het behandelen van patiënten met een andere culturele

achtergrond uitdagend is, terwijl dit percentage bij aiossen 76% was. Slechts 44% van de psychiaters en 34% van de aiossen beschouwden zichzelf als voldoende cultureel competent. Respectievelijk 56% van de psychiaters en 47% van de aiossen was niet op de hoogte van het CFI. De meerderheid van zowel psychiaters als aiossen (70% en 84% respectievelijk) gaf aan behoefte te hebben aan meer training in culturele competentie.

Conclusie

De meerderheid van de psychiaters en aiossen in Nederland ervaart het behandelen van patiënten met verschillende culturele achtergronden als uitdagend. Velen beschouwen zichzelf als onvoldoende cultureel competent, hebben geen ervaring met het Cultural Formulation Interview en geven aan de behoefte te hebben aan meer training in culturele competentie.

Trefwoorden

Culturele competentie, Cultural Formulation Interview, assistenten

Inleiding

De impact van immigratie en culturele diversiteit op geestelijke gezondheid en de behandeling van psychiatrische aandoeningen is significant (Gopalkrishnan, 2018). In Nederland heeft ongeveer 25% van de bevolking een migratieachtergrond, waaronder mensen die in het buitenland zijn geboren (migranten van de eerste generatie) en degenen die in Nederland zijn geboren maar minstens één immigrant als ouder hebben (migranten van de tweede generatie) (Centraal Bureau voor Statistiek, 2022). In deze groep is er aanzienlijk meer kans op psychiatrische stoornissen, zoals angst, posttraumatische stressstoornis (PTSS), psychose en suïcidaal gedrag (Amiri, 2022a, 2022b; Castillejos et al., 2018; Viswanath et al., 2012). Culturele factoren (bijv. taal en religie) spelen een belangrijke rol in verschillende aspecten van de geestelijke gezondheid, zoals hulpzoekend gedrag, therapeutische alliantie, het diagnostische proces en de uitkomsten van farmacologische en psychotherapeutische behandeling (Gopalkrishnan, 2018; Viswanath et al., 2012). Wereldwijd is er een toename van immigratie, inclusief het aantal vluchtelingen, waardoor het nog belangrijker wordt voor GGZ hulpverleners om culturele competenties te ontwikkelen en deze in hun klinische praktijk op te nemen (Hodes et al., 2018). Er is echter weinig literatuur over hoe GGZ hulpverleners hun culturele competentie waarden (Keyser et al., 2014; Soto et al., 2018). Wanneer de behandeling van een patiënt met een andere culturele achtergrond niet succesvol is, wordt dit gemakkelijk toegeschreven aan culturele verschillen. Over het algemeen wordt er weinig aandacht besteed aan de verbetering van de culturele competentie van GGZ hulpverleners in dit soort situaties, ook al is bekend dat cultuursensitieve zorg meer patiënttevredenheid en betere behandelresultaten oplevert (White et al., 2019).

Culturele competentie

De definitie van culturele competentie (CC) in het veld van de GGZ vertoont discrepanties, ondanks de overvloed aan empirisch onderzoek over het onderwerp

(Liu et al., 2021). Culturele competentie is een complex concept dat typisch wordt gedefinieerd als de combinatie van gedrag, kennis en attitudes die GGZ hulpverleners in staat stellen effectief deel te nemen aan interculturele situaties (National Health and Medical Research Council, 2006; Watt et al., 2016). Het concept van culturele competentie is veelzijdig en bestaat uit vier kernonderdelen: (a) zelfbewustzijn van de eigen culturele of achtergrond, inclusief erkenning van persoonlijke vooroordelen, vooroordelen en aannames over individuen uit verschillende culturen, (b) attitudes ten opzichte van culturele verschillen zoals culturele zelfreflectie, (c) kennis van verschillende culturele praktijken en wereldbeelden, inclusief het verwerven van informatie over verschillende culturele en etnische groepen, en (d) interculturele vaardigheden (Burchum, 2002).

Culturele Formulering Interview

De DSM-5 geeft voorrang aan culturele en contextuele informatie bij de diagnose en introduceerde in 2013 het Cultural Formulation Interview (CFI) als een operationalisering van de Outline for Cultural Formulation (American Psychiatric Association [APA], 2013). Het doel van het CFI is om GGZ hulpverleners te ondersteunen bij cultuurgevoelige diagnostiek en behandeling, de communicatie tussen patiënt en GGZ hulpverlener te verbeteren en de behandelresultaten te bevorderen (Jarvis et al., 2020). Het CFI, gebaseerd op een narratieve en persoonsgerichte benadering, wordt aanbevolen aan GGZ hulpverleners voor het verkennen van de ziekte-ervaring, culturele en sociale context, en verwachtingen met betrekking tot diagnose en behandeling (Lewis-Fernández et al., 2020). Een studie toonde aan dat artsen in opleiding tot psychiater (aios) met slechts een uur training in het CFI hun vaardigheid kunnen verbeteren om met cultureel diverse patiënten te werken (Mills et al., 2017). Desalniettemin kan het CFI moeilijk zijn in te vullen bij patiënten met ernstige symptomen zoals acute psychose, suïcidaal gedrag, agressie en cognitieve stoornissen (Jarvis et al., 2020). In Nederland is momenteel onbekend of GGZ hulpverleners op de hoogte zijn van dit instrument (CFI) en het gebruik ervan. Bewustzijn van het CFI kan duiden op het niveau van culturele competentie van een GGZ hulpverlener.

Culturele competentie: Aiossen versus psychiaters

Training in culturele competentie omvat de ontwikkeling van kennis, vaardigheden en attitudes die de alliantie en uitkomsten van psychiatrische behandeling kunnen verbeteren (Bhui et al., 2007; Qureshi et al., 2008). In recente jaren bestond culturele competentietraining voor psychiaters in Nederland uit een optionele cursus met de naam ‘Transculturele Psychiatrie’. Deze cursus over culturele psychiatrie bestaat uit drie bijeenkomsten van vier uur en behandelt anamnese en diagnostiek in transculturele psychiatrie, communicatie en behandeling, en een masterclass geleid door een expert met meer diepgaande kennis over een specifiek transcultureel thema of onderwerp (NVVP, 2020).

Momenteel is onbekend hoeveel Nederlandse psychiaters en aiossen zichzelf als cultureel competent beschouwen en hoeveel van hen bekend zijn met het CFI en dit instrument gebruiken. Het is ook onbekend of er een verschil is tussen psychiaters en aiossen wat betreft hun culturele competentie. Geen artikelen konden worden geïdentificeerd over dit onderwerp. Bovendien is er geen informatie

over de vraag of er behoefte is aan aanvullende culturele competentietraining voor GGZ hulpverleners. Het onderzoeken van mogelijke verschillen in culturele competentie tussen aiossen en ervaren psychiaters is informatief voor professionele (competentie)ontwikkeling, eventueel toegesneden op verschillende groepen, ter verbetering van patiëntenzorg en ter bevordering van evidence-based praktijken in transculturele psychiatrie. Het doel van deze studie is om de zelf-beoordeelde culturele competentie van Nederlandse psychiaters en aiossen te beoordelen, inclusief hun begrip van het CFI, en eventuele onvervulde behoeften in hun culturele competentie-opleiding te identificeren.

Methoden

Onderzoeksprocedure

Een online enquête werd ontwikkeld met behulp van Qualtrics - een professionele toepassing die voldoet aan de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en de anonimiteit van de deelnemers waarborgt – en verspreid via een e-maillink. De enquête werd verzonden naar psychiaters en aios werkzaam bij instellingen die zijn aangesloten bij het Noord-Nederlands opleidingsconsortium Psychiatrie, waaronder Lentis, GGZ Drenthe, GGZ Friesland en het Universitair Centrum Psychiatrie (UCP) van het Universitair Medisch Centrum Groningen. De gegevens werden verzameld tussen september en oktober 2020. De studie werd uitgevoerd in overeenstemming met de Good Clinical Practice-richtlijnen, de Verklaring van Helsinki en de Nederlandse wetgeving inzake onderzoek met menselijke proefpersonen en privacy. Dit niet-interventionele onderzoek voldoet niet aan de criteria voor formele toetsing onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) in Nederland.

Inclusie- en exclusiecriteria

GGZ-hulpverleners kwamen in aanmerking voor inclusie als ze 1) geregistreerde psychiater in Nederland waren of 2) aios waren in een Nederlands opleidingsprogramma tot psychiater, en 3) werkzaam waren in een van de vier instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in het noorden van Nederland (Lentis, GGZ Drenthe, GGZ Friesland, Universitair Centrum Psychiatrie Groningen). Uitsluitingscriteria waren: 1) andere disciplines in de geestelijke gezondheidszorg (bijv. psychologen, psychiatrisch verpleegkundigen), en 2) niet werkzaam zijn in het noorden van Nederland.

Vragenlijst

Een online enquête werd ontwikkeld, bestaande uit 10 zowel open als meerkeuzevragen (zie bijlage), om de perspectieven van de deelnemers op hun culturele competentie in de geestelijke gezondheidszorg te onderzoeken.

Data-analyse

Beschrijvende statistische maten (frequenties, gemiddelden en standaardafwijkingen) werden berekend om de demografische kenmerken van de deelnemers en hun antwoorden op de vragenlijst te analyseren. De gegevens werden geanalyseerd met IBM SPSS 25.0 (IBM Corp. Released, 2017).

Resultaten

Studiepopulatie

De enquête werd verzonden naar psychiaters en aios (artsen in opleiding tot specialist) van vier instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in het noorden van Nederland. Een herinneringsmail werd eenmaal verzonden na twee weken. Alle aios in het consortium (n = 121) ontvingen de vragenlijst, 38 vulden deze volledig in (responspercentage 31%). De psychiaters ontvingen de vragenlijst via de interne netwerken van de deelnemende instellingen. Het exacte aantal psychiaters dat de online vragenlijst ontving, is onbekend en wordt geschat op ongeveer 250, waarvan er 59 de vragenlijst volledig invulden (responspercentage 30%). In totaal hebben 137 respondenten de vragenlijst ingevuld, waarvan 97 deze volledig hebben ingevuld. De resultaten van de 97 volledig ingevulde vragenlijsten worden beschreven in deze studie. Ongeveer 80% van de deelnemers met een volledig ingevulde vragenlijst had een Nederlandse culturele achtergrond, 3% had een niet-Nederlandse Westerse (Europese) oorsprong en 17% had een niet-westerse culturele achtergrond of een gemengde culturele achtergrond. Het gemiddelde aantal jaren klinische ervaring onder de psychiaters was 17,66 (range: 5-38 jaar), terwijl het voor aios 5,24 was (range: 1-25 jaar). Tabel 1 geeft een samenvatting van de belangrijkste aspecten van culturele competentie voor beide groepen.

Psychiaters

Van de psychiaters gaf 88% aan dat ze tijdens het diagnostische proces en de behandeling rekening houden met culturele verschillen, bijvoorbeeld door extra aandacht te besteden aan de taal- en begripsvaardigheden van de patiënt, het gebruik van een tolk, het gebruik van het CFI of door te verwijzen naar een interculturele afdeling (zie Tabel 1.). De psychiaters meldden ook dat het betrekken van het sociale steunsysteem van de patiënt, inclusief spirituele of religieuze figuren, kan helpen om patiënten en de uiting van hun symptomen te begrijpen. Hoewel de meerderheid van de psychiaters rapporteerde aandacht te besteden aan culturele verschillen, meldde 37% dat interculturele psychiatrie niet genoeg aandacht kreeg binnen hun afdeling. Ongeveer 70% van de psychiaters vond het uitdagend om patiënten uit verschillende culturele achtergronden te behandelen. De uitdagingen die ze tegenkwamen, omvatten vermijdend gedrag in de zorg, lage therapietrouw, verschillende interpretaties van psychologische symptomen (bijv. auditieve of visuele hallucinaties) en moeilijkheden bij het onderscheiden van symptomen van ziekte, migratieproblemen, familieproblemen en psychiatrische problemen. Suïcidale gedachten en gedragingen bij afgewezen asielzoekers, oorlogstrauma's en taboes rondom geestelijke gezondheidsproblemen kunnen volgens de psychiaters leiden tot ethische dilemma's. Zeventien procent van de psychiaters gaf aan dat ze zich onvoldoende bekwaam voelden in de behandeling van patiënten met een andere culturele achtergrond, en ongeveer 70% gaf aan dat ze graag aanvullende trainingen en opfriscursussen op dit gebied zouden willen. Van de psychiaters was 56% niet bekend met het CFI, terwijl nog eens 32% ervan op de hoogte was maar deze nooit had gebruikt.

Tabel 1. Culturele competentie van psychiaters en aiossen

Vraag	Antwoord	Psychiaters (%) N=59	Aios (%) N=38
Houdt u rekening met culturele verschillen tijdens het diagnostische en behandelingsproces?	Ja	88.1	86.8
	Nee	11.9	13.2
Vindt u dat interculturele psychiatrie voldoende aandacht krijgt op uw afdeling?	Helemaal mee oneens	5.1	2.6
	Mee oneens	32.3	47.4
	Neutraal	37.3	31.6
	Mee eens	16.9	18.4
	Helemaal mee eens	8.5	0
Vindt u het uitdagend om patiënten uit verschillende culturele achtergronden te behandelen?	Ja	70	76
	Nee	30	24
Beschouwt u zichzelf als bekwaam om met patiënten uit verschillende culturele achtergronden te werken?	Helemaal mee oneens	3.4	0
	Mee oneens	13.6	31.6
	Neutraal	39.0	34.2
	Mee eens	40.7	31.6
	Helemaal mee eens	3.4	2.6
Is er meer training nodig in culturele competentie?	Ja	70	84
	Nee	30	16
Hoe vaak gebruikt u het Culturele Formulering interview?	Regelmatig	8.5	7.9
	Eenmaal	3.4	10.5
	Nooit, maar op de hoogte van het CFI	32.2	34.2
	Niet bekend met het CFI	55.9	47.4

Aios

Achtentachtig procent van de aios gaf aan rekening te houden met culturele verschillen tijdens het diagnostische proces en de behandeling. Hierbij werden de volgende aspecten in overweging genomen: de taalbarrière, manifestaties van klinische presentatie, genetische verschillen in medicatiemetabolisme, de rol van het sociale steunsysteem, het niveau van integratie in de samenleving en culturele verwachtingen met betrekking tot etiquette, zoals wel of niet handen schudden. Aios vonden het belangrijk om het sociale steunsysteem van de patiënt bij de behandeling te betrekken, bijvoorbeeld door gedeelde besluitvorming en discussies over culturele verschillen die een rol kunnen spelen. Van de aios gaf 50% aan dat er binnen hun afdeling niet genoeg aandacht wordt besteed aan interculturele psychiatrie. Ongeveer 76% van de aios meldde dat ze het behandelen van patiënten uit verschillende culturele achtergronden als een uitdaging beschouwen. Een paar aios gaven aan moeite te hebben met het bepalen hoe diep ze moeten ingaan op de

culturele achtergrond van een patiënt en waar ze grenzen moeten stellen. Bijna 32% van de aios voelde zich niet voldoende bekwaam in het behandelen van patiënten uit verschillende culturele achtergronden en ongeveer 84% gaf aan behoefte te hebben aan verdere training. Meer dan de helft van de aios (n=20) die aan de enquête deelnamen, vroeg om meer diepgaand onderwijs over dit onderwerp en toegang tot laagdrempelige consultatie met gespecialiseerde centra in de regio. Ze raadden aan transculturele centra op te richten in alle 12 provincies van Nederland, culturele adviseurs in te schakelen en aanvullende cursussen, lezingen, symposia of congressen te volgen. Bijna de helft van de aios (47%) was niet op de hoogte van het CFI, terwijl 34% er wel van wist maar deze nooit had gebruikt. Minder dan de helft van de aios (n=18) die de vragenlijst hadden ingevuld, raadde een open, respectvolle en nieuwsgierige benadering aan, inclusief het expliciet vermelden van wat bekend en onbekend is over de cultuur van de patiënt om een goede alliantie te ontwikkelen. Bij weerstand adviseerden ze de culturele oorsprong te onderzoeken en kritisch te evalueren hoe men omgaat met culturele verschillen. Een paar aiossen (n=5) suggereerden om deel te nemen aan een stage bij een transcultureel centrum en dit verplicht te stellen tijdens het opleidingsprogramma. Ze raadden ook aan andere culturen te ervaren door te wonen, werken of studeren in het buitenland, te lezen over verschillende culturen, de patiënt te vragen naar hun ervaringen en begrip van hun land van verblijf en de tijd te nemen om andere culturen te leren kennen.

Discussie

Onze studie maakt duidelijk dat 17% van de psychiaters en bijna een derde van de aiossen in het noorden van Nederland zich onvoldoende bekwaam voelt om patiënten met een andere culturele achtergrond te behandelen. Ondanks het erkennen van het belang van de culturele achtergrond van een patiënt met betrekking tot taal, houding, psycho-educatie of behandeling, was 56% van de psychiaters en 47% van de assistenten niet bekend met het Cultural Formulation Interview (CFI). Dit is opmerkelijk gezien het feit dat zowel de DSM-5 als de Nederlandse richtlijn voor culturele diversiteit in de geestelijke gezondheidszorg (APA, 2013; GGZ Standaarden, 2020) het gebruik van het CFI aanbevelen. Bovendien beschouwde respectievelijk 70% van de psychiaters en 76% van de assistenten het behandelen van mensen met verschillende culturele achtergronden als een uitdaging. Het gebruik van het CFI kan zorgverleners in de GGZ ondersteunen bij het contact, de relatie, het opbouwen van vertrouwen en therapeutische allianties met patiënten met een andere culturele achtergrond.

Wereldwijd worden GGZ-hulpverleners van alle disciplines langzaam bewust van het CFI (Corral et al., 2017). Ondanks deze groeiende bewustwording heeft de literatuur aangetoond dat er talloze barrières zijn voor de implementatie van het CFI. Sommige zorgverleners twijfelen aan het belang van het CFI als geheel of aan specifieke vragen ervan, terwijl anderen de haalbaarheid ervan tijdens de diagnostische fase in twijfel trekken. Zorgverleners uiten ook zorgen over het begrip van de vragen door patiënten en de mogelijke negatieve reacties of emoties. Ten slotte draagt een gebrek aan motivatie onder zorgverleners ook bij aan het beperkte gebruik van het CFI (Jarvis et al., 2020).

Onze studie toont aan dat de meerderheid van de psychiaters (70%) en assistenten (84%) aangaf behoefte te hebben aan aanvullende training in culturele competentie. Het structureel inbedden van het CFI in de opleiding van geestelijke gezondheidszorgprofessionals die patiënten uit andere culturele achtergronden behandelen, en het opnemen van de vragenlijst in het intakegesprek, zou een cruciale stap kunnen zijn om de geestelijke gezondheidszorg voor dergelijke patiënten te verbeteren. Verdere training en bijscholing op het gebied van culturele competentie kunnen zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg helpen de vaardigheden te verwerven die nodig zijn om effectief met patiënten uit verschillende culturen te werken. Door culturele competentie te bevorderen onder geestelijke gezondheidsprofessionals kunnen we bijdragen aan het verminderen van gezondheidsverschillen tussen culturele groepen, racisme en discriminatie bestrijden (Eken et al., 2021).

Culturele competentie is een complexe en dynamische combinatie van kennis, attitudes en vaardigheden die niet kan worden verkregen door een enkele didactische ervaring en voortdurende educatie vereist (bijvoorbeeld opfriscursussen) (Mills et al., 2017). Er is wereldwijd geen consensus over wat het voorkeursmodel is voor het onderwijzen van culturele competentie. Een review van Venkataramu et al. (2021) beschreef de verschillende methoden die worden gebruikt voor training in culturele competentie en onderscheidde de volgende groepen: actieve/passieve/gemengde en groepstraining/individuele training. Deze methoden omvatten documentaires of niet-gekenmerkte filmtraining, secundaire en intercollegiale modellen, besprekingen van casusvignetten, Objectieve Gestructureerde Klinische Examinatie (OSCE), gedragsmatige simulatie, video-demonstratie, culturele discussie in rondes en traditioneel klinisch onderwijs (Venkataramu et al., 2021).

Voor meerdere jaren werd binnen het Nederlandse psychiatrieopleidingsprogramma een vrijwillige cursus over culturele competentie aangeboden. Ondanks de opname ervan in het cursuscurriculum zijn veel aiossen en psychiaters zich nog steeds niet bewust van het CFI. Transculturele psychiatrie is een verplicht onderdeel binnen het landelijk opleidingsplan voor psychiaters dat sinds 2020 is ingegaan, maar de cursuseisen en de inhoud zijn niet uitgewerkt (NVVP2020). De beoordeling in het nieuwe opleidingsprogramma voor psychiatrie in Nederland is gebaseerd op Entrustable Professional Activities (EPA's) en training is gestructureerd rond het stapsgewijze bereiken van competentie- en bekwaamheidsniveaus. Voor elke EPA moet de assistent aantonen dat hij de vereiste kennis, vaardigheden en houding heeft verworven (NVVP, 2020). Helaas worden de transculturele aspecten van de psychiatrie niet expliciet behandeld in de EPA's, ondanks dat patiënten uit niet-dominante culturele achtergronden tot de grootste groepen behoren die melding maken van psychische problemen. Studies in andere disciplines hebben aangetoond dat training in culturele competentie gepaard gaat met verbeterde culturele competentie van zorgverleners en verhoogde tevredenheid van patiënten (Govere et al., 2016).

Ondanks de frequent aangegeven wens van psychiaters en aiossen (respectievelijk 70 en 84%) voor meer training in culturele competentie, blijft de aandacht voor dit onderwerp beperkt en gefragmenteerd. Volgens Mollah et al. (2018) zijn beperkte

toegang tot tolken en desinteresse van organisaties nog steeds barrières voor het bevorderen van culturele competentie, terwijl organisatorische ondersteuning, persoonlijke motivatie van zorgverleners en professionele veerkracht cruciale facilitators blijven voor het handhaven van culturele competentie in de klinische praktijk (Mollah et al., 2018).

Om kwalitatieve zorg te bieden aan patiënten met diverse culturele achtergronden, is het essentieel dat GGZ hulpverleners, inclusief aiossen, culturele competentie ontwikkelen. Geestelijke gezondheidszorginstellingen moeten barrières verminderen en trainingsmogelijkheden faciliteren. Naast training en het opnemen van het CFI in consultaties, wordt ook voorgesteld om de vertegenwoordiging van minderheidsgroepen in psychiatrische instellingen te vergroten (Rice & Harris, 2021).

Onze studie heeft beperkingen. Van de 121 benaderde assistenten hebben slechts 38 de vragenlijst ingevuld en geretourneerd, en van de 250 psychiaters hebben slechts 59 de vragenlijst ingevuld en geretourneerd. Deze lage respons beperkt de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten en de mogelijkheid van selectiebias kan niet worden uitgesloten. De steekproefgroottes zijn ook klein, wat de nauwkeurigheid van de resultaten kan beïnvloeden. Bovendien is de vragenlijst die in dit onderzoek is gebruikt niet gevalideerd. De studie werd uitgevoerd onder psychiaters en aios in het noorden van Nederland, wat betekent dat de resultaten mogelijk niet gegeneraliseerd kunnen worden naar andere beroepen zoals psychologen of verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg. Bovendien is de vragenlijst van subjectieve aard, waarbij aios en psychiaters worden gevraagd hun competentie zelf te beoordelen. Deze benadering weerspiegelt mogelijk hun percepties, maar kan ook worden beïnvloed door factoren zoals sociale wenselijkheid (Jarvis et al., 2020).

Ondanks deze beperkingen is dit, voor zover wij weten, de eerste studie die de culturele competentie van geestelijke gezondheidsprofessionals in Nederland beoordeelt, en de verkregen inzichten kunnen waardevol zijn voor professionals in andere landen. Toekomstige opleidingen van geestelijke gezondheidsprofessionals kunnen de relevantie van culturele competentie op patiëntniveau, het niveau van zorgverleners, het afdelings-, organisatie- en politieke niveau adresseren (Bäärnhielm et al., 2022).

Onze studie richtte zich op de evaluatie van de culturele competentie van uitsluitend geestelijke gezondheidszorgprofessionals. In toekomstig onderzoek zou het ook interessant zijn om het perspectief van patiënten uit verschillende achtergronden te onderzoeken en hoe zij de culturele competentie van hun geestelijke gezondheidsprofessionals waarnemen. Er zijn inderdaad raciale en etnische verschillen in hoe patiënten de culturele competentie van hun zorgverleners waarnemen, en de verschillen zijn uitgesproken bij patiënten met depressie (Eken et al., 2021). In toekomstige studies is het cruciaal om de meest effectieve methode voor het instrueren van aiossen in culturele competentie te bepalen, aangezien het bevorderen van deze vaardigheid tijdens de vroege stadia van hun carrière aanzienlijke voordelen kan opleveren voor zowel patiënten als de aios zelf.

Conclusie

In Noord-Nederland vond de meerderheid van de psychiaters en aiossen die aan deze studie deelnamen, het behandelen van patiënten uit verschillende culturen als een uitdaging. Aios voelden zich minder cultureel bekwaam en waren minder vaak bekend met het CFI in vergelijking met psychiaters. Beide groepen gaven in ruime meerderheid aan een behoefte te hebben aan meer training in culturele competentie.

Dankbetuigingen

De studie zou niet mogelijk zijn geweest zonder de bijdrage van onze collega's, waaronder psychiaters en assistenten. We willen Rogier Hoenders en Christien Slofstra bedanken voor respectievelijk de voorbereiding en distributie van de vragenlijst, en Annet Smit voor haar rol in gegevensverwerking. Ten slotte waarderen we Joel Baker voor het redigeren van de tekst.

Financiering

De auteur(s) hebben geen financiële ondersteuning ontvangen voor het onderzoek, de auteurschap en/of publicatie van dit artikel.

Referenties

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.).
- Amiri, S. (2022a). Global prevalence of anxiety and PTSD in immigrants: A systematic review and meta-analysis. *Globale Prävalenz von Angst und PTSD bei Migranten: systematischer Review und Metaanalyse. Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation : Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater*, 36(2), 69–88.
- Amiri, S. (2022b). Prevalence of suicide in immigrants/refugees: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Suicide Research*, 26(2), 370–405.
- Bäärnhielm, S., & Schouler-Ocak, M. (2022). Training in cultural psychiatry: Translating research into improvements in mental health care for migrants. *Transcultural Psychiatry*, 59(2), 111–115. <https://doi.org/10.1177/13634615221089>
- Bhui, K., Warfa, N., Edonya, P., McKenzie, K., & Bhugra, D. (2007). Cultural competence in mental health care: A review of model evaluations. *BMC Health Services Research*, 7, 15.
- Burchum, J. L. (2002). Cultural competence: An evolutionary perspective. *Nursing Forum*, 37(4), 5–15.
- Castillejos, M. C., Martín-Pérez, C., & Moreno-Küstner, B. (2018). A systematic review and meta-analysis of the incidence of psychotic disorders: The distribution of rates and the influence of gender, urbanicity, immigration and socio-economic level. *Psychological Medicine*, 48(13), 2101–2115.

- Centraal Bureau voor Statistiek. (2022). <https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/dossier-asiel-migratie-en-integratie/hoeveelmensen-met-een-migratieachtergrond-wonen-in-nederland>
- Corral, I., Johnson, T. L., Shelton, P. G., & Glass, O. (2017). Psychiatry resident training in cultural competence: An Educator's Toolkit. *The Psychiatric Quarterly*, 88(2), 295–306.
- Eken, H. N., Dee, E. C., Powers, A. R., 3rd, & Jordan, A. (2021). Racial and ethnic differences in perception of provider cultural competence among patients with depression and anxiety symptoms: A retrospective, population-based, cross-sectional analysis. *The Lancet: Psychiatry*, 8(11), 957–968.
- GGZ Standaarden. (2020). Generieke module diversiteit. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diversiteit/introductie>
- Gopalkrishnan, N. (2018). Cultural diversity and mental health: Considerations for policy and practice. *Frontiers in Public Health*, 6, 179.
- Govere, L., & Govere, E. M. (2016). How effective is cultural competence training of healthcare providers on improving patient satisfaction of minority groups? A systematic review of literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(6), 402–410.
- Hodes, M., Vasquez, M. M., Anagnostopoulos, D., Triantafyllou, K., Abdelhady, D., Weiss, K., Koposov, R., Cuhadaroglu, F., Hebebrand, J., & Skokauskas, N. (2018). Refugees in Europe: national overviews from key countries with a special focus on child and adolescent mental health. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(4), 389–399.
- IBM Corp. Released (2017). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jarvis, G. E., Kirmayer, L. J., Gómez-Carrillo, A., Aggarwal, N. K., & Lewis-Fernández, R. (2020). Update on the Cultural Formulation Interview. *Focus*, 18(1), 40–46.
- Keyser, V., Gamst, G., Meyers, L. S., Der-Karabetian, A., & Morrow, G. (2014). Predictors of self-perceived cultural competence among children's mental health providers. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 20(3), 324–335.
- Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., & Kirmayer, L. J. (2020). The cultural formulation interview: Progress to date and future directions. *Transcultural Psychiatry*, 57(4), 487–496.
- Liu, J., Gill, E., & Li, S. (2021). Revisiting cultural competence. *The Clinical Teacher*, 18(2), 191–197.
- Mills, S., Xiao, A. Q., Wolitzky-Taylor, K., Lim, R., & Lu, F. G. (2017). Training on the DSM-5 Cultural Formulation Interview improves cultural competence in general psychiatry residents: A pilot study. *Transcultural Psychiatry*, 54(2), 179–191.
- Mollah, T. N., Antoniadis, J., Lafeer, F. I., & Brijnath, B. (2018). How do mental health practitioners operationalise cultural competency in everyday practice? A qualitative analysis.
- BMC Health Services Research, 18(1), 480. National Health and Medical Research Council. (2006). Cultural competency in health: A guide for policy, partnerships and participation. Commonwealth of Australia.
- NVVP. (2020). "De Psychiater" describing the Dutch national educational system and content for residents psychiatry. Retrieved September 13, 2023, from <https://www.NVVP.net/opleiding>

- Qureshi, A., Collazos, F., Ramos, M., & Casas, M. (2008). Cultural competency training in psychiatry. *European Psychiatry*, 23(Suppl. 1), 49–58.
- Rice, A. N., & Harris, S. C. (2021). Issues of cultural competence in mental health care. *Journal of the American Pharmacists Association*, 61(1), e65–e68.
- Soto, A., Smith, T. B., Griner, D., Domenech Rodríguez, M., & Bernal, G. (2018). Cultural adaptations and therapist multicultural competence: Two meta-analytic reviews. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1907–1923.
- Venkataramu, V. N., Vajawat, B., Raghuraman, B. S., & Chaturvedi, S. K. (2021). Cultural competency training for psychiatry residents and mental health professionals: A systematic review. *The International Journal of Social Psychiatry*, 67(7), 833–839.
- Viswanath, B., & Chaturvedi, S. K. (2012). Cultural aspects of major mental disorders: A critical review from an Indian perspective. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(4), 306–312.
- Watt, K., Abbott, P., & Reath, J. (2016). Developing cultural competence in general practitioners: An integrative review of the literature. *BMC Family Practice*, 17(1), 158.
- White, J., Plompen, T., Tao, L., Micallef, E., & Haines, T. (2019). What is needed in culturally competent healthcare systems? A qualitative exploration of culturally diverse patients and professional interpreters in an Australian healthcare setting. *BMC Public Health*, 19(1), 1096

Bijlage*Professionele interculturele ervaringen in de psychiatrie*

Hieronder volgt een reeks verklaringen en vragen met betrekking tot culturele competentie. Geef alstublieft uw mate van overeenstemming of niet-overeenstemming aan. Er zijn ook open vragen opgenomen. Selecteer de respons die het meest overeenkomt met uw ervaring voor elke vraag: a = zeer mee oneens b = mee oneens c = neutraal d = mee eens e = zeer mee eens

- 1 Wat is uw professionele rol in de psychiatrie? a. Assistent b. Psychiater
- 2 Hoeveel jaar ervaring heeft u in de psychiatrie?
- 3 Met welke instelling voor geestelijke gezondheidszorg bent u verbonden?
- 4 Wat is uw culturele achtergrond?
 - a. Nederlands
 - b. Niet-Nederlands (Europees)
 - c. Anders
- 5 Ik houd rekening met culturele verschillen tijdens het diagnostische en behandelingsproces
 - a. Ja (graag toelichten)
 - b. Nee
- 6 Het behandelen van patiënten uit verschillende culturele achtergronden is een uitdaging voor mij
 - a. Sterk mee oneens
 - b. Mee oneens
 - c. Neutraal
 - d. Mee eens (specificeer de uitdagende aspecten)
 - e. Zeer mee eens (specificeer de uitdagende aspecten)
- 7 Op mijn afdeling wordt voldoende aandacht besteed aan interculturele psychiatrie?
 - a. Sterk mee oneens
 - b. Mee oneens
 - c. Neutraal
 - d. Mee eens
 - e. Zeer mee eens

- 8 Ik voel me bekwaam om patiënten uit verschillende culturele achtergronden te behandelen
 - a. Sterk mee oneens
 - b. Mee oneens
 - c. Neutraal
 - d. Mee eens
 - e. Zeer mee eens

- 9 Is er meer training nodig op het gebied van culturele competentie voor u?
 - a. Ja (Welke vorm van training?)
 - b. Nee

- 10 Hoe vaak heeft u de Cultural Formulation Interview (CFI) gebruikt bij patiënten met verschillende culturele achtergronden?
 - a. Nooit, maar ik ben geïnformeerd over de CFI
 - b. Altijd
 - c. Een keer
 - d. Regelmatig
 - e. Ik ben niet op de hoogte van de CFI

De rol van geslacht en leeftijd op de effectiviteit van een sociale cognitieve training in virtual reality bij patiënten met een psychosespectrumstoornis

M. van der Zande, S.A. Nijman, W.A. Veling, G.H.M. Pijnenborg, B.E. Sportel*

Samenvatting

Achtergrond

Mensen met een psychosespectrumstoornis hebben vaak problemen met sociale cognitie en sociaal functioneren. Het trainen van sociale cognitie lijkt dit te verbeteren. Er zijn aanwijzingen dat de effectiviteit van deze trainingen afhangt van individuele kenmerken van de deelnemer. In deze RCT onderzoeken we de rol van geslacht en leeftijd bij een sociale cognitietraining in Virtual Reality voor mensen met een psychosespectrumstoornis, de DiSCoVR-training versus de actieve controleconditie VRelax.

Methode

Deelnemers werden random ingedeeld in de DiSCoVR sociale cognitietraining (n=33, waarvan 9 vrouwen) of de actieve controleconditie (n= 33, waarvan 13 vrouwen). Met de Ekman 60 Faces Test werd de effectiviteit van de training gemeten, middels een voor- en nameting.

Resultaten

In de tweeweg ANOVA waarin de relatie tussen geslacht, behandelconditie en de Ekman 60 Faces Test-verschilscore tussen de voor- en nameting werd getoetst, bleek er een significant interactie-effect te zijn waarbij vrouwen in de DiSCoVR-training een significant hogere verschilscore hadden dan mannen op het herkennen van emotionele gezichtsuitdrukkingen $F(1,62) = 6,424, p = ,01$, dit werd niet gevonden in bij VRelax. Uit de Z-toets bleek er geen verschil te zijn tussen DiSCoVR en VRelax op de correlatie tussen de leeftijd van deelnemers en de effectiviteit van de training op de verschilscore op de Ekman 60 Faces Test.

Discussie

Het gevonden resultaat is een indicatie dat vrouwen meer profiteren van een sociale cognitietraining dan mannen. Dit betekent dat de DiSCoVR training vooral voor vrouwen potentie heeft. Vervolgonderzoek kan zich richten op het herhalen van dit onderzoek met meer proefpersonen, het verklaren van dit verschil tussen mannen en vrouwen en kan zich richten op het effect van de training op sociaal functioneren.

* Correspondentie: esther.sportel@ggzdrenthe.nl

Introductie

Patiënten met een psychosespectrumstoornis¹ hebben vaak problemen in het sociale functioneren. Ze hebben vaak minder sociale contacten, minder sociale activiteiten en minder romantische relaties dan hun leeftijdsgenoten (Larsson et al., 2022). Sociale cognitie is een proces dat ten grondslag ligt aan sociaal functioneren (Cotter et al., 2018). Onder het begrip ‘sociale cognitie’ worden psychologische en cognitieve processen verstaan. Deze worden gebruikt om andere mensen en sociale situaties waar te nemen, te begrijpen en hier mee om te gaan. Het is een multidimensionaal construct dat doorgaans onderverdeeld wordt in vier deelprocessen, namelijk emotieherkenning, sociale perceptie, Theory of Mind en attributie (Green et al., 2015; Yamada et al., 2019).

Mensen met een psychosespectrumstoornis hebben vaak beperkingen in de sociale cognitie, onder andere in het herkennen van emotionele gezichtsuitdrukkingen (Kohler et al., 2010; Green et al., 2015). Dit is het proces van het herkennen en kunnen benoemen van de emotionele uitdrukking op het gezicht van een ander persoon en het meest onderzochte deelproces van sociale cognitie en emotieherkenning (Green et al., 2015). Omdat er meermaals een positief verband en significante correlatie is gevonden tussen emotieherkenning en het maatschappelijk functioneren bij psychosespectrumstoornissen (Kee et al., 2003; Javed & Charles, 2018) is dit een belangrijk deelproces om behandeling op te richten (Kohler et al., 2010; Green et al., 2015).

Door het gebruik van medicatie verbetert sociale cognitie en sociaal functioneren weinig tot niet (Riccardi et al., 2021). Er is evidentie dat sociale cognitie wel verbeterd kan worden met een sociale cognitietraining (Grant et al., 2017). In deze trainingen oefenen deelnemers met sociale cognitie door het herhaaldelijk herkennen en benoemen van sociale stimuli (emotionele gezichtsuitdrukkingen). Tevens leren deelnemers compensatietechnieken, zoals het bekijken en benoemen van details van de gezichtsuitdrukking (Nijman et al., 2019). Hierbij wordt meestal gebruik gemaakt van videobeelden, foto's, powerpoint presentaties, handouts en huiswerkopdrachten (Grant et al., 2017). Soms worden onderdelen van de training digitaal aangeboden via de computer.

Een manier om de sociale cognitietraining te verbeteren is het gebruik van Virtual Reality (VR). De aanname is dat hoe meer de context die geboden wordt in de training op het dagelijks leven lijkt, hoe makkelijker het geleerde toegepast kan worden (Horan & Green, 2019; Nijman et al., 2020a). Een recent in Nederland ontwikkelde sociale cognitietraining in VR bij psychosespectrumstoornissen is DiSCoVR (Nijman et al., 2019). In deze training wordt geoefend met emotieherkenning, sociale perceptie en theory of mind. In de randomized controlled trial (RCT) werd DiSCoVR vergeleken met de actieve controleconditie VRelax, waarbij deelnemers ontspanningsoefeningen volgden in VR. Er was geen sprake van een significant behandel-effect van DiSCoVR op emotieherkenning en sociale cognitie (Nijman et al., 2022), in het pilotonderzoek werd wel een effect gevonden op emotieherkenning (Nijman et al., 2020b). Horan en Green (2019) geven echter aan dat het waardevol is om individuele factoren te onderzoeken die

¹ Disclaimer: dit artikel is geschreven in lijn met het huidige taalgebruik, waardoor er geschreven wordt over psychosespectrumstoornissen. Het meeste onderzoek is echter gedaan naar schizofrenie.

van invloed kunnen zijn op de behandeling, zoals geslacht en leeftijd, omdat meer inzicht in factoren voor behandel succes richting geeft voor de ontwikkeling van toekomstige behandelingen. Binnen DiSCoVR is gekeken naar prestatie op een VR taak voor emotieherkenning. Hieruit kwam naar voren dat emotieherkenning tijdens de training in VR minder goed is naarmate de gemiddelde leeftijd van de behandelgroep hoger is, echter is niet onderzocht of dit de effectiviteit van de training beïnvloed buiten VR. Voor geslacht werd geen verschil gevonden (Nijman et al., 2023).

Uit onderzoek naar de rol van geslacht op sociale cognitietaken blijkt uit de meeste studies dat hierin geen verschil is tussen mannen en vrouwen (Ferrer-Quintero et al., 2021; Giordano et al., 2021). Wel blijken vrouwen consistent iets beter in het herkennen van non-verbale emoties dan mannen (Thompson & Voyer, 2014). Recent is in een meta-analyse gekeken naar het verband tussen geslacht en het effect van sociale cognitietrainingen. Nijman et al. (2020a) vonden een trend bij sociale cognitietrainingen dat als er meer mannen in een behandelgroep zitten, het effect van de training op het functioneren minder groot is. Dit suggereert dat mannen mogelijk minder profiteren van een sociale cognitietraining (Horan & Green, 2019). Nijman et al. (2020a) vonden in voorgenoemde meta-analyse echter geen effect van geslacht. Over de invloed van leeftijd op sociale cognitie is bekend dat een hogere leeftijd verband houdt met slechter sociaal cognitief functioneren (Moran et al., 2012). Hoe ouder mensen zijn, hoe langzamer ze over het algemeen emotionele gezichtsuitdrukkingen kunnen herkennen, wel blijft de accuraatheid intact (Arioli et al., 2018).

Naar het verband tussen leeftijd en sociale cognitie training is naar ons weten weinig eerder onderzoek gedaan. Er zijn wel aanwijzingen dat een sociale cognitietraining meer effect heeft op het herkennen van emotionele gezichtsuitdrukkingen bij een langere ziekte duur (Kurtz & Richardson, 2012). Voor leeftijd wordt in meta-analyses soms gevonden dat met het toenemen hiervan minder goede behandel effecten op sociale cognitie behaald worden (Kurtz & Richardson, 2012), soms wordt helemaal geen leeftijdseffect gevonden (Yeo et al., 2022).

Voor zover bekend is niet eerder direct onderzocht welke invloed leeftijd en geslacht hebben op de effectiviteit van een sociale cognitietraining in VR voor psychosespectrumstoornissen. Huidig onderzoek probeert daar meer zicht op te geven. De volgende vraagstellingen worden onderzocht: 1) Wat is de rol van geslacht op verandering in emotieherkenning na de sociale cognitietraining in VR? 2) Is er een verband tussen leeftijd en verandering in emotieherkenning na de sociale cognitietraining in VR?

Methode

Opzet van de studie

De onderzoeksvraag was een deelvraag in het DiSCoVR-onderzoek, een multicenter RCT naar de effectiviteit van een training in VR voor het verbeteren van sociale cognitie bij mensen met een psychosespectrumstoornis (Nijman et al., 2019; Nijman et al., 2022). Het betreft een single-blind gerandomiseerd onderzoek, waarbij DiSCoVR (VR-SCT) vergeleken wordt met VRelax (VR ontspanningstherapie).

Deelnemers, in- en exclusiecriteria

Deelnemers aan het onderzoek waren in zorg bij één van de volgende vijf instellingen in Nederland: het Universitair Medisch Centrum Groningen, GGZ Drenthe, GGZ Delfland, Zeeuwse Gronden en GGZ Westelijk Noord-Brabant. Inclusiecriteria waren een diagnose van psychotische klachten volgens de DSM-5 criteria, een indicatie van moeite met sociale cognitie en leeftijd tussen de 18 en 65 jaar. De exclusiecriteria waren een geschat of gemeten IQ onder de 70, onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal of epilepsie.

Medisch ethische toetsing

Het DiSCoVR-onderzoek is door de Medische Ethische Toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum in Groningen (METc) goedgekeurd (dossiernummer 2017/573, ABR: NL63206.042.17).

Procedure

De deelnemers werden geworven via behandelaren, flyers en posters binnen de instellingen. Bij interesse nam de onderzoeker contact op voor een screeningsgesprek en werden inclusie- en exclusiecriteria gecheckt, waarna de patiënt meer informatie ontving over het onderzoek. De patiënten hadden na dit gesprek een week bedenktijd waarna ze konden aangeven of ze deel wilden nemen aan het onderzoek en een geschreven informed consent konden tekenen. Deelnemers ontvingen maximaal 90 euro voor deelname, afhankelijk van hun aanwezigheid bij de meetmomenten.

Per instelling werden randomisatie-strata gemaakt. Binnen deze strata werden de deelnemers middels blokrandomisatie met willekeurige bloksgrootte (2, 4 of 6) willekeurig toegewezen aan behandeling met het DiSCoVR-protocol of de actieve controle conditie VRelax door een onafhankelijke medewerker van het Universitair Centrum voor Psychiatrie. Dit gebeurde met behulp van het R package 'blockrand'. In het huidige onderzoek hebben we data van twee meetmomenten gebruikt: een voormeting voor de interventie (T0) en een nameting binnen twee weken na het afronden van de interventie (T1). Deze metingen werden uitgevoerd door assessoren die niet wisten in welke conditie de deelnemers zaten.

Na de voormeting hadden de deelnemers zestien sessies in VR met DiSCoVR of VRelax, verdeeld over acht weken. Na deze acht weken volgde de nameting. Deelnemers die stopten tijdens de training werd alsnog gevraagd de nameting in te vullen. Wanneer zowel een voor- als nameting aanwezig was, konden de data van deelnemers gebruikt worden in de analyse. Hierbij werden ook data van deelnemers die waren gestopt met de interventie meegenomen, volgens het 'intention to treat' principe.

Interventies

De DiSCoVR-training werd gegeven door psychologen die minimaal de master klinische psychologie hebben afgerond en een ééndaagse training hebben gevolgd in het DiSCoVR-protocol en het gebruik van de VR-set. De DiSCoVR-conditie bestond uit drie modules gericht op het verbeteren van sociale cognitie. In module één (vijf sessies) oefenden de deelnemers met emotieherkenning, waarbij de deelnemers in VR in een winkelstraat liepen en mensen benaderden die een emotionele gezichtsuitdrukking lieten zien. De deelnemers konden via een meerkeuze-menu aangeven welke emotie ze zagen. Na verloop van de training werden deze emoties

minder sterk weergegeven in de gezichten en kregen deelnemers minder tijd om een antwoord te geven. In de tweede module (vier sessies) oefenden de deelnemers met mentaliseren door het bekijken van sociale gebeurtenissen in VR, waarbij de deelnemers moesten benoemen welk gedrag de karakters lieten zien, hoe ze dachten dat diegene zich voelde en wat deze persoon mogelijk dacht. In de derde module (zeven sessies) oefenden deelnemers met sociale cognitie middels interactieve dynamische rollenspellen, die samen met de deelnemer werden ontworpen zodat ze aansloten bij de persoonlijke leerdoelen. Deze leerdoelen waren bijvoorbeeld het aangeven van grenzen aan collega's of het maken van sociaal contact op een feestje. De actieve controleconditie VRelax werd begeleid door behandelaren met minimaal een bachelor psychologie of meer dan drie jaar ervaring met de doelgroep. Zij volgden eveneens een ééndaagse training in het protocol, de behandeltechnieken en het gebruik van de VR-set. In deze conditie kregen de deelnemers ontspanningsoefeningen aangeboden in VR met de hardware en software van VRelax. De VRelax-software is een wetenschappelijk gevalideerde ontspanningstool in VR, gericht op het verminderen van stress en angst (Veling et al., 2021). Deelnemers leerden te ontspannen door het ervaren van virtuele ontspannende werelden in VRelax en door te oefenen met het herkennen van stressvolle gedachten, het inzetten van adequate coping en het uitvoeren van ontspanningsoefeningen. Deze actieve controleconditie richtte zich dus niet op sociale cognitie, terwijl specifieke factoren als de behandel-frequentie, het aantal sessies, het gebruik van VR en het hebben van een-op-een-persoonlijk contact met een hulpverlener gelijk was aan de behandelconditie.

Meetinstrumenten

De demografische en klinische variabelen zoals leeftijd, geslacht, opleiding, diagnose, medicatie, ziekteduur, aantal psychotische episodes, aantal opnames en opnamestatus werden uitgevraagd op T0. Er werd gevraagd naar wijzingen in deze variabelen op T1.

De *Ekman 60 Faces Test van de Facial Expression of Emotion*: Stimuli and Tests (Ekman 60 Faces Test; Young et al., 2002) werd uitgevoerd op T0 en T1. Dit is een computertaak bestaande uit 60 foto's van gezichten. Op de foto's staan zes vrouwelijke modellen en vier mannelijke modellen die elk zes verschillende emotionele gezichtsuitdrukkingen laten zien, namelijk boosheid, walging, angst, blijdschap, verdriet en verrassing. Daarbij moet via meerkeuze worden aangegeven welke emotie dit model uit drukt. Elk goede antwoord geeft één punt. Deze bij elkaar opgeteld geeft de totaalscore op de Ekman 60 Faces Test, met een minimumscore van 0 en een maximumscore van 60. De validiteit en betrouwbaarheid zijn onderzocht en voldoende bevonden (Young et al., 2002). Er is een Ekman 60 Faces Test-verschilscore berekend door de voormeting van de nameting af te trekken (T1-T0), waarbij zodoende een hogere score een sterkere verbetering op emotieherkenning betekent.

Analyse

Voor beide onderzoeksvragen werd een sensitiviteitsanalyse uitgevoerd in G*Power versie 3.1.9.7 (Faul et al., 2007). Voor de eerste deelvraag is een berekening gedaan van de mogelijke effectgrootte uitgaande van een twee-weg-ANOVA (geslacht x behandelconditie) met 66 proefpersonen in 4 groepen (DiSCoVR-man, DiSCoVR-vrouw, VRelax-man en VRelax-vrouw), een β van 0.80 en een α van 0.05. De kleinste

feitelijke effect-grootte waarbij een significante bevinding gedaan kan worden is Cohen's $F = 0.350$, het betreft dan een gemiddeld tot groot effect. Voor de tweede deelvraag is een berekening gedaan van de effectgrootte uitgaande van Z-test van twee onafhankelijke correlaties met 66 proefpersonen in twee groepen, een β van 0.80 en een α van 0.025, tweezijdig. De kleinste feitelijke effect-grootte waarbij een significante bevinding gedaan kan worden is Cohen's $q = 0.796$, het betreft dan een groot effect.

Ter voorbereiding op de analyse per onderzoeksvraag werden eerst de kenmerken van de vier groepen beschreven. Voor alle analyses werden de assumpties gecontroleerd (o.a. outliers, lineariteit, normale verdeling) en niet geschonden bevonden, met uitzondering van één outlier in de DiSCoVR-conditie. Deze deelnemer is niet meegenomen in de analyse. De eerste deelvraag werd beantwoord middels een twee-weg-ANOVA, waarbij zowel geslacht als behandelconditie de onafhankelijke variabelen waren en de Ekman 60 Faces Test-verschilscore ($T1-T0$) de afhankelijke variabele was. Hierbij werd tweezijdig getoetst, waarbij een alpha van 0.05 werd gehanteerd. Na de ANOVA zal een simple-main effects post-hoc analyse uitgevoerd worden op eventuele gevonden significante resultaten, dit middels gepaarde t-toetsen. De tweede deelvraag werd beantwoord door per conditie een Pearson correlatie te berekenen: één voor de DiSCoVR groep en één voor de VRelax groep. Per conditie werd de correlatie tussen leeftijd en de Ekman 60 Faces Test-verschilscore berekend. Deze correlaties werden met elkaar vergeleken door middel van een Z-toets (tweezijdige toetsing, 95% betrouwbaarheidsinterval, $\alpha = 0.05$). Beide condities werden meegenomen om uit te sluiten dat een eventueel gevonden verschil ook aanwezig zou zijn in de actieve controleconditie.

Resultaten

Proefpersonen

Er waren 270 potentiële kandidaten waarvan 81 deelnemers zijn gestart met de trainingen, zie Figuur 1. De analyses werden uitgevoerd met 66 deelnemers, waarbij beide condities 33 deelnemers bevatten. In Figuur 1 is in een stroomdiagram het inclusieverloop weergegeven.

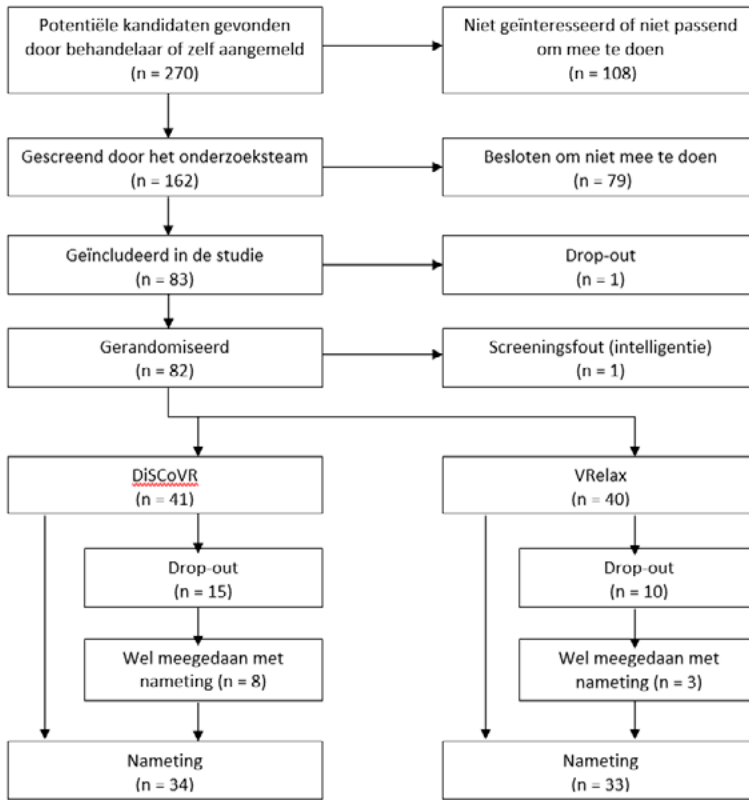
Beschrijvende statistiek

De demografische en klinische variabelen van de deelnemers zijn weergegeven in Tabel 1. De meest voorkomende diagnose bij de proefpersonen is schizofrenie. De leeftijd van de gehele sample heeft een gemiddelde van 37,3 jaar met een minimum van 19 en een maximum van 61 jaar.

De samenhang tussen geslacht en Ekman 60 Faces Test-verschilscore

De tweeweg ANOVA leverde een statistisch significante interactie op, met een medium effectgrootte, tussen het effect van de behandelconditie en geslacht $F(1,62) = 6,424$, $p = .01$, $\eta^2 = 0,09$, waarbij het geslacht een groter effect had in de DiSCoVR conditie. Vrouwen verbeterden significant meer dan mannen in de behandelconditie. In VRelax had geslacht geen effect. In Figuur 2 zijn de gemiddelde Ekman 60 Faces Test-verschil scores weergegeven met hun 95%-betrouwbaarheidsinterval. Het simple-main effect van behandelconditie is niet significant $F(1,64) = 2,970$, $p = ,14$.

Figuur 1: Stroomdiagram van de inclusie van de deelnemers



Het simple-main effect van geslacht is niet significant $F(1,64) = 2.079$, $p = .15$. Uit de gepaarde t-toets blijkt een significant verschil tussen de Ekman 60 Faces Test-voormeting ($M = 42,56$, $SD = 5,53$) en Ekman 60 Faces Test-nameting ($M = 48,11$, $SD = 3,48$) in de DiSCoVR-vrouw groep $t_8 = -3,57$, $p = 0,007$.

De samenhang tussen leeftijd en de Ekman 60 Faces Test-verschilscore

Er zijn geen significante correlaties gevonden tussen leeftijd en de Ekman 60 Faces Test-verschilscore in zowel de DiSCoVR conditie ($r(33) = -.33$, $p = .06$) als de VRelax conditie ($r(33) = -.184$, $p = .31$).

De Z-test liet zien dat er geen statistisch significant verschil is tussen de behandelcondities op het lineaire verband van leeftijd en de Ekman 60 Faces Test-verschilscore, $Z = -.620$, $p = .54$. Uit dit onderzoek blijkt de leeftijd van de deelnemer dus geen verschil te maken voor de effectiviteit van de behandeling.

Discussie

Deze studie was een vervolg op het onderzoek van Nijman et al. (2022) over de effectiviteit van de DiSCoVR-training, waarbij er geen verschil werd gevonden

Tabel 1: Demografische en klinische (baseline) eigenschappen van de deelnemers

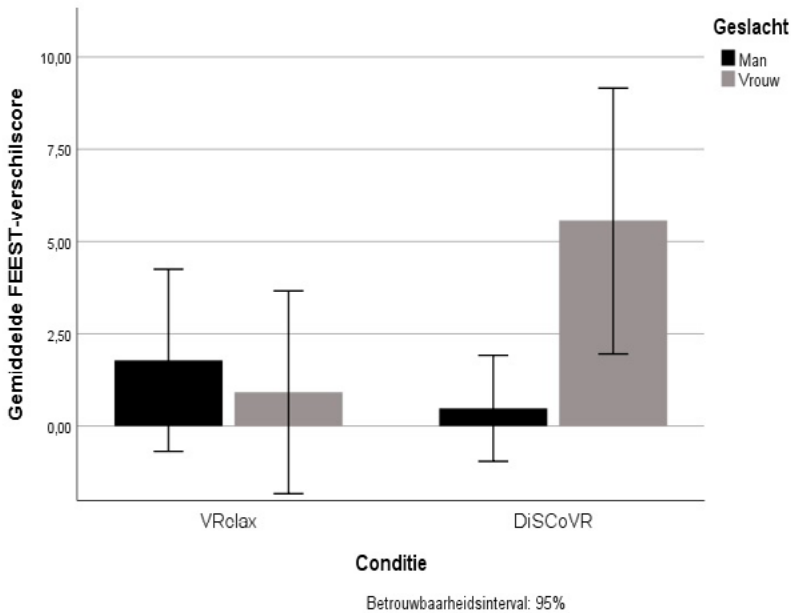
Subgroep		DiSCoVR (n = 33)				VRelax (n = 33)			
		Man (n = 24)		Vrouw (n = 9)		Man (n = 20)		Vrouw (n = 13)	
		M of n	SD of %*	M of n	SD of %	M of n	SD of %	M of n	SD of %
		A	B	C	D				
Leeftijd		35,54	10,64	33,67	11,17	37,25	11,89	42,92	13,73
Ekman 60 Faces Test	T0	45,50	6,46	42,56	5,53	44,40	7,67	47,46	4,98
-totaalscore									
Ekman 60 Faces Test	T1	46,00	6,02	48,11	3,48	46,20	7,01	48,38	4,41
-verschilscore		0,50	3,39	5,56	4,67	1,80	5,28	0,92	4,54
Diagnose	Schizofrenie	16	66,7%	4	44,4%	14	70	5	38,5%
	Schizoaffectieve stoornis	3	12,5%	3	33,3%	1	5%	6	46,2%
	Kortdurende psychotische stoornis					1	5%		
	Schizofreniforme stoornis					1	5%		
	Waanstoornis							1	7,7%
	Psychose NAO	5	20,8%	2	22,2%	3	15%		
	Onbekend/missend							1	7,7%
Ziekte duur		10,11	8,99	11,00	8,70	12,27	11,20	12,13	12,52
PANSS	Positieve symptomen	14,87	5,86	16,00	6,30	16,00	5,13	12,83	4,99
	Negatieve symptomen	12,88	5,02	17,38	4,50	16,00	5,31	9,83	3,64
	Algemeen functioneren	32,21	10,50	36,75	9,22	35,30	8,91	29,08	9,49
Psychotische episoden	Eén, nu in remissie	6	25,0%	3	33,3%	5	25,0%	2	15,4%
	Huidige eerste episode	2	8,3%	1	11,1%				
	Een doorlopende episode zonder remissie	5	20,8%	1	11,1%	3	15,0%	3	23,1%
	Meer dan één episode	10	41,7%	4	44,4%	11	55,0%	8	61,5%
	Onbekend/missend	1	4,2%			1	5,0%		

*Het percentage is gebaseerd op de n van de subgroep.

tussen de effecten van DiSCoVR en een actieve controleconditie. Het doel van de huidige studie was om te onderzoeken welke rol individuele factoren, namelijk geslacht en leeftijd, hebben op de effectiviteit van een sociale cognitietraining in VR bij patiënten met een psychosespectrumstoornis. Er bleek een significant verschil te bestaan tussen vrouwen in de DiSCoVR-conditie in vergelijking met DiSCoVR-mannen op verandering in emotieherkenning. Hierbij verbeterden vrouwen significant door de DiSCoVR-training op de Ekman 60 Faces Test en mannen niet. Er is geen verband gevonden tussen leeftijd en de verbetering op het herkennen van emotionele gezichtsuitdrukkingen door de sociale cognitietraining.

De DiSCoVR training lijkt voor vrouwen wel potentie te hebben. Dit is niet in lijn met de verwachting, uit een eerdere meta-analyse kwamen geen verschillen naar voren (Nijman et al., 2020a). Zij vonden wel dat hoe meer mannen er in een behandelgroep zaten, hoe kleiner het effect van een sociale cognitietraining was op het sociaal functioneren, maar geen effect op emotieherkenning. Vanuit de

Figuur 2: Gemiddelde Ekman 60 Faces Test-verschilscores per conditie en geslacht



literatuur is er geen directe verklaring voor dit verschil tussen mannen en vrouwen. Waar het mogelijk mee te maken heeft is dat vrouwen iets beter zijn dan mannen in het herkennen van non-verbaal geuite emoties (Thompson & Voyer, 2014) en dat vrouwen gemiddeld genomen op latere leeftijd een psychosespectrumstoornis ontwikkelen (Giordano et al., 2021). Hierdoor hebben ze mogelijk in de adolescentiefase meer tijd gehad om met sociale vaardigheden te oefenen en zijn de sociale cognitieproblemen wellicht makkelijker te herstellen door een training. Vrouwen hebben vaak een minder ernstig ziekteverloop omdat ze eerder hulp zoeken en meer sociaal gericht zijn (Mazza et al., 2021). Een mogelijke verklaring voor het feit dat vrouwen meer profiteerden van DiSCoVR is daarom dat vrouwen mogelijk makkelijker gebruik konden maken van sociale vaardigheden in de training en daardoor meer van de training kunnen profiteren.

In dit onderzoek is geen verband gevonden tussen de leeftijd van de deelnemers en in welke mate ze profiteren van de behandeling. Dit betekent dat er in onze steekproef geen verschil zit tussen oudere en jongere deelnemers wat betreft effectiviteit van de training. Dit is in lijn met Nijman et al. (2023), zij vonden een hoofdeffect van leeftijd op emotieherkenning in VR, maar geen interactie met tijd. Hieruit blijkt dat oudere deelnemers in VR juist minder nauwkeurig waren, maar dat dit geen effect op hoe veel ze vooruit gingen. Arioli et al. (2018) benoemen dat oudere mensen niet achteruit gaan in sociale perceptie, wel achteruit gaan in het herkennen van negatieve emoties en beter worden in het herkennen van positieve emoties. Over de hele linie lijken oudere mensen hierdoor niet slechter te gaan functioneren (Arioli et al., 2018). In dit onderzoek hebben we geen onderscheid gemaakt tussen de positieve en negatieve emoties waardoor het niet duidelijk is of dit verschil ook aanwezig is in deze steekproef.

Sterke punten en beperkingen

Dit onderzoek is, voor zover wij weten, de eerste geblindeerde RCT waarbij gekeken wordt naar het verband tussen de effectiviteit van een sociale cognitietraining en individuele factoren zoals leeftijd en geslacht. Hiermee geeft het nieuwe inzichten voor de verdere ontwikkeling van sociale cognitietrainingen. Dit is belangrijk omdat de focus op sociale cognitietrainingen ligt op het verbeteren van sociaal functioneren, iets wat onvoldoende lukt middels medicatie (Grant et al., 2017; Riccardi et al., 2021).

Een beperking van dit onderzoek is dat er sprake is van een vrij klein aantal proefpersonen, waarbij de groep vrouwen die de DiSCoVR-training heeft gevolgd maar uit negen personen bestond, wat mogelijk invloed heeft gehad op de resultaten. Met meer proefpersonen per groep zouden mogelijke individuele verschillen van enkele deelnemers een kleiner effect hebben gehad op de resultaten. Daarnaast kunnen met meer deelnemers kleinere maar constante verschillen makkelijker gevonden worden.

Klinische en wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek impliceert dat geslacht invloed heeft op de effectiviteit van een sociale cognitietraining op het herkennen van emotionele gezichtsuitdrukkingen. De DiSCoVR behandeling kan dus wel ingezet worden bij vrouwen. Daarnaast is het van belang dat sociale cognitietrainingen verder worden ontwikkeld en aangepast zodat mannen meer kunnen profiteren van de training. Toekomstig onderzoek is nodig om tot een verklaring te komen waarom geslacht de effectiviteit van de training beïnvloedt zodat op basis daarvan de training aangepast kan worden. Uiteindelijk is het doel van een sociale cognitietraining om het sociale functioneren te verbeteren. In hoeverre de verbetering van vrouwen op het herkennen van emotionele gezichtsuitdrukkingen ook doorwerkt in het sociaal functioneren is niet onderzocht in dit onderzoek.

Toekomstig onderzoek

Hoewel onze bevinding in lijn is met de huidige literatuur is vervolgonderzoek noodzakelijk omdat dit resultaat gebaseerd is op een kleine groep deelnemers. Het is belangrijk dat dit resultaat gerepliceerd kan worden met een grotere sample en op meerdere domeinen van sociale cognitie om meer evidentie te verkrijgen voor het gevonden resultaat. Tevens kan onderzocht worden of het aanbieden van een langere training of het verlengen van één of enkele modules de effectiviteit van de training beïnvloedt. Daarnaast kan het interessant zijn om de training aan te bieden met een gedetailleerder 3D model van het hoofd waarin meer spieren zijn gesimuleerd of waarbij de gezichtsuitdrukkingen worden weergegeven op basis van motion capture, een techniek waarbij de bewegingen van iemand worden opgenomen en op één of meerdere 3D modellen worden geprojecteerd. Mogelijk draagt dit bij aan het maken van de vertaalslag tussen VR en het echte leven, aangezien dit nu onvoldoende op elkaar aan lijkt te sluiten (Nijman et al., 2023), daarnaast geeft dit meer informatie aan de deelnemer en verbetert dit de nauwkeurigheid van het herkennen van emotionele gezichtsuitdrukkingen.

Het is van groot belang om te onderzoeken of er eenzelfde verband is tussen geslacht en effectiviteit van de training als er gekeken wordt naar de andere domeinen van sociale cognitie en sociaal functioneren. Door middel van het meten van het

subjectieve sociale functioneren van deelnemers, oftewel hoe tevreden ze zijn met hun sociale rollen, voor en na de training kan hier een beeld van gevormd worden. Tevens kunnen eerstegraads familieleden of collega's gevraagd worden het sociale functioneren te beoordelen en zou gekeken kunnen worden naar het aantal sociale contacten of activiteiten dat iemand ontwikkelt.

Conclusie

Geslacht lijkt een rol te spelen in de effectiviteit van een sociale cognitietraining in VR in het verbeteren van herkenning van emotionele gezichtsuitdrukkingen bij patiënten met een psychosespectrumstoornis. In dit onderzoek, met een klein aantal proefpersonen, verbeteren vrouwen, in tegenstelling tot mannen, na het volgen van deze training op het gebied van emotieherkenning. Er werd geen verband gevonden tussen de effectiviteit van VR-SCT en leeftijd. Nader onderzoek is noodzakelijk om de gevonden verschillen te kunnen verklaren zodat sociale cognitietrainingen voor alle doelgroepen effectiever kunnen worden.

Referenties

- Arioli, M., Crespi, C., & Canessa, N. (2018). Social cognition through the lens of cognitive and clinical neuroscience. *Biomed Res. Int.*, 2018.
- Cotter, J., Granger, K., Backx, R., Hobbs, M., Looi, C. Y., & Barnett, J. H. (2018). Social cognitive dysfunction as a clinical marker: A systematic review of meta-analyses across 30 clinical conditions. *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 84, 92-99.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav. Res. Methods*, 39(2), 175-191.
- Ferrer-Quintero, M., Green, M. F., Horan, W. P., Penn, D. L., Kern, R. S., & Lee, J. (2021). The effect of sex on social cognition and functioning in schizophrenia. *NPJ Schizophr.*, 7(1), 57-021.
- Giordano, G. M., Bucci, P., Mucci, A., Pezzella, P., & Galderisi, S. (2021). Gender differences in clinical and psychosocial features among persons with schizophrenia: A mini review. *Front. Psychiatry*, 12, 789179.
- Grant, N., Lawrence, M., Preti, A., Wykes, T., & Cella, M. (2017). Social cognition interventions for people with schizophrenia: A systematic review focussing on methodological quality and intervention modality. *Clin. Psychol. Rev.*, 56, 55-64.
- Green, M. F., Horan, W. P., & Lee, J. (2015). Social cognition in schizophrenia. *Nat. Rev. Neurosci.*, 16(10), 620-631.
- Horan, W. P., & Green, M. F. (2019). Treatment of social cognition in schizophrenia: Current status and future directions. *Schizophr. Res.*, 203, 3-11.
- Javed, A., & Charles, A. (2018). The importance of social cognition in improving functional outcomes in schizophrenia. *Front. Psychiatry*, 9, 359456.
- Kee, K. S., Green, M. F., Mintz, J., & Brekke, J. S. (2003). Is emotion processing a predictor of functional outcome in schizophrenia? *Schizophr. Bull.*, 29(3), 487-497.
- Kohler, C. G., Walker, J. B., Martin, E. A., Healey, K. M., & Moberg, P. J. (2010). Facial emotion perception in schizophrenia: A meta-analytic review. *Schizophr. Bull.*, 36(5), 1009-1019.

- Kurtz, M. M., & Richardson, C. L. (2012). Social cognitive training for schizophrenia: A meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophr. Bull.*, 38(5), 1092-1104.
- Larsson, C., Lee, M., Lundgren, T., Erhardt, S., Sellgren, C. M., Cervenka, S., et al. (2022). Facial affect recognition in first-episode psychosis is impaired but not associated with psychotic symptoms. *Heliyon*, 8(9), e10424.
- Mazza, M., Caroppo, E., De Berardis, D., Marano, G., Avallone, C., Kotzalidis, G. D., et al. (2021). Psychosis in women: Time for personalized treatment. *J. Pers. Med.*, 11(12), 1279. doi: 10.3390/jpm11121279.
- Moran, J. M., Jolly, E., & Mitchell, J. P. (2012). Social-cognitive deficits in normal aging. *J. Neurosci.*, 32(16), 5553-5561.
- Nijman, S. A., Pijnenborg, G. H. M., Vermeer, R. R., Zandee, C. E. R., Zandstra, D. C., van der Vorm, D., et al. (2022). Dynamic interactive social cognition training in virtual reality (DiSCoVR) versus virtual reality relaxation (VRelax) for people with a psychotic disorder: A single-blind multicenter randomized controlled trial. *Schizophr. Bull.*,
- Nijman, S. A., Veling, W., Greaves-Lord, K., Vermeer, R. R., Vos, M., Zandee, C. E. R., et al. (2019). Dynamic interactive social cognition training in virtual reality (DiSCoVR) for social cognition and social functioning in people with a psychotic disorder: Study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1), 272-019.
- Nijman, S. A., Veling, W., Greaves-Lord, K., Vos, M., Zandee, C. E. R., Aan Het Rot, M., Geraets, C.N.W., & Pijnenborg, G. H. M. (2020b). Dynamic interactive social cognition training in virtual reality (DiSCoVR) for people with a psychotic disorder: single-group feasibility and acceptability study. *JMIR Ment. Health*, 7(8), e17808.
- Nijman, S. A., Veling, W., Timmerman, M. E., & Pijnenborg, G. H. (2023). Trajectories of emotion recognition training in virtual reality and predictors of improvement for people with a psychotic disorder. *Cyberpsychology Behav. Soc.*, 26(4), 288-299.
- Nijman, S. A., Veling, W., van der Stouwe, E. C. D., & Pijnenborg, G. H. M. (2020a). Social cognition training for people with a psychotic disorder: A network meta-analysis. *Schizophr. Bull.*, 46(5), 1086-1103.
- Riccardi, C., Montemagni, C., Del Favero, E., Bellino, S., Brasso, C., & Rocca, P. (2021). Pharmacological treatment for social cognition: Current evidence. *Int. J. Mol. Sci.*, 22(14), 7457. doi: 10.3390/ijms22147457.
- Thompson, A. E., & Voyer, D. (2014). Sex differences in the ability to recognise non-verbal displays of emotion: A meta-analysis. *Cogn. Emot.*, 28(7), 1164-1195.
- Veling, W., Lestestuiver, B., Jongma, M., Hoenders, H. J. R., & van Driel, C. (2021). Virtual reality relaxation for patients with a psychiatric disorder: Crossover randomized controlled trial. *J. Med. Internet Res.*, 23(1), e17233.
- Yamada, Y., Inagawa, T., Sueyoshi, K., Sugawara, N., Ueda, N., Omachi, Y., et al. (2019). Social cognition deficits as a target of early intervention for psychoses: A systematic review. *Front. Psychiatry*, 10, 333.
- Yeo, H., Yoon, S., Lee, J., Kurtz, M. M., & Choi, K. (2022). A meta-analysis of the effects of social-cognitive training in schizophrenia: The role of treatment characteristics and study quality. *Br. J. Clin. Psychol.*, 61(1), 37-57.
- Young, A., Perrett, D., Calder, A., Sprengelmeyer, R., & Ekman, P. (2002). Facial expressions of emotion: Stimuli and tests (Ekman 60 Faces Test). *Thames Valley Test Company (TVTC), Bury St Edmunds, England.*

Recidiverisico van plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag: Naar een theoretisch model met een praktische toepassing

Jan Willem van den Berg

Jan Willem van den Berg, PhD, is psychotherapeut, gezondheidszorgpsycholoog en supervisor VGCT bij forensische polikliniek De Tender in Deventer, onderdeel van Transfore. Hij is gespecialiseerd in de behandeling en risicotaxatie van plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Over dit onderwerp geeft hij lezingen, trainingen en publiceert hij in wetenschappelijke tijdschriften. Als PhD-kandidaat aan het Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen van KU Leuven richtte hij zich op het verbeteren van de effectiviteit van behandelprogramma's ontwikkeld voor mannen met een verleden van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Onder supervisie van en samen met prof. dr. Luk Gijs, prof. dr. Erick Janssen, dr. Daan van Beek en dr. Wineke Smid introduceerde hij met dit doel het network-based model of risk of sexual reoffending (NBM-RSR).

Het doel van forensische behandeling is om toekomstig grensoverschrijdend gedrag te voorkomen. Zeker ook van mannen en vrouwen die seksueel grensoverschrijdend gedrag pleegden. Forensische behandeling focust zich daarom op dynamische risicofactoren. Verandering van deze psychologische, gedragsmatige en situationele factoren beïnvloedt het recidiverisico, in dit geval de kans op toekomstig seksueel grensoverschrijdend gedrag (Bonta & Andrews, 2024; Mann et al, 2010; Seto et al., 2023). Dynamische risicofactoren zijn te onderscheiden in stabiel en acuut dynamische risicofactoren (Hanson & Harris, 2000). Stabiel dynamische risicofactoren zijn persoonlijkheidskenmerken, aangeleerde gedragspatronen of vaardigheidstekorten. Verandering van deze factoren gaat relatief moeizaam en vraagt daardoor een grotere inspanning (Uzieblo et al., 2024). Stabiel dynamische risicofactoren zijn bijvoorbeeld: ontoereikende probleemoplossingsvaardigheden, een structureel gevoel van sociale afwijzing en/of eenzaamheid, seksuele preoccupatie en het hebben van deviante seksuele voorkeuren of interesses (bijvoorbeeld fetisj of seksuele aantrekking tot pre-puberele kinderen). Acuut dynamische risicofactoren kunnen relatief snel veranderen en liggen soms buiten iemands directe invloedssfeer (Uzieblo et al., 2024). Deze factoren komen voort uit intra-psychische veranderingen of (ingrijpende) gebeurtenissen in de omgeving. Voorbeelden zijn: toegang tot slachtoffers, middelenmisbruik, emotionele inzinking of het wegvallen van sociale steun.

Tot op heden ontbreekt een verklaring voor de manier waarop dynamische risicofactoren (duurzame veranderingen in) het risico op terugval in seksueel

Correspondentie: j.vandenbergh@transfore.nl

Telefoon: 0570 627 901

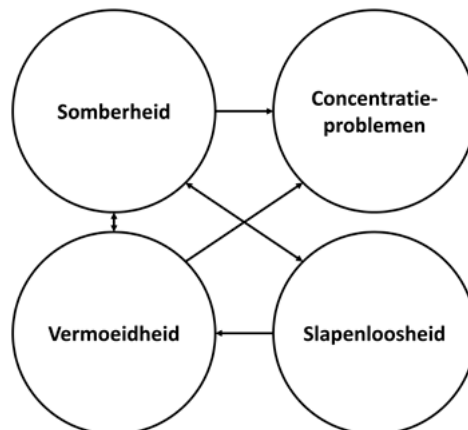
grensoverschrijdend gedrag veroorzaken (Davies, 2019; Heffernan & Ward, 2020; Mann et al., 2010; Prentky et al., 2015; Thornton, 2016). Het proefschrift *Beyond the sum of its parts: Towards a network approach of risk of sexual reoffending* richt zich daarom op het ontwikkelen van een theoretisch model van dit risico (van den Berg, 2023). Op deze manier draagt het bij aan het vergroten van de effectiviteit van behandelingen, risicomanagement- en terugvalpreventieplannen gericht op het voorkomen van toekomstig seksueel grensoverschrijdend gedrag. Dit manuscript geeft een samenvatting van de studies in het proefschrift en beschrijft het *network-based model of risk of sexual reoffending* (NBM-RSR) (van den Berg et al., 2024). Het proefschrift is geïnspireerd door de netwerkbenadering van psychopathologie (Borsboom, 2017; Borsboom et al., 2019; Borsboom et al., 2021; Robinaugh et al., 2019), daarom wordt deze eerst kort besproken.

Netwerkbenadering van psychopathologie

De netwerkbenadering van psychopathologie beschouwd psychiatrische aandoeningen als het resultaat van elkaar in standhoudende symptomen. Vanuit deze benadering kan een klinische depressie bijvoorbeeld beginnen met slapeloosheid. Stel nu dat: slapeloosheid vervolgens vermoeidheid en somberheid veroorzaakt, de vermoeidheid resulteert in concentratieproblemen en somberheid, somberheid op zijn beurt negatieve invloed heeft op concentratieproblemen, vermoeidheid en slapeloosheid. Wanneer deze onderlinge causale verbanden sterk genoeg zijn ontstaat een zichzelf in standhoudend netwerk van symptomen en is er sprake van een klinische depressie (zie figuur 1) (e.g., Fried et al., 2017; Wichers et al., 2021).

Figuur 1: Klinische depressie weergegeven als een symptoomnetwerk

Klinische depressie weergegeven als een zichzelf in standhoudend netwerk van symptomen. Pijlen geven de richting van causale verbanden weer.



Symptomen verschillen in de mate van invloed op het ontstaan en voortbestaan van een psychiatrische aandoening. Volgens de netwerkbenadering van psychopathologie neemt deze invloed toe wanneer een symptoom meer en sterker causaal verbonden is met andere symptomen binnen het netwerk. Somberheid, in figuur één, heeft bijvoorbeeld relatief veel invloed op andere symptomen terwijl concentratieproblemen hierop juist relatief weinig invloed heeft. Relatief grote invloed binnen het netwerk en dus op de psychiatrische aandoening wordt aangeduid met een *hoge centraliteit*. Omgekeerd spreekt men van een *lage centraliteit* wanneer een symptoom relatief weinig causale verbanden heeft met andere symptomen. Succesvolle behandeling van somberheid heeft, volgens de netwerkbenadering van psychopathologie, in dit geval groter effect op de klinische depressie dan succesvolle behandeling van concentratieproblemen.

Voorbij de som der delen: Richting een netwerkmodel van risico op seksuele recidive

Voorafgaand aan het ontwikkelen van een model van risico op een terugval in seksuele grensoverschrijdend gedrag is in het proefschrift eerst onderzoek gedaan naar: de voorspellende waarde van dynamische risicofactoren, hun onderlinge samenhang en een klinische toepassing waarmee - op persoonlijk niveau - zicht verkregen wordt op onderling samenhangende dynamische risicofactoren.

Voorspellende waarde dynamische risicofactoren

Hoofdstuk twee in het proefschrift beschrijft een meta-analyse naar de voorspellende waarde van (veranderscores) van dynamische risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld voor mannen die seksueel grensoverschrijdend gedrag pleegde. In totaal zijn voor deze meta-analyse 52 studies geïncludeerd (N = 13.446) (van den Berg et al., 2018). De studie laat zien dat dynamische risicotaxatie-instrumenten een lage tot matige voorspellende waarde hebben voor een seksuele, gewelddadige (inclusief seksuele) en algemene recidive bij deze doelgroep (Cohen's *d* variërend tussen de .71 voor seksuele recidive tot .43 voor gewelddadige -inclusief seksuele - recidive). Veranderscores op deze instrumenten blijken voorspellend voor alle drie soorten recidive (variërend van .91 voor seksuele recidive tot .95 voor algemene recidive). Plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag met een grotere afname van dynamische risicofactoren recidiveren dus minder snel dan plegers die geen of een kleinere afname in dynamische risicofactoren laten zien op deze instrumenten. Conclusie: dynamische risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld voor mannen die seksueel grensoverschrijdend gedrag pleegden kunnen gebruikt worden voor risicotaxatie, behandeling en behandelbeoordeling.

Onderlinge samenhang van dynamische risicofactoren

Hoofdstuk 3 en 4 van het proefschrift beschrijven statistische netwerkanalyses naar de onderlinge samenhang van dynamische risicofactoren van plegers van seksueel

grensoverschrijdend gedrag (van den Berg et al, 2020; van den Berg et al., 2022). Hierbij is gebruik gemaakt van twee onafhankelijke steekproeven, namelijk het dynamic supervision project (N = 803) en het provinciale correctiesysteem van British Columbia in Canada (N = 4.511). Uit de analyses blijkt een hoge strength centrality voor de dynamische risicofactoren die te maken hebben met (a) sociale afwijzing en eenzaamheid, (b) cognitieve probleemoplossende vaardigheden, (c) impulsief gedrag, en (d) gevoelloosheid en hardvochtigheid. Daarnaast zijn verschillende clusters van dynamische risicofactoren te onderscheiden. Deze clusters worden getypeerd als: seksuele zelfregulatie, emotioneel intieme relaties, antisociale trekken en algemene zelfregulatie. Conclusie: forensische behandeling en risicomanagement van plegers van seksueel gedrag zal het meest effectief zijn wanneer het focus op verbondenheid, gemeenschapszin en het vergroten van de algemene zelfregulatie. De bevindingen van deze netwerk analyses op groepsniveau kunnen echter niet zondermeer worden vertaald naar het individuele niveau (Fisher et al, 2018; van den Berg et al., 2020, van den Berg et al., 2022). Om deze reden is onderzoek nodig naar gepersonaliseerde netwerken van dynamische risicofactoren.

Klinische toepassing van de netwerkbenadering van recidiverisico

Hoofdstuk 5 van het proefschrift beschrijft onderzoek naar de klinische toepassing van het verzamelen, genereren en rapporteren van gepersonaliseerde informatie over onderling samenhangende dynamische risicofactoren op intra-individueel (persoonlijk) niveau (van den Berg et al., 2023). De studie combineert de traditionele forensische casusconceptualisatie met monitoring van dynamische risicofactoren door middel van experience sampling method (ESM), verder benoemd als blended ESM-procedure. Vijf volwassen mannen in ambulante forensische behandeling vanwege het plegen van seksueel grensoverschrijdend gedrag werken aan deze studie mee. Ze vormen samen met een therapeut hypothesen over hoe hun dynamische risicofactoren samenhangen. Dit monitoren ze vervolgens met behulp van een elektronisch dagboek. Ze scoren dit dagboek gedurende twee weken vijfmaal per dag. Na deze periode ontvangen ze een feedbackrapport.

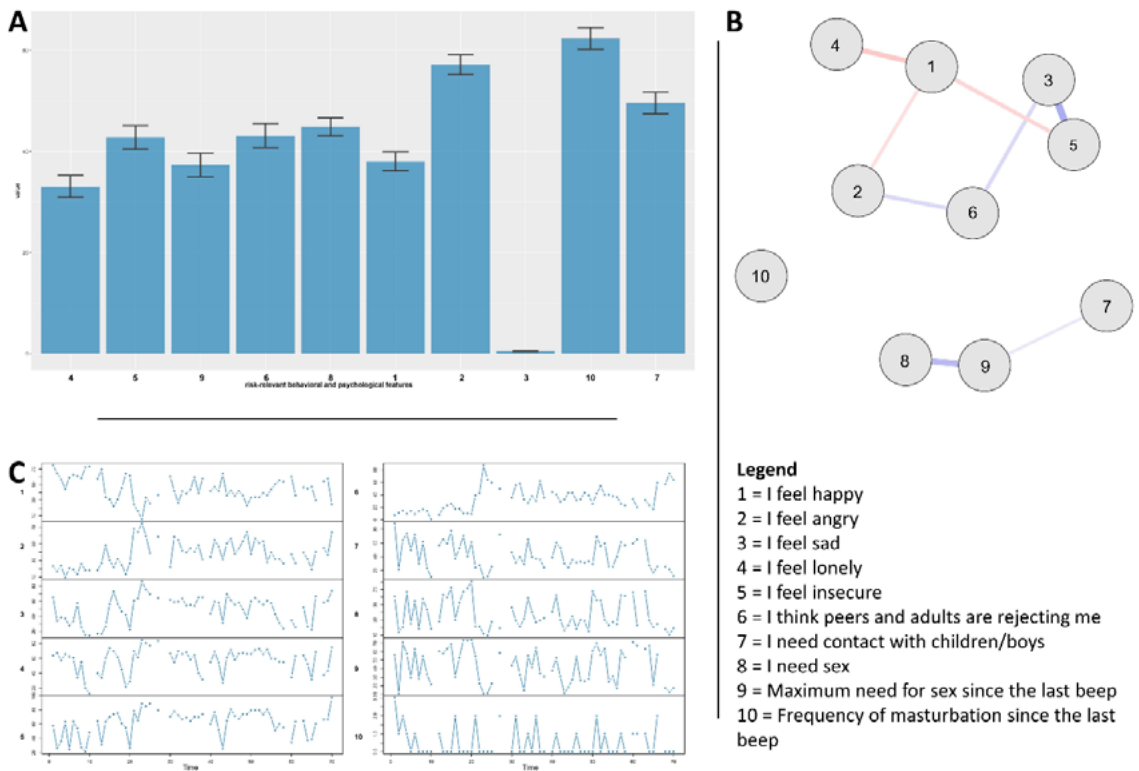
De deelnemers bespreken dit feedbackrapport met hun therapeut en integreren de bevindingen met hun forensische casusconceptualisatie. De deelnemers geven aan dat de blended ESM-procedure zorgt voor een toenamen in het bewustzijn van de eigen dynamische risicofactoren, hun onderlinge samenhang en het mogelijke verband met hun seksueel grensoverschrijdend gedrag. De deelnemers ervaren de blended ESM-procedure niet als invasief of belastend.

Network-based model of risk of sexual reoffending

Hoofdstuk 6 van het proefschrift introduceert het NBM-RSR als theoretisch model voor het begrijpen van de wijze waarop dynamische risicofactoren bijdragen aan (duurzame veranderingen in) het risico op terugval in seksueel grensoverschrijdend gedrag. De resultaten van de eerder beschreven studies zijn hierbij meegenomen, namelijk de onderzoeken naar de voorspellende waarde van dynamische risicofactoren, hun onderlinge samenhang en een klinische toepassing

Figuur 2: Voorbeeld van een feedback rapport

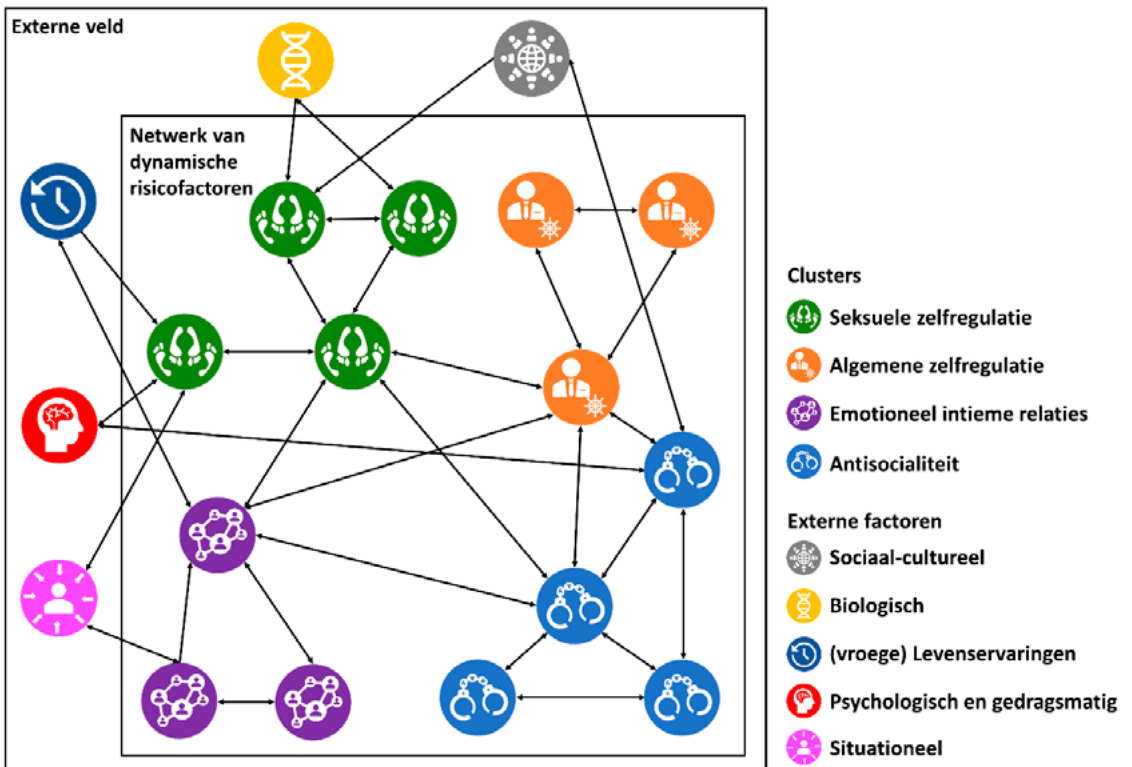
Voorbeeld van een feedback rapport van één van de deelnemers van de studie naar de klinische toepassing van de blended ESM-procedure. A; staafdiagrammen geven de gemiddelde score en het 95% betrouwbaarheidsinterval aan van de dynamische risicofactoren. B; lijndiagrammen geven aan hoe dynamische risico factoren qua intensiteit veranderen (op de y-as) over de tijd heen (op de x-as). C; netwerk dat de sterkte (hoe dikker de lijn hoe sterker het verband) en de richting (blauw is positief verband; rood is negatief verband) van een verband tussen dynamische risicofactoren aangeeft. Dynamische risicofactoren zijn als volgt gedefinieerd: 1 = Ik voel me gelukkig; 2 = Ik voel me boos; 3 = Ik voel me verdrietig; 4 = Ik voel me eenzaam; 5 = Ik voel me onzeker; 6 = Op dit moment denk ik dat leeftijdsgenoten en volwassenen me afwijzen; 7 = Op dit moment heb ik behoefte aan contact met kinderen/jongens; 8 = Op dit moment heb ik behoefte aan seks; 9 = Hoe groot was je maximale behoefte aan seks sinds de laatste piep?; 10 = Hoe vaak heb je sinds de laatste piep gemasturbeerd? Figuur en legenda met toestemming overgenomen uit *Beyond the sum of its parts: Towards a network approach of risk of sexual reoffending* (p. 112) door J. W. van den Berg, 2023, KU Leuven – Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen. Copyright © 2023, Jan Willem van den Berg.



van de blended ESM-procedure voor het verkrijgen van inzicht in onderling samenhangende dynamische risicofactoren op persoonlijk niveau. Het risico op terugval in seksueel grensoverschrijdend gedrag bestaat volgens het NBM-RSR uit een zichzelf in standhoudend netwerk van causaal verbonden dynamische risicofactoren (zie figuur 3). Dit netwerk van dynamische risicofactoren wordt beïnvloed door factoren in het externe veld. Dit zijn biologische factoren (bijvoorbeeld: genetisch, hormonaal, hersenstructuur), (vroeg) levenservaringen (bijvoorbeeld: eigen seksueel misbruik of verwaarlozing in de kindertijd), sociaal-culturele factoren (bijvoorbeeld: deel uitmaken van een vrouwonvriendelijke subcultuur of een geseksualiseerde omgeving, maar ook het geldende juridische

Figuur 3: Grafische weergaven van het network-based model of risk of sexual reoffending (NBM-RSR)

Grafische weergaven van het network-based model of risk of sexual reoffending (NBM-RSR). Figuur en legenda met toestemming overgenomen uit 'Understanding the Risk of Sexual Reoffending in Adult Men: A Network-based Model', door J. W. van den Berg et al., 2024, *Sexual Abuse*, 36(2), p. 144. Copyright © 2024, Jan Willem van den Berg.

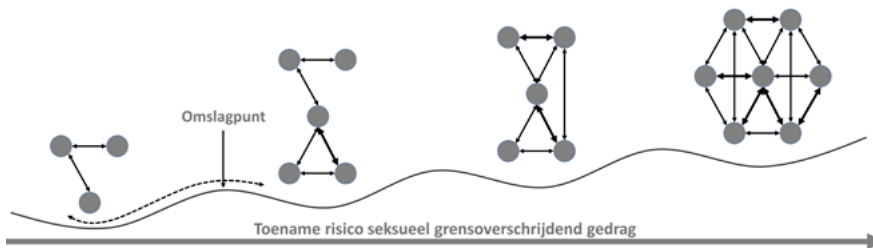


kader), situationele factoren (bijvoorbeeld: toegang tot potentiële slachtoffers, afwezigheid van toezicht, ontbreken van een dienstverband) en psychologische en gedragsmatige factoren (bijvoorbeeld: motivatie voor behandeling, intelligentie, sociaal en emotioneel ontwikkelingsniveau). Deze factoren hebben geen directe invloed op het recidiverisico, maar worden gemedieerd door dynamische risicofactoren. Binnen het NBM-RSR neemt het risico op terugval in seksueel grensoverschrijdend gedrag toe wanneer het netwerk meer en sterkere onderling verbonden dynamische risicofactoren bevat (zie figuur 4).

Het NBM-RSR kan een positieve bijdrage leveren aan het voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag door het verder vergroten van de effectiviteit van behandelingen, risicomanagementplannen en preventie-initiatieven gericht op het voorkomen van seksueel grensoverschrijdend gedrag van mannen die seksueel grensoverschrijdend gedrag pleegden. Met behulp van het NBM-RSR zijn programmaverantwoordelijken en behandelaars beter in staat om behandeldoelen te identificeren en te prioriteren (namelijk die dynamische risicofactoren met een relatief grote invloed op het netwerk en dus op het recidiverisico). Bovendien kunnen inzichten vanuit het NBM-RSR bijdragen aan verbeteringen van bestaande of ontwikkeling van nieuwe dynamische risicotaxatie-instrumenten.

Figuur 4: Weergave van verschillende niveaus van recidiverisico volgens het NBM-RSR

Visuele weergave van netwerken van dynamische risicofactoren met verschillende risiconiveaus (oplopend in risico van links naar rechts). Blijvende verandering in risiconiveau treedt op wanneer de netwerkactiviteit een kritiek punt overschrijdt (omslagpunt genoemd). Figuur met toestemming overgenomen uit 'Understanding the Risk of Sexual Reoffending in Adult Men: A Network-based Model', door J. W. van den Berg et al., 2024, *Sexual Abuse*, 36(2), p. 142. Copyright © 2024, Jan Willem van den Berg.



Samenvatting en conclusie van het proefschrift

Het proefschrift *Beyond the sum of its parts: Towards a network approach of risk of sexual reoffending* vergroot de kennis over en inzicht in de processen waarmee dynamische risicofactoren bijdragen aan het risico op terugval in seksueel grensoverschrijdend gedrag. Het NBM-RSR begrijpt dit recidiverisico vanuit een netwerk van causaal verbonden dynamische risicofactoren. De invloed van een dynamische risicofactor op het netwerk en daarmee op het recidiverisico is, volgens dit model, afhankelijk van het aantal en de sterkte van de causale verbanden met

andere dynamische risicofactoren. Er vanuit gaand dat risico op terugval in seksueel grensoverschrijdend gedrag inderdaad begrepen kan worden uit de wijze waarop dynamische risicofactoren causaal met elkaar samenhangen, dan maken statistische netwerkanalyses beschreven in het proefschrift aannemelijk dat dit recidiverisico het meest vermindert wanneer behandeling en risicomangement gericht zijn op dynamische risicofactoren die te maken hebben met (a) sociale afwijzing/ eenzaamheid, (b) cognitieve probleemoplossende vaardigheden, (c) impulsief gedrag, en (d) gevoelloosheid en hardvochtigheid. Voor het indiceren van passende, meer op het individu toegesneden, behandelmethoden kan gebruik gemaakt worden van dynamische risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld voor mannen die seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben gepleegd. Deze instrumenten helpen ook om de effecten van de behandeling te objectiveren, bijvoorbeeld voorafgaand aan een behandelbeoordeling. Het toepassen van een blended ESM-procedure kan inzicht vergroten in de manier waarop dynamische risicofactoren bijdragen tot het risico op seksueel grensoverschrijdend gedrag bij een individu.

Literatuur

- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2024). *The psychology of criminal conduct* (7th ed.). Routledge.
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16, 5–13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- Borsboom, D., Cramer, A. O. J., Kalis, A. (2019). Brain disorders? Not really: Why network structures block reductionism in psychopathology research. *Behavioral and Brain Sciences*, 42, E2. 1–63. <https://doi.org/10.1017/S0140525X17002266>
- Borsboom, D., Deserno, M. K., Rhemtulla, M., Epskamp, S., Fried, E. I., McNally, R. J., Robinaugh, D. J., Perugini, M., Dalege, J., Costantini, G., Isvoranu, A. M., Wysocki, A. C., van Borkulo, C. D., van Bork, R., & Waldorp, L. J. (2021). Network analysis of multivariate data in psychological science. *Nature Reviews Methods Primers*, 1(58), 1–18. <https://doi.org/10.1038/s43586-021-00055-w>
- Davies S. T. (2019). *An investigation of how change in dynamic risk and protective factors affects the prediction of imminent criminal recidivism*. [Doctoral thesis, Victoria University of Wellington]. ResearchArchive. <http://hdl.handle.net/10063/8528>
- Fisher, A. J., Medaglia, J. D., & Jeronimus, B. F. (2018). Lack of group-to-individual generalizability is a threat to human subjects research. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(27), E6106–E6115, 1–10. <https://doi.org/10.1073/pnas.1711978115>
- Fried, E. I., van Borkulo, C. D., Cramer, A. O. J., Boschloo, L., Schoevers, R. A., & Borsboom, D. (2017). Mental disorders as networks of problems: A review of recent insights. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 1–10. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1319-z>
- Hanson, R. K., & Harris, A. J. R. (2000). Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offense recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 6–35. doi:10.1177/0093854800027001002
- Heffernan, R., & Ward, T. (2020). *Dynamic risk factors for sexual offending: Causal considerations*. Springer.

- Kossakowski, J. J. (2020). *Under pressure: Studying complex and causal systems in psychopathology*. Doctoral dissertation, University of Amsterdam. <https://hdl.handle.net/11245.1/d27af0b0-55b7-4597-8a5d-9e00cff5e73f>
- Mann, R. E., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse*, 22(2), 191–217. <http://dx.doi.org/10.1177/1079063210366039>
- Prentky, R. A., Barbaree, H. E., & Janus, E. S. (2015). *Sexual predators society, risk, and the law*. Routledge
- Robinaugh, D. J., Hoekstra, R. H. A., Toner, E. R., & Borsboom, D. (2019). The network approach to psychopathology: A review of the literature 2008–2018 and an agenda for future research. *Psychological Medicine*, 50(3), 353–366. <https://doi.org/10.1017/S0033291719003404>
- Seto, M. C., Augustyn, C., Roche, K. M., & Hilkes, G. (2023). Empirically-based dynamic risk and protective factors for sexual offending. *Clinical Psychology Review*, 106, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102355>
- Thornton, D. (2016). Developing a theory of dynamic risk. *Psychology, Crime and Law*, 22(1-2), 138–150. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2015.1109092>
- Uzieblo, K., De Boeck, M., & van den Berg, J. W. (2024). De zedendelinquent doorgelicht: hoe gedegen kennis over de zedendelinquent seksueel geweld voorkomt. In: C. Mussche, L. Stevens, & K. Uzieblo (eds.), *Onderzoek en preventie van seksuele misdrijven* (pp 105-145). Larcier-Intersentia.
- van den Berg, J. W. (2023). *Beyond the sum of its parts: Towards a network approach of risk of sexual reoffending* (Unpublished doctoral dissertation). University of Leuven.
- van den Berg, J. W., Kossakowski, J. J., Smid, W., Babchishin, K. M., Borsboom, D., Janssen, E., van Beek, D., & Gijs, L. (2022). Dynamic risk factors in adult men who committed sexual offenses: Replication and comparison of networks found in two independent samples. *Psychology of Violence*, 12(6), 424–437. <https://doi.org/10.1037/vio0000445>
- van den Berg, J. W., Smid, W., Kossakowski, J. J., van Beek, D., Borsboom, D., Janssen, E., & Gijs, L. (2020). The application of network analysis to dynamic risk factors in adult male sex offenders. *Clinical Psychological Science*, 8(3), 539–554. <https://doi.org/10.1177/2167702620901720>
- van den Berg, J. W., Smid, W., Schepers, K., Wever, E., van Beek, D., Janssen, E., & Gijs, L. (2018). The predictive properties of dynamic sex offender risk assessment instruments: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 30(2), 179-191. <https://doi.org/10.1037/pas0000454>
- van den Berg, J. W., van Beek, D., Bouman, Y. H. A., Janssen, E., Smid, W., & Gijs, L. (2024). Understanding the risk of sexual reoffending in adult men: A network-based model. *Sexual Abuse*, 36(2), 135-157. <https://doi.org/10.1177/1079063223115363>
- van den Berg, J. W., van der Veen, D. C., van Beek, D. J., Bouman, Y. H. A., Burger, J., Janssen, E., Kip, H., Riese, H., Smid, W. J., & Gijs, L. (2023). Personalized monitoring and feedback on risk-relevant features in forensic case formulation: A series of case-studies in men who have committed sexual offenses. In: J. W. van den Berg. *Beyond the sum of its parts: Towards a network approach of risk of sexual reoffending* (Unpublished doctoral dissertation). University of Leuven.

- Wichers, M., Riese, H., Hodges, T. M., Snippe, E., & Bos, F. M. (2021). A narrative review of network studies in depression: What different methodological approaches tell us about depression. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 719490. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.719490>

De effecten van prefrontale non-invasieve hersenstimulatie op apathie bij mensen met schizofrenie. Een multicenter gerandomiseerd placebo (scam) gecontroleerd klinisch onderzoek (RCT)

Rikus Knegtering, André Aleman, Leonie Bais, Claire Kos

Samenvatting en toelichting van het TRENS2 onderzoek dat werd uitgevoerd in Noord Nederland, en is gepubliceerd in januari 2024 in Psychiatry Research.

Oorspronkelijke publicatie

Claire Kos, Leonie Bais, Nicky Klaasen, Esther Opmeer, Edith Liemburg, Klaas J. Wardenaar, Marie-José van Tol, Henderikus Knegtering, André Aleman, Effects of right prefrontal theta-burst transcranial magnetic stimulation or transcranial direct current stimulation on apathy in patients with schizophrenia: A multicenter RCT. *Psychiatry Research* 333 (2024) 115743. (Door QR code te scannen is het originele artikel te lezen)



Apathie is onderdeel van wat vaak negatieve symptomen wordt genoemd bij mensen met ernstige psychotische klachten, met name schizofrenie. Het gaat bij apathie om een verlies aan initiatief nemen op allerlei gebieden in het leven. Mensen bij wie de klachten voldoen aan de criteria van schizofrenie met veel negatieve symptomen en dus ook apathie, hebben vaak weinig sociale contacten, geen vaste relatie, geen vast werk en moeite met zelfstandig functioneren (Oomen e.a., 2023). Antipsychotica helpen vaak goed tegen wanen, hallucinaties, verwardheid, angst en wantrouwen. Anderzijds hebben antipsychotica en andere therapieën vaak geen of weinig effect op verminderen van negatieve symptomen en apathie (Aleman e.a. 2017).

Sinds het jaar 2005 werd in de noordelijke provincies een aantal onderzoeken gestart naar het verminderen van negatieve symptomen, en de laatste tien jaar toegespitst op het verminderen van apathie. Uit de eerste onderzoeken (het TRENS1 project) blijkt dat stimulatie van de voorste hersengebieden met sterke en snel elkaar opvolgende magnetische pulsen negatieve symptomen meer vermindert dan placebo (Dlabac-de Lange 2015). Deze vorm van hersenstimulatie wordt repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie genoemd (rTMS). rTMS wordt vaak enkele weken dagelijks gedurende een periode van 10 tot 20 minuten gegeven en kent weinig bijwerkingen. Ook als meerdere onderzoeken naast elkaar werden gezet bleek

in een zogenaamde meta-analyse, bleek rTMS een middelgroot effect te hebben op verminderen van negatieve symptomen (apathie) (Dlabac-de Lange e.a. 2010, Aleman e.a. 2018). Dat was reden voor meer onderzoek.

Vanuit het UMCG werd door de onderzoeksgroep onder leiding van André Aleman een nieuw onderzoek met rTMS gedaan: Het onderzoek werd in de regio wel aangeduid met TRENSS2 project. Patiënten en medewerkers in zes instellingen uit noord en oost Nederland deden aan het onderzoek mee. Patiënten met een psychotische stoornis zoals schizofrenie en veel apathie-klachten konden aan het onderzoek meedoen. De instellingen die meededen waren het UCP, Lentis, GGz Friesland, GGz Drenthe, Mediant en Dimence. Begin 2024 werd het hoofdartikel van dit onderzoek gepubliceerd. We vermelden hieronder de belangrijkste bevindingen.

Repetitieve Transcraniële Magnetische Stimulatie (rTMS), een vorm van stimuleren van de hersenen, heeft veelbelovende resultaten laten zien bij de behandeling van schizofrenie, maar is nog niet specifiek getest voor apathie. Een specifieke vorm van rTMS: intermitterende theta-burst (iTBS) TMS is in theorie een meer effectieve vorm van rTMS en werd ingezet bij de studie naar de behandeling van apathie. Een andere vorm van hersenstimulatie wordt transcraniële gelijkstroomstimulatie (transcranial Direct Current Stimulation; tDCS) genoemd en werd eveneens meegenomen in de studie. Bij deze vorm van stimulatie worden hersengebieden gestimuleerd door een geringe elektrische stroom door een bepaald hersengebied te laten lopen, via op de hoofdhuid aangebrachte draden (electroden). De stimulatie was voor beide methoden gericht op de rechter voorkant van de hersenen (medische term: de dorsolaterale prefrontale cortex (DLPFC)). De helft van de mensen in het onderzoek kreeg de echte behandeling en de andere helft een placebo. Door loting werd beslist wie de echte of wie de placebo behandeling kregen. Bij de placebo (Scam) behandeling ging alles hetzelfde als bij de echte behandeling maar zonder dat de stroom of magneetpulsen echt werden gegeven. Technisch was sprake van een multicenter-, gerandomiseerde, placebo-gecontroleerde en beoordelaar-blinde studie.

Tweeëntachtig deden mee aan het onderzoek en werden geloot (gerandomiseerd) waarbij ze of actieve iTBS (N=32), of actieve tDCS (N=17), of placebo iTBS (N=16) of placebo tDCS (N=17) kregen. Alle behandelingen werden dagelijks gedurende een korte periode aangeboden, op werkdagen, gedurende twee weken. Een gedeelte van de groep kreeg ook een aantal sessies Behavioural Activation Therapy om te zien of dat hielp het leven zinvoller in te richten.

De effecten werden gemeten na de behandeling, vervolgens na vier en tien weken na afsluiten van de behandeling. Het belangrijkste waarnaar werd gekeken is of er een verandering optrad in de ernst van apathie (gemeten met de Apathy Evaluation Scale, door onderzoekers beoordeeld). Aanvullende metingen keken o.a. naar de beoordeling van negatieve symptomen, depressie, anhedonie en kwaliteit van leven.

Hoewel alle mensen een beetje verbeterden (wat minder apathisch werden) was er geen significant verschil in verbetering van apathie of negatieve symptomen tussen de echte of de placebo behandeling met iTBS of tDCS. Dit was uiteraard niet het gehoopte resultaat, maar wel een belangrijke bevinding.

De onderzoekers concluderen dat twee weken hersenstimulatie over de rechterkant van de voorste hersengebieden (DLPFC) met iTBS of tDCS niet voldoende effectief is voor het verbeteren van apathie of negatieve symptomen. Gezien eerdere onderzoeken vanuit Noord-Nederland en vanuit andere landen is er wel reden deze vorm van behandeling verder te ontwikkelen en onderzoeken, maar niet in dezelfde vorm als in het hier besproken onderzoek.

In het artikel dat januari 2024 verscheen wordt uitgebreid besproken wat van dit onderzoek en eerdere onderzoeken geleerd kan worden. Er zijn aanwijzingen dat langere en intensievere protocollen, misschien ook gericht op andere hersengebieden dan in het hier besproken onderzoek, andere resultaten kan opleveren (Dlabac-de Lange e.a. 2015, Aleman e.a. 2018). Er zijn onderzoeken in het buitenland gaande met grotere groepen en iets andere vormen van hersenstimulatie.

De noodzaak om behandelingen te ontwikkelen tegen apathie en negatieve symptomen bij mensen met psychosen blijft onverminderd belangrijk. Om de geneeskunde verder te ontwikkelen is daarbij goed rapporteren over wat niet werkt net zo belangrijk als rapporteren over wat wel werkt.

Veel dank gaat uit naar aan alle patiënten, medewerkers en onderzoekers uit Noord-Nederland die bijdroegen aan het onderzoek.

Dit werk werd financieel mogelijk gemaakt door een VICI subsidie van NWO (no. 453.11.004) en een subsidie van de Europese Unie, (ERC Consolidator grant, project no. 312787 to A. Aleman).

Referenties

- Aleman A, EriqueZ-Geppert S, Knegtering H, Dlabac-de Lange J (2018). Moderate effects of noninvasive brain stimulation of the frontal cortex for improving negative symptoms in schizophrenia: Meta-analysis of controlled trials. *Neurosc Biobehav Rev.* Jun;89:111-118
- Aleman A, M. Lincoln T.M, Bruggeman R, Melle I, Arends J, Arango C, Knegtering H (2017). Treatment of negative symptoms: Where do we stand, and where do we go? *Schizophrenia Research* 186: 55–62
- Dlabac-de Lange J.J, Bais, van Es F.D, Visser B.G. Reinink E, Bakker B, van den Heuvel, E.R, Aleman A, Knegtering H (2015). Efficacy of bilateral repetitive transcranial magnetic stimulation for negative symptoms of schizophrenia: results of a multicenter double-blind randomized controlled trial. *Psychol. Med.* 45 (6), 1263–1275 (Apr).
- Dlabac-de Lange J, Knegtering, H, Aleman, A (2010). Repetitive transcranial magnetic stimulation for negative symptoms of schizophrenia: review and meta-analysis. *J. Clin. Psychiatry* 71, 411–418.

- Kos C, Bais L, Klaasen N, Opmeer E, Liemburg E, Wardenaar K.J, van Tol M-J, Knegtering H, Aleman A (2024), Effects of right prefrontal theta-burst transcranial magnetic stimulation or transcranial direct current stimulation on apathy in patients with schizophrenia: A multicenter RCT. *Psychiatry Research* 333, 115743
- Oomen PP, Begemann MJH, Brand BA, de Haan L, Veling W, Koops S, van Os J, Smit F, Bakker PR, van Beveren N, Boonstra N, Gülöksüz S, Kikkert M, Lokkerbol J, Marcelis M, Rosema BS, de Beer F, Gangadin SS, Geraets CNW, van 't Hag E, Haveman Y, van der Heijden I, Voppel AE, Willemsse E, van Amelsvoort T, Bak M, Batalla A, Been A, van den Bosch M, van den Brink T, Faber G, Grootens KP, de Jonge M, Knegtering R, Kurkamp J, Mahabir A, Pijnenborg GHM, Staring T, Veen N, Veerman S, Wiersma S, Graveland E, Hoornaar J, Sommer IEC. (2023). Longitudinal clinical and functional outcome in distinct cognitive subgroups of first-episode psychosis: a cluster analysis. *Psychol Med.* Apr;53(6):2317-2327.

Financiële ontevredenheid bij mensen met psychotische stoornissen

Een kort verslag over de prevalentie en correlaten in een groot naturalistisch psychosecohort

J.L. Jansen, R. Bruggeman, H.A.L. Kiers, PHAMOUS-onderzoekers, G.H.M. Pijnenborg, S. Castelein, W. Veling, E. Visser, L. Krabbendam, J. Koerts*

Samenvatting

Psychotische stoornissen hebben een sterke negatieve invloed op meerdere aspecten van het dagelijks leven, waaronder de financiële situatie van mensen. Deze exploratieve studie onderzoekt de mate van financiële ontevredenheid en de correlaten daarvan in een groot cohort van mensen met psychotische stoornissen. De gegevens van de eerste screening zijn gebruikt van mensen met psychotische stoornissen (n = 5271) die waren opgenomen in de Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey (PHAMOUS; 2006-2020) uitgevoerd in Noord-Nederland. De Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) werd gebruikt om financiële ontevredenheid te meten. Daarnaast werden sociodemografische en psychiatrische kenmerken, middelengebruik en globaal en sociaal functioneren beoordeeld. Een vijfde tot een derde van de mensen met psychotische stoornissen rapporteert financiële ontevredenheid, fluctuerend over het jaar waarin ze werden beoordeeld. Deze proporties zijn aanzienlijk hoger dan in de algemene bevolking. Cannabis- en ander middelengebruik werd geassocieerd met hogere niveaus van financiële ontevredenheid (klein tot middelgroot effect). De andere significante verbanden vertoonden (zeer) kleine effectgroottes. Daarom concluderen we dat financiële ontevredenheid bij mensen met psychotische stoornissen relatief onafhankelijk lijkt te zijn van andere demografische en psychiatrische kenmerken, en van globaal en sociaal functioneren. Deze bevindingen zijn een belangrijke eerste stap voor het vergroten van kennis over financiële ontevredenheid bij mensen met psychotische stoornissen. Ze kunnen ook bijdragen aan meer bewustzijn voor dit onderwerp bij zorgprofessionals in dit veld.

Trefwoorden

Psychotische stoornissen, Financiële ontevredenheid, Kwaliteit van leven

* Correspondentie: j.l.jansen@rug.nl

Informatie over de auteurs is opgenomen achter in dit nummer.

De oorspronkelijke Engelstalige versie van dit artikel is gepubliceerd in: Journal of Psychiatric Research, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.12.039>

© 2024 De auteurs. Gepubliceerd door Elsevier Ltd. Dit is een open access artikel onder de CC BY licentie (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Inleiding

Psychotische stoornissen kunnen een sterk negatieve invloed hebben op meerdere aspecten van het dagelijks leven, waaronder beroeps- en onderwijsprestaties (Marwaha en Johnson, 2004) en sociaal functioneren (Hooley, 2010; Velthorst et al., 2017). Onderzoek suggereert dat psychotische stoornissen geassocieerd worden met ongunstige financiële uitkomsten (Woodside en Krupa, 2010). Een Deens onderzoek suggereert dat mensen met psychotische stoornissen vaak afhankelijk zijn van overheidsuitkeringen als hun belangrijkste inkomstenbron, waarbij de meerderheid werkloos is (Hakulinen et al., 2019). Verder lijken mensen met psychotische stoornissen hun financiële behoeften en financiële druk prioriteit te geven boven hun symptomatisch herstel als motivator om weer aan het werk te gaan, terwijl klinici hun aanbevelingen om weer aan het werk te gaan baseren op een goede controle over de symptomen (Woodside en Krupa, 2010). Ten slotte wijzen studies op verminderde financiële vaardigheden (Klapow et al., 1997; Patterson et al., 1998; Patterson et al., 2001; Evans et al., 2003; Barrett et al., 2009; Shi et al., 2013; Czaja et al., 2017) en een lagere financiële competentie (Niekawa et al., 2007) bij mensen met psychotische stoornissen in vergelijking met controles. In de Verenigde Staten heeft meer dan 35% van de mensen met psychotische stoornissen financiële hulp nodig, bijvoorbeeld van een bewindvoerder (Social Security Administration, 2022). Naast deze objectievere maatstaven voor de financiële situatie en financiële competentie van mensen, is financiële tevredenheid de subjectieve evaluatie van iemands financiële situatie (Ng en Diener, 2014). Het wordt beschouwd als een van de belangrijkste voorspellers van kwaliteit van leven (QoL) in de algemene bevolking (Ngamaba et al., 2020). Twee onderzoeken suggereren dat oudere mensen met schizofrenie meer financiële druk rapporteren dan controles, wat samenhangt met een lagere QoL (Bankole e.a., 2007; Cohen e.a., 2011). Daarnaast heeft een hogere financiële tevredenheid van mensen met een eerste-episode psychose een positief effect op QoL tien jaar later (Gardsjord et al., 2016).

Al met al onderschrijven deze studies het belang om niet alleen objectieve maten van de financiële situatie van mensen met psychotische stoornissen te bestuderen, maar ook hun financiële (on)tevredenheid. Tot nu toe besteden slechts drie studies (Bankole et al., 2007; Cohen et al., 2011; Gardsjord et al., 2016) zijdelings aandacht aan dit onderwerp. Gezien de schaarste aan eerder onderzoek, is de huidige studie exploratief en heeft als doel de prevalentie van financiële ontevredenheid te onderzoeken, evenals de correlaten ervan (d.w.z. sociodemografische en psychiatrische kenmerken, middelengebruik alsmede globaal en sociaal functioneren), in een groot naturalistisch cohort van mensen met psychotische stoornissen.

Methoden

Deelnemers

Deelnemers werden geïncludeerd in de Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey (PHAMOUS; Bartels-Velthuis et al., 2018). PHAMOUS is een doorlopend programma voor routinematige uitkomstmonitoring en een naturalistische Nederlandse cohortstudie, die in 2006 van start ging. Het loopt

in vier instellingen voor geestelijke gezondheidszorg in Noord-Nederland. Alle mensen met psychotische stoornissen en/of mensen die antipsychotica gebruiken worden uitgenodigd om deel te nemen aan een jaarlijkse screenings. Er gelden geen exclusiecriteria voor de screening. Tijdens de screening onderzoeken getrainde verpleegkundigen de geestelijke en lichamelijke gezondheid van de deelnemers. Deelnemers worden geïnformeerd dat hun geanonimiseerde gegevens gebruikt kunnen worden voor wetenschappelijk onderzoek, tenzij ze zich afmelden. De Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) is niet van toepassing op dit onderzoek, zoals beoordeeld door de Medisch Ethische Commissie van het Universitair Medisch Centrum Groningen (METC, 2015/347). Alle procedures zijn in overeenstemming met lokale en internationale ethische normen.

Voor dit onderzoek gebruikten we gegevens van de eerste screening van deelnemers wanneer ze ≥ 18 jaar oud waren, een diagnose hadden in het schizofreniespectrum (d.w.z. schizofrenie (n = 3011; 53,9%), schizo-affectieve stoornis (n = 884; 15,8%), waanstoornis (n = 145; 2,6%), door middelen geïnduceerde psychose (n = 944; 16,9%), kortdurende psychotische stoornis (n = 210; 3,8%) of psychotische stoornis: Niet Anders Omschreven (n = 389; 7,0%) volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV of DSM-5; American Psychiatric Association, 2000, 2013)) en als hun mate van financiële (on)tevredenheid bekend was. Van de 6420 deelnemers voldeden er 5271 aan deze criteria.

Metingen

Financiële ontevredenheid

Financiële (on)tevredenheid werd beoordeeld met een item uit de Manchester Short Assessment of QoL (MANSA; Nederlandse versie; Van Nieuwenhuizen et al., 2017). Deelnemers werd gevraagd om aan te geven hoe tevreden ze waren met hun financiële situatie op een 7-punts Likertschaal, variërend van “kan niet slechter” (1) tot “kan niet beter” (7).

Sociodemografische kenmerken

De leeftijd (in jaren), het geslacht (man/vrouw), het opleidingsniveau (10 niveaus, variërend van geen tot universitair master) en de woonsituatie (afhankelijk/zelfstandig) van de deelnemers werden geregistreerd.

Psychiatrische kenmerken

Diagnose en ziekteduur (in jaren) werden geregistreerd. Psychotische symptomen werden beoordeeld met de Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS; Kay et al., 1987): positieve en negatieve symptomen (beide 7 items, scores variërend van 7 tot 49), en algemene psychopathologie (16 items, score variërend van 16 tot 112), waarbij hogere scores duiden op een hogere ernst van de symptomen. Het in symptomatische remissie zijn (ja/nee) werd beoordeeld met de PANSS-remissiecriteria (Andreasen et al., 2005).

Middelengebruik

Huidig gebruik van alcohol, cannabis, tabak en andere middelen werd beoordeeld (4 items, ja/nee).

Globaal en sociaal functioneren

De subschalen Symptomen en Beperkingen van de Global Assessment of Functioning-schaal (GAF; American Psychiatric Association, 1987) werden gebruikt. Per subschaal variëren de scores van 100 (extreem goed functioneren) tot 1 (extreem slecht functioneren). De Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS; Wing et al., 1998) werd gebruikt om de mentale gezondheid en het sociale functioneren van de deelnemers te beoordelen. Het bestaat uit 12 items, gescoord op een 5-punts Likertschaal (0 = geen probleem tot 4 = (zeer) ernstig probleem), verdeeld over vier schalen: Gedrag, Beperkingen, Symptomen en Sociaal functioneren. Een geluksindex werd gebruikt om het algehele geluk te meten op een schaal van 0 (zeer ongelukkig) tot 10 (zeer gelukkig; Abdel- Khalek, 2006).

Data-analyses

Er werden beschrijvende analyses uitgevoerd op financiële (on)tevredenheid, demografische en psychiatrische kenmerken, middelengebruik, globaal en sociaal functioneren. Voor financiële (on)tevredenheid werden totaalscores voor de gehele steekproef en scores per jaar van eerste screening van deelnemers gerapporteerd. Spearman Rho Correlaties werden berekend tussen de continue variabelen en financiële (on)tevredenheid. Voor dichotome variabelen werden met gebruikmaking van de Bootstrap-methode groepsvergelijkingen van het gemiddelde uitgevoerd met financiële (on)tevredenheid als afhankelijke variabele. Deze analyse wordt beschouwd als een robuuster en informatiever alternatief voor de Mann-Withney U test, terwijl ook informatieverlies wordt vermeden (Johnston en Faulkner, 2021). In deze analyse wordt een continue benadering van financiële (on)tevredenheid gebruikt, wat geschikt wordt geacht wanneer een ordinale variabele ≥ 5 categorieën heeft (Norman, 2010; Sullivan en Artino, 2013). Effectgroottes en hun 99% betrouwbaarheidsintervallen (CI's) werden bepaald. Correlaties werden geclassificeerd als zeer klein ($|\leq 0,10|$), klein ($|\leq 0,10-0,29|$), middelgroot ($|\leq 0,30-0,49|$) of groot ($|\geq 0,50|$). Cohen's d werd geclassificeerd als zeer klein ($|\leq 0,20|$), klein ($|\leq 0,20-0,49|$), middelgroot ($|\leq 0,50-0,79|$), of groot ($|\geq 0,80|$; Cohen, 1988). Resultaten werden als significant beschouwd bij $p < .01$, wat relatief conservatief is en goed overeenkomt met de exploratieve aard van dit onderzoek. Analyses werden uitgevoerd met SPSS versie 28.0.

Resultaten

Tabel 1 toont de demografische en psychiatrische kenmerken van de deelnemers, middelengebruik, alsmede globaal en sociaal functioneren. Gemiddeld genomen voelden mensen met psychotische stoornissen zich *gemengd* tot *meestal tevreden* met hun financiële situatie ($M = 4,5$, $SD = 1,8$; Tabel 2). Echter, meer dan een kwart van de deelnemers rapporteerde financiële ontevredenheid: 9,1% van hen was *meestal ontevreden*, 8,5% *ontevreden*, en 9,2% van de mensen met psychotische stoornissen rapporteerden hun financiële tevredenheid als *kon niet slechter*. In de loop van de tijd varieerde de rapportage van financiële ontevredenheid van 32,7% in 2015 tot 19,7% in 2020 (aanvullende tabel). Een lagere leeftijd, het mannelijk geslacht, een kortere ziekteduur, meer (positieve) symptomen en algehele psychopathologie, niet in remissie zijn, alcohol, cannabis, tabak en andere middelen gebruiken, lager

Table 1
 Characteristics of people with psychotic disorders (n = 5271) and associations with financial satisfaction.

Demographic characteristics	N ^d	M (SD)	% (n)	Association with financial satisfaction			
				M diff.	p-value	ES	
Age (years)	5271	41.2 (12.2)			<.001	.11 ^b	.07-.14
Educational level	1276	5.1 (2.1)			NS	.03 ^b	-.04-.11
Independent living (yes)	4950		55.1 (2739)	-.02 ^a	NS	-.01 ^c	-.09-.07
Gender (female)	5270		34.8 (1836)	.24 ^a	<.001	.13 ^c	.05-.21
Psychiatric characteristics							
Illness duration (years)	4424	13.3 (10.9)			<.001	.08 ^b	.04-.12
PANSS positive symptoms	1796	11.7 (4.9)			<.001	-.14 ^b	-.20-.08
PANSS negative symptoms	1760	13.1 (5.9)			NS	-.05 ^b	-.12-.01
PANSS general psychopathology	1665	26.2 (7.2)			<.001	-.14 ^b	-.20-.07
In remission (yes)	3123		20.6 (1088)	.32 ^a	<.001	.17 ^c	.07-.28
Substance use (yes)							
Alcohol	5192		40.9 (2088)	-.24 ^a	<.001	-.13 ^c	-.21-.05
Cannabis	5094		13.3 (677)	-.80 ^a	<.001	-.44 ^c	-.55-.33
Tobacco	4310		76.9 (3316)	-.44 ^a	<.001	-.24 ^c	-.34-.14
Other substances	5072		6.4 (325)	-.79 ^a	<.001	-.43 ^c	-.59-.28
General and social functioning							
GAF Symptoms	3012	53.4 (14.1)			.004	.05 ^b	.00-.10
GAF Disabilities	2709	53.8 (13.6)			<.001	.11 ^b	.06-.16
HoNOS Behavior	3424	1.1 (1.5)			<.001	-.16 ^b	-.21-.12
HoNOS Impairment	3420	1.7 (1.5)			NS	-.01 ^b	-.06-.03
HoNOS Symptoms	3367	3.2 (2.4)			<.001	-.10 ^b	-.14-.05
HoNOS Social functioning	3339	3.4 (3.0)			<.001	-.17 ^b	-.20-.12
Happiness index	2075	6.4 (1.9)			<.001	.27 ^b	.22-.33

Note. M, mean; SD, standard deviation; diff., difference; ES, effect size; CI, confidence interval of the effect size; NS, non-significant at p = .01 level; PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale (higher scores indicate higher symptom severity); GAF, General Assessment of Functioning (higher scores indicate higher functioning); HoNOS, Health of the Nations Outcome Scale (higher scores indicate more severe problems).

^a Bootstrapped group comparisons of the mean.

^b Spearman Rho correlation.

^c Cohen's d.

^d n varies per variable due to missing values.

globaal functioneren, meer gedrags- en sociale problemen, en minder algeheel geluk waren significant geassocieerd met lagere niveaus van financiële tevredenheid (Tabel 1). Alle effectgroottes waren (zeer) klein.

Alleen cannabis- en ander middelengebruik hadden een klein tot middelgroot effect. Opleidingsniveau, woonsituatie, negatieve symptomen en functionele beperkingen waren niet significant geassocieerd met financiële (on)tevredenheid.

Table 2

Financial (dis)satisfaction of people with psychotic disorders (n = 5271).

M (SD)	4.5 (1.8)
Couldn't be worse % (n)	9.2 (485)
Dissatisfied % (n)	8.5 (450)
Mostly dissatisfied % (n)	9.1 (481)
Dissatisfied total, % (n)	26.8 (1416)
Mixed % (n)	18.4 (968)
Mostly satisfied % (n)	18.9 (998)
Satisfied % (n)	21.0 (1108)
Couldn't be better % (n)	14.8 (781)

Note. M, Mean; SD, standard deviation.

Discussie

Deze exploratieve studie onderzocht de prevalentie van financiële ontevredenheid en de correlaten daarvan in een groot naturalistisch cohort van mensen met psychotische stoornissen. Gemiddeld waren mensen met psychotische stoornissen *gemengd* tot *meestal tevreden* met hun financiële situatie. Een vijfde tot een derde van de deelnemers rapporteerde echter financiële ontevredenheid, fluctuerend door de jaren heen. Deze percentages zijn hoog vergeleken met de algemene Nederlandse bevolking, waarin de percentages financiële ontevredenheid variëren van 5,9% tot 9,3% (2013, 2020; Centraal Bureau voor de statistiek, CBR, 2022; aanvullende figuur). Financiële ontevredenheid is enigszins anders gemeten in het onderzoek van het CBS (namelijk één item met een 10-punts Likertschaal), en het is aannemelijk dat de algemene Nederlandse bevolking niet direct vergelijkbaar is met het studiecohort (bijvoorbeeld wat betreft leeftijd, geslacht, opleidingsniveau). Desalniettemin geven deze cijfers aan dat het aandeel mensen met psychotische stoornissen dat financieel ontevreden is drie tot vier keer zo hoog is als in de algemene Nederlandse bevolking. Financiële ontevredenheid wordt vaak gerapporteerd als één van de belangrijkste voorspellers van QoL (Ngamaba et al., 2020). Hogere financiële ontevredenheid verhoogt waarschijnlijk het stressniveau bij mensen met psychose, wat een negatief effect kan hebben op hun gezondheid en zelfzorg. Tot slot onderschrijven eerdere studies sociale-omgevingsfactoren, waaronder armoede, als risicofactoren voor de ontwikkeling en de instandhouding van psychose (Read, 2010; Hastings et al., 2019), terwijl deze factoren ook een negatieve invloed hebben op de mogelijkheid van mensen om sociale relaties te verwerven en te onderhouden (Topor et al., 2014). Financiële ontevredenheid is dus een cruciale stressor om rekening mee te houden in de klinische praktijk.

Eerdere studies rapporteren ook hogere niveaus van financiële ontevredenheid bij mensen met psychotische stoornissen (Bankole e.a., 2007; Cohen e.a., 2011)

in vergelijking met controles, maar onderzochten nooit associaties met andere kenmerken. In deze studie zijn kenmerken die significant gerelateerd zijn aan lagere niveaus van financiële tevredenheid onder andere demografische kenmerken, zoals het mannelijk geslacht en een lagere leeftijd, en psychiatrische kenmerken, zoals een kortere ziekteduur en meer (positieve) symptomen. Daarnaast vertoonde het gebruik van alcohol, cannabis, tabak en andere middelen een negatieve relatie met financiële tevredenheid. Tot slot waren indicatoren van globaal en sociaal functioneren (zoals meer gedrags- en sociale problemen, lager algeheel geluk) significant geassocieerd met lagere niveaus van financiële tevredenheid. Associaties met cannabis en ander middelengebruik lieten kleine tot middelgrote effectgroottes zien. Dit komt overeen met studies die negatieve associaties rapporteren tussen middelengebruik en QoL bij mensen met psychotische stoornissen (Kerfoot et al., 2011; Oluwoye et al., 2019; Bruins et al., 2021). Onze bevindingen zijn consistent met andere studies naar voorspellers van QoL in deze groep. Specifiek rapporteren studies negatieve associaties tussen (positieve) symptomen en QoL (Meesters et al., 2013; Hoertel et al., 2020), en positieve associaties met globaal en sociaal functioneren en QoL (Meesters et al., 2013; Nevarez-Flores et al., 2019). Een voorzichtige interpretatie van de associaties met deze kenmerken en financiële tevredenheid is echter noodzakelijk, gezien de (zeer) kleine effectgroottes. Alles bij elkaar suggereren onze bevindingen dat een vijfde tot een derde van de mensen met psychotische stoornissen financieel ontevreden is, vooral degenen die cannabis of andere middelen gebruiken (in deze subgroepen zijn de proporties financiële ontevredenheid meer dan 40%), terwijl andere kenmerken een marginale rol lijken te spelen.

Een sterk punt van deze exploratieve studie is dat gegevens van een groot, naturalistisch cohort van mensen met psychotische stoornissen werden gebruikt, waardoor we conclusies kunnen trekken over de prevalentie van financiële ontevredenheid in deze groep. Er kan echter sprake zijn van een selectiebias. Deelnemers zijn afkomstig uit Noord-Nederland, een regio met een lagere gemiddelde sociaaleconomische status vergeleken met andere regio's in Nederland (CBR, 2019). Daarnaast hebben deelnemers over het algemeen een lange ziekteduur, ontvangen ze per definitie nog zorg en moeten ze bereid en in staat zijn om deel te nemen aan jaarlijkse screenings. Ten tweede waren sommige mogelijk relevante variabelen, zoals sociale en omgevingsfactoren, niet beschikbaar in de PHAMOUS-databank, en werd financiële (on)tevredenheid beoordeeld met één item uit de MANSA (Van Nieuwenhuizen et al., 2017).

Toekomstige studies wordt aanbevolen om meer sociale en omgevingskenmerken op te nemen (bijv. sociale steun, kansen op werk, inkomen), en gedetailleerdere vragenlijsten te gebruiken om financiële tevredenheid te meten (bijv. inclusief tevredenheid met inkomen en spaargeld, financiële stress). Ten slotte zijn in *real-world studies*, zoals PHAMOUS, (hoge percentages) ontbrekende gegevens bijna onvermijdelijk, wat de generaliseerbaarheid van onze resultaten zou kunnen beïnvloeden. Bovendien konden complexe, strengere statistische analyses (zoals meervoudige regressieanalyses) niet betrouwbaar worden uitgevoerd vanwege te veel onvolledige gevallen. We hebben daarom afgezien van analyses die het mogelijk maakten om te controleren voor mogelijke overlappende factoren. Gezien de over het algemeen kleine effectgroottes van onze bevindingen is het echter de vraag of complexere analyses onze conclusies wezenlijk zouden veranderen (Peterson, 2009). Samengevat rapporteert een vijfde tot een derde van de mensen met psychotische

stoornissen financiële ontevredenheid. Deze percentages liggen aanzienlijk hoger dan in de algemene bevolking. Cannabis- en ander middelengebruik worden geassocieerd met lagere niveaus van financiële tevredenheid. Gezien de (zeer) kleine effectgroottes voor de andere onafhankelijke variabelen, lijkt financiële ontevredenheid bij mensen met psychotische stoornissen relatief onafhankelijk van demografische en psychiatrische kenmerken, en van globaal en sociaal functioneren. Gezien de exploratieve aard van deze studie is het de moeite waard om redenen voor en voorspellers en mogelijke oorzaken van financiële ontevredenheid in deze groep, inclusief middelengebruik, nader te onderzoeken. Kwalitatief onderzoek zou nuttig kunnen zijn om een rijker inzicht te krijgen in het eigen perspectief van mensen over dit onderwerp. Daarnaast suggereren studies verminderde financiële vaardigheden (Klapow et al., 1997; Patterson et al., 1998; Patterson et al., 2001; Evans et al., 2003; Barrett et al., 2009; Shi et al., 2013; Czaja et al., 2017), en lagere financiële competentie (Niekawa et al., 2007) bij mensen met psychotische stoornissen in vergelijking met controles. Deze factoren zouden onderzocht moeten worden als potentiële voorspellers of oorzaken van financiële ontevredenheid. De huidige bevindingen zijn een belangrijke eerste stap in het vergroten van de kennis over financiële ontevredenheid bij mensen met psychotische stoornissen. Deze bevindingen kunnen ook bijdragen aan meer bewustzijn over dit onderwerp bij zorgprofessionelen die werkzaam zijn in dit veld.

Financiering

Dit werk werd ondersteund door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO; subsidienummer Aut.19.005, 28-05-2020).

Gegevensverklaring

Onder de General Data Protection Regulation (GDPR) worden onze gegevens eerder als gepseudonimiseerd dan als geanonimiseerd beschouwd en daarom nog steeds als persoonsgegevens beschouwd. Aangezien deelnemers geen geïnformeerde toestemming hebben gegeven om hun persoonlijke gegevens publiekelijk te delen, is het ons wettelijk en ethisch niet toegestaan om onze dataset te publiceren. Gegevens zijn daarom alleen beschikbaar op aanvraag bij het Rob Giel onderzoekscentrum (Data Science Center), e-mail e.visser03@umcg.nl.

CRedit-auteursbijdrageverklaring

J.L. Jansen: Schrijven - beoordeling & redactie, Schrijven - oorspronkelijk ontwerp, Visualisatie, Methodologie, Formele analyse, Conceptualisatie. R. Bruggeman: Schrijven - review & redactie, Begeleiding, Methodologie, Financieringswerving, Formele analyse, Conceptualisatie. H.A.L. Kiers: Schrijven - review & redactie, Supervisie, Methodologie, Formele analyse. G.H.M. Pijnenborg: Schrijven - review & redactie, Projectadministratie, Onderzoek. S. Castelein: Schrijven - review & redactie, Projectadministratie, Onderzoek. W. Veling: Schrijven - review & redactie,

Projectadministratie, Onderzoek, Conceptualisatie. E. Visser: Schrijven - review & redactie, Projectadministratie, Onderzoek, Datacuratie. L. Krabbendam: Schrijven - beoordeling & redactie, Supervisie, Methodologie, Financieringswerving, Formele analyse, Conceptualisatie. J. Koerts: Schrijven - review & redactie, Supervisie, Methodologie, Financieringsacquisitie, Formele analyse, Conceptualisatie.

Verklaring van concurrerend belang

De auteurs verklaren dat ze geen bekende concurrerende financiële belangen of persoonlijke relaties hebben, die het werk in dit artikel zouden kunnen beïnvloeden.

Bijlage A. Aanvullende gegevens

Aanvullende gegevens bij dit artikel zijn online te vinden op <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.12.039>.

Referenties

- Abdel-Khalek, A., 2006. Measuring happiness with a single-item scale. *SBP (Soc. Behav. Pers.): Int. J.* 34, 139–150. <https://doi.org/10.2224/sbp.2006.34.2.139>.
- American Psychiatric Association, 1987. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, third ed. American Psychiatric Association Press.
- American Psychiatric Association, 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth ed. American Psychiatric Association Press.
- American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth ed. American Psychiatric Association Press.
- Andreasen, N.C., Carpenter, W.T., Kane, J.M., Lasser, R.A., Marder, S.R., Weinberger, D. R., 2005. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Ajp* 162 (3), 441–449. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.3.441>.
- Bankole, A.O., Cohen, C.I., Vahia, I., Diwan, S., Kehn, M., Ramirez, P.M., 2007. Factors affecting quality of life in a multiracial sample of older persons with schizophrenia. *Am. J. Geriatr. Psychiatr.* 15 (12), 1015–1023. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31805d8572>.
- Barrett, J.J., Hart, K.J., Schmerler, J.T., Willmarth, K., Carey, J.A., Mohammed, S., 2009. Criterion validity of the financial skills subscale of the direct assessment of functional status scale. *Psychiatr. Res.* 166 (2–3), 148–157. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.01.010>.
- Bartels-Velthuis, A.A., Visser, E., Arends, J., Pijnenborg, G.H.M., Wunderink, L., Jörg, F., Veling, W., Liemburg, E.J., Castelein, S., Knegtering, H., Bruggeman, R., 2018. Towards a comprehensive routine outcome monitoring program for people with psychotic disorders: the Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey (PHAMOUS). *Schizophr. Res.* 197, 281–287. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.01.016>.

- Bruins, J., Pijnenborg, G.H.M., Visser, E., Castelein, S., 2021. The association of cannabis use with quality of life and psychosocial functioning in psychosis. *Schizophr. Res.* 228, 229–234. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.11.059>.
- Cohen, C.I., Hassamal, S.K., Begum, N., 2011. General coping strategies and their impact on quality of life in older adults with schizophrenia. *Schizophr. Res.* 127 (1–3), 223–228. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.12.023>.
- Cohen, J., 1988. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, second ed. Routledge.
- Czaja, S.J., Loewenstein, D.A., Lee, C.C., Fu, S.H., Harvey, P.D., 2017. Assessing functional performance using computer-based simulations of everyday activities. *Schizophr. Res.* 183, 130–136. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.11.014>.
- Evans, J.D., Heaton, R.K., Paulsen, J.S., Palmer, B.W., Patterson, T., Jeste, D.V., 2003. The relationship of neuropsychological abilities to specific domains of functional capacity in older schizophrenia patients. *Biol. Psychiatr.* 53 (5), 422–430. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01476-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01476-2).
- Gardsjord, E.S., Romm, K.L., Friis, S., Barder, H.E., Evensen, J., Haahr, U., ten Velden Hegelstad, W., Joa, I., Johannessen, J.O., Langeveld, J., Larsen, T.K., Opjordsmoen, S., Rund, B.R., Simonsen, E., Vaglum, P., McGlashan, T., Melle, I., Rössberg, J.I., 2016. Subjective quality of life in first-episode psychosis A ten year follow-up study. *Schizophr. Res.* 172 (1–3), 23–28. <https://doi.org/10.1016/j.res.2016.02.034>.
- Hakulinen, C., Elovainio, M., Arffman, M., Lumme, S., Pirkola, S., Keskima`ki, I., Manderbacka, K., Bo`ckerman, P., 2019. Mental disorders and long-term labour market outcomes: nationwide cohort study of 2 055 720 individuals. *Acta Psychiatr. Scand.* 140 (4), 371–381.
- Hastings, P., Serbin, L., Bukowski, W., Helm, J., Stack, D., Dickson, D., Ledingham, J., Schwartzman, A., 2019. Predicting psychosis-spectrum diagnoses in adulthood from social behaviors and neighborhood contexts in childhood. *Dev. Psychopathol.* 32, 1–15. <https://doi.org/10.1017/S095457941900021X>.
- Hoertel, N., Rotenberg, L. `e, Blanco, C., Camus, V., Dubertret, C., Charlot, V., Schürhoff, F., Vandel, P., Limosin, F., Ad`es, J., Alezrah, C., Amado, I., Amar, G., Andr`ei, O., Arbault, D., Archambault, G., Aurifeuille, G., Barri`ere, S., B`era-Potelle, C., Levy-Chavagnat, D., 2020. A comprehensive model of predictors of quality of life in older adults with schizophrenia: results from the csa study. *Soc. Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol.: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01880-2>.
- Hooley, J.M., 2010. Social factors in schizophrenia. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 19 (4), 238–242. <https://doi.org/10.1177/0963721410377597>.
- Johnston, M.G., Faulkner, C., 2021. A bootstrap approach is a superior statistical method for the comparison of non-normal data with differing variances. *New Phytol.* 230, 23–26. <https://doi.org/10.1111/nph.17159>.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., Opler, L.A., 1987. The positive and negative Syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 13 (2), 261–276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>.
- Kerfoot, K.E., Rosenheck, R.A., Petrakis, I.L., Swartz, M.S., Keefe, R.S.E., McEvoy, J.P., Stroup, T.S., 2011. Substance use and schizophrenia: adverse correlates in the CATIE study sample. *Schizophr. Res.* 132 (2–3), 177–182. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.07.032>.

- Klapow, J.C., Evans, J., Patterson, T.L., Heaton, R.K., 1997. Direct assessment of functional status in older patients with schizophrenia. *Am. J. Psychiatr.* 154 (7), 1022–1024. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.7.1022>.
- Marwaha, S., Johnson, S., 2004. Schizophrenia and employment: a review. *Soc. Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol.: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services* 39 (5), 337–349. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0762-4>.
- Meesters, P.D., Comijs, H.C., de Haan, L., Smit, J.H., Eikelenboom, P., Beekman, A.T.F., Stek, M.L., 2013. Subjective quality of life and its determinants in a catchment area based population of elderly schizophrenia patients. *Schizophr. Res.* 147 (2–3), 275–280. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.04.030>.
- Nevarez-Flores, A., Sanderson, K., Breslin, M., Carr, V.J., Morgan, V.A., Neil, A.L., 2019. Systematic review of global functioning and quality of life in people with psychotic disorders. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 28 (1), 31–44. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000549>.
- Ng, W., Diener, E., 2014. What matters to the rich and the poor? Subjective well-being, financial satisfaction, and postmaterialist needs across the world. *J. Pers. Soc. Psychol.* 107 (2), 326–338. <https://doi.org/10.1037/a0036856>.
- Ngamaba, K.H., Armitage, C., Panagioti, M., Hodkinson, A., 2020. How closely related are financial satisfaction and subjective well-being? Systematic review and meta-analysis. *J. Behavioral Experimental Economics* 8510, 1016/j.socec.2020.101522.
- Niekawa, N., Sakuraba, Y., Uto, H., Kumazawa, Y., Matsuda, O., 2007. Relationship between financial competence and cognitive function in patients with schizophrenia. *Psychiatr. Clin, Neurosci.* 61 (5), 455–461. <https://doi.org/10.1111/j.1440-07.01693.x>.
- Norman, G., 2010. Likert scales, levels of measurement and the ‘laws’ of statistics. *Adv. Health Sci. Educ.* 15 (5), 625–632. <https://doi.org/10.1007/s10459-010-9222-y>.
- Oluwoye, O., Monroe-DeVita, M., Burduli, E., Chwastiak, L., McPherson, S., McClellan, J. M., McDonell, M.G., 2019. Impact of tobacco, alcohol and cannabis use on treatment outcomes among patients experiencing first episode psychosis: data from the national RAISE-ETP study. *Early Intervention Psychiatry* 13 (1), 142–146. <https://doi.org/10.1111/eip.12542>.
- Patterson, T.L., Goldman, S., McKibbin, C.L., Hughs, T., Jeste, D.V., 2001. USCD performance-based skills assessment: development of a new measure of everyday functioning for severely mentally ill adults. *Schizophr. Bull.* 27 (2), 235–245. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006870>.
- Patterson, T.L., Klapow, J.C., Eastham, J.H., Heaton, R.K., Evans, J.D., Koch, W.L., Jeste, D.V., 1998. Correlates of functional status in older patients with schizophrenia. *Psychiatr. Res.* 80 (1), 41–52. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(98\)00060-2](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(98)00060-2).
- Peterson, C., 2009. Minimally sufficient research. *Perspect. Psychol. Sci.: A Journal of the Association for Psychological Science* 4 (1), 7–9. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01089.x>.
- Read, J., 2010. Can poverty drive you mad? ‘Schizophrenia’, socio-economic status and the case for primary prevention. *N. Z. J. Psychol.* 39, 7–19.

- Shi, C., He, Y., Cheung, E.F.C., Yu, X., Chan, R.C.K., 2013. An ecologically valid performance-based social functioning assessment battery for schizophrenia. *Psychiatr. Res.* 210 (3), 787–793. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.09.023>.
- Social Security Administration, 2022. Annual Statistical Report on the Social Security Disability Insurance Program, p. 2021. Washington, DC.
- Statistics Netherlands, 2019. Statusscore per wijk en buurt o.b.v. welvaart, opleidingsniveau en arbeid. Retrieved 23 June 2023, from. <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2022/14/statusscore-per-wijk-en-buurt-o-b-v-welvaart-opleidingsniveau-en-arbeid>.
- Statistics Netherlands, 2022. Welzijn; Kerncijfers, Persoonskenmerken. CBS. nl from. <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/82634NED/table?dl=7737F> (Accessed 25 January 2023).
- Sullivan, G.M., Artino, A.R.J., 2013. Analyzing and interpreting data from likert-type scales. *J. Graduate Med. Education* 5 (4), 541–542. <https://doi.org/10.4300/JGME-5-4-18>.
- Topor, A., Andersson, G., Denhov, A., Holmqvist, M.S., Mattsson, M., Stefansson, C., Bülow, P., 2014. Psychosis and poverty: coping with poverty and severe mental illness in everyday life. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches* 6 (2), 117–127. <https://doi.org/10.1080/17522439.2013.790070>.
- Van Nieuwenhuizen, C., Janssen-de Ruijter, E.A.W., Nugter, M., 2017. Manual Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA).
- Velthorst, E., Fett, A.J., Reichenberg, A., Perlman, G., van Os, J., Bromet, E.J., Kotov, R., 2017. The 20-year longitudinal trajectories of social functioning in individuals with psychotic disorders. *Am. J. Psychiatr.* 174 (11), 1075–1085. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15111419>.
- Wing, J.K., Beever, A.S., Curtis, R.H., Park, S.B.G., Hadden, S., Burns, A., 1998. Health of the nation outcome scales (HoNOS): research and development. *Br. J. Psychiatr.* 172, 11–18. <https://doi.org/10.1192/bjp.172.1.11>.
- Woodside, H., Krupa, T., 2010. Work and financial stability in late-onset first-episode psychosis. *Early Intervention Psychiatry* 4 (4), 314–318. <https://doi.org/10.1111/1-7893.2010.00189.x>.

Haalbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid van de Nederlandse vertaling van de INCREASE (INCREASE-NL) inventaris om verhalen over herstel van psychische klachten te karakteriseren

Mitch N. Lases, Jozanneke Bruins, Fiona Ng, Stefan Rennick-Egglestone, Joy Llewellyn-Beardsley, Mike Slade, Nienke van Sambeek, Floortje Scheepers, Ingrid D.C. van Balkom, Stynke Castelein*

Samenvatting

Doelstelling

Methoden om verhalen over herstel van psychische klachten (herstelverhalen) te karakteriseren zijn nodig om bruikbare verhalen te kunnen selecteren die het herstelproces van andere mensen kunnen ondersteunen. De Inventory of Characteristics of Recovery Stories (INCREASE) is een bestaand Engelstalig instrument om herstelverhalen te karakteriseren, dat niet beschikbaar is in het Nederlands. De doelen van dit onderzoek waren het maken van een Nederlandse vertaling van INCREASE en het evalueren van de haalbaarheid van langdurig en routinematig gebruik, alsmede de validiteit en betrouwbaarheid.

Onderzoeksopzet en -methoden

INCREASE is vertaald naar het Nederlands (INCREASE- NL) met behulp van een vastgestelde vertaalmethodiek. Zes codeurs met verschillende professionele achtergronden beoordeelden 30 doelgericht geselecteerde Nederlandse narratieven met behulp van INCREASE-NL en vulden vervolgens een evaluatie-enquête in. De bruikbaarheid werd kwalitatief beoordeeld en de inhoudsvaliditeit zowel kwalitatief als kwantitatief. De AC1-overeenstemmingscoëfficiënt van Gwet werd gebruikt om de intercodeur betrouwbaarheid te berekenen.

Resultaten

Codeurs beoordeelden INCREASE-NL als een geschikt instrument om belangrijke kenmerken van herstelverhalen vast te leggen met een acceptabele administratieve belasting. De inhoudsvaliditeitsindex was voldoende voor 5/7 onderdelen van INCREASE-NL. De meeste items werden duidelijk en geschikt bevonden om het corresponderende kenmerk vast te leggen, hoewel sommige strikte coderingsregels of duidelijke beschrijvingen misten, vooral in onderdeel 4 over narratieve kenmerken. Gwet's AC1 kon worden berekend voor 67/77 items, waarvan er 62 voldoende scoorden en vijf onder de afkapwaarde scoorden. Gwet's AC1- coëfficiënten kwamen goed overeen met de originele INCREASE Fleiss Kappa- waarden.

* Correspondentie: Mitch Lases, E-mail: m.n.lases@rug.nl

Conclusies

INCREASE-NL heeft voldoende haalbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid en kan gebruikt worden om Nederlandse herstelverhalen te karakteriseren.

Trefwoorden

Geestelijke gezondheid, Verhalen, Herstel, Verhalen, Gebruiker, Ervaringen, Intercodeur betrouwbaarheid

Achtergrond

Verhalen van mensen met doorleefde geestelijke gezondheidsproblemen (herstelverhalen) kunnen belangrijke perspectieven bieden met betrekking tot het veelzijdige herstelproces. Herstel is uniek voor een individu, ontvouwt zich in de loop van de tijd, voltrekt zich in zijn eigen tijd en is niet intrinsiek definitief. Het gaat om het leiden van een zinvol leven, ongeacht resterende (geestelijke) gezondheidsproblemen.^{1,2}

Het gebruik van herstelverhalen is in toenemende mate aanwezig binnen en buiten de geestelijke gezondheidszorg, bijvoorbeeld door openbaar toegankelijke websites met verzamelingen van herstelverhalen.³ Een recente systematische review over gebruik en misbruik van vastgelegde herstelverhalen in de gezondheidszorg en gemeenschapsinstellingen onderscheidde vijf verschillende toepassingsniveaus.⁴ De eerste toepassing is op *politiek niveau*, bijvoorbeeld wanneer storytelling wordt gebruikt door beleidsmakers van een politieke partij om stemmen te krijgen. Het tweede niveau is op *maatschappelijk niveau*, waar persoonlijke ervaringsverhalen worden gebruikt, bijvoorbeeld als onderdeel van anti-stigma campagnes of om mensen te helpen die psychische behandeling (willen) zoeken. Op *gemeenschapsniveau* kunnen herstelverhalen worden gebruikt om mensen met verschillende perspectieven met elkaar in contact te brengen of om fondsenwerving te bevorderen. Op het *niveau van de dienstverlening* kunnen geestelijke gezondheidservaringen gebruikt worden om behandelingen te evalueren en om nieuwe klinische theorieën en praktijken te ontwikkelen. Op *individueel niveau* ten slotte kunnen verhalen over doorleefde ervaringen worden gebruikt voor zelfpleitbezorging van de verteller of als therapeutisch hulpmiddel bij een interventie.

Naast nuttige toepassingen is er ook een risico dat het gebruik van narratieven negatieve gevolgen kan hebben.⁴ Een voorbeeld is dat een *narratief* dat gepubliceerd wordt als onderdeel van een onderzoek op een andere plek terecht kan komen, zoals in een tijdschrift, zonder toestemming van de auteur. Ten tweede kan een *verteller* voorafgaand aan ontslag van behandeling het gevoel hebben dat hij of zij positief moet of zelfs gedwongen kan worden om de zorgorganisatie positief te beoordelen, ook al was de ervaring misschien helemaal niet positief. Het derde voorbeeld heeft betrekking op het *publiek*, dat de intentie van de verteller verkeerd kan interpreteren of zelfs kan worden aangezet tot zelfbeschadiging.⁴ Het lezen van de verhalen van andere personen met eetstoornissen⁵ of zelfbeschadigend gedrag⁶ kan bijvoorbeeld leiden tot meer normalisering, identificatie, competitie en imitatie. Een interviewstudie heeft aangegeven dat verhalen positieve of negatieve effecten kunnen hebben op ontvangers met psychische gezondheidsproblemen.⁷ Nuttige

uitkomsten die uit kwalitatieve analyses naar voren kwamen waren verbondenheid, validatie, hoop, waardering, empowerment, referentieverhuizing en stigmareductie. Doorleefde ervaringsverhalen kunnen echter ook schadelijk zijn en leiden tot gevoelens van ontoereikendheid, minder verbondenheid en pessimisme over de toekomst. Een essentiële factor die nodig is om een impact te creëren, positief of negatief, is dat de ontvanger een band ervaart met de verteller of de inhoud van het verhaal.⁷ Verhalen kunnen ook een impact hebben doordat de ontvanger er iets van leert of empathie voelt voor de verteller.

Verhalen over herstel in de geestelijke gezondheidszorg waarin verschillende kenmerken van de verteller aan bod komen, kunnen een maximaal positief effect hebben op de ervaren⁸ verbondenheid van de ontvangers. Een ander onderzoek toonde aan dat vrouwelijke deelnemers en deelnemers uit een jongere leeftijdsgroep over het algemeen meer verbondenheid ervoeren met vertellers, en dat het afstemmen op etniciteit een gunstig effect kan hebben.⁹ Verbondenheid was ook groter wanneer de verteller niet volledig hersteld was, maar nog steeds⁹ moeilijkheden ervoer en toch een zinvol leven leidde. Het hielp ontvangers te realiseren dat herstel en een zinvol leven leiden haalbare doelen zijn. Verhalen die door de ontvanger als authentiek werden ervaren, verhoogden ook de verbondenheid. Betrokken zijn bij een verhaal door de ervaren verbondenheid maakte de boodschappen overtuigender voor de ontvanger.

Om herstelverhalen actief te kunnen gebruiken in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, is het belangrijk om informatie te hebben over hun inhoud zodat ze helpen te voorspellen en actief een impact te creëren. Het vastleggen van de belangrijkste kenmerken van een herstelverhaal kan helpen om ze te categoriseren voor gericht gebruik door de geestelijke gezondheidszorg, patiënten en onderzoekers. Een goede match kan de kans op het ervaren van verbondenheid en de gewenste impact voor ontvangers vergroten. Karakterisering van narratieven kan ook helpen om mensen te waarschuwen voor mogelijk schadelijke inhoud en om individuen te helpen die narratieven te vermijden die een negatieve impact op hen kunnen hebben. Bewustwording van belangrijke details van verhalen kan helpen om een positieve impact te bevorderen en om relaties te vinden tussen contextuele kenmerken en het ontstaan van psychische problemen en herstel.

Onlangs is in het Verenigd Koninkrijk een conceptueel raamwerk ontwikkeld over belangrijke kenmerken van herstelverhalen gerelateerd aan psychische gezondheidsproblemen.¹⁰ Dit heeft geleid tot de ontwikkeling van de Engelstalige Inventory of Characteristics of Recovery Stories (INCREASE).¹¹ INCREASE maakt het mogelijk om de meest relevante elementen van verhalen vast te leggen. Tot op heden is er geen Nederlandstalig instrument beschikbaar om herstelverhalen te karakteriseren. Gezien de goede psychometrische eigenschappen van INCREASE, veronderstellen wij dat dit instrument ook geschikt is om belangrijke informatie vast te leggen uit Nederlandse herstelverhalen, geproduceerd door vertellers uit Nederland. Ons eerste doel in deze studie is dan ook om een Nederlandse vertaling van INCREASE (INCREASE-NL) te maken en deze vertaling aan te passen op culturele relevantie. Het tweede doel is om het vertaalde instrument te onderzoeken op haalbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid.

Methoden

Beschrijving van INCREASE

INCREASE bevat 77 items verdeeld over zeven secties (Onderdelen), die de meest relevante elementen van verhalen vastleggen.¹¹ Met het instrument kunnen beschrijvende kenmerken van het verhaal (bijv. vertelwijze en lengte/duur), de verteller (bijv. demografische gegevens en ziekte- specifieke informatie) en kenmerken, zoals genre (bijv., ontsnapping of uithoudingsvermogen), positionering (bijv. herstel binnen of buiten de hulpverlening), toon (bijv. over het algemeen vrolijk of over het algemeen negatief) en relatie met herstel (bijv. goed leven of overleven van dag tot dag). Er zijn ook aparte onderdelen voor inhoudelijke waarschuwingen en keerpunten.

INCREASE sluit af met 29 items over inhoud die aanwezig kan zijn in het verhaal (bijvoorbeeld zwangerschap/geboorte, familie en stigma). De uitvoerbaarheid, aanvaardbaarheid en betrouwbaarheid van de originele INCREASE zijn positief geëvalueerd. De oorspronkelijke codeurs rapporteerden dat het instrument uitvoerbaar was met een acceptabele administratieve belasting, duidelijke instructies en beschrijvingen.¹¹ De meeste items werden beoordeeld als eenvoudig te beantwoorden, maar sommige items in *Onderdeel Vier* (Narratieve Kenmerken) werden als subjectiever beoordeeld. INCREASE was acceptabel voor codeurs en mensen met een doorleefde ervaring met psychische gezondheidsproblemen en werd verder verbeterd door verfijningen na de pilot-evaluatie. Codeurs ervoeren positieve gevoelens van inspiratie tijdens het coderingsproces, maar vonden het ook moeilijk om over de moeilijkheden en trauma's van sommige vertellers te lezen. Vervolgens werd informatie over welzijn toegevoegd aan de instructies van het instrument en werden strategieën voor zelfzorg en het omgaan met negatieve effecten aangeboden aan de codeurs. De intercoder en test-hertest betrouwbaarheid van de originele INCREASE varieerde van matig tot perfecte overeenstemming.

Opzet onderzoek

Deel A: Vertaalfase

In de vertaalfase was het hoofddoel het vertalen van de originele INCREASE tot INCREASE-NL. We volgden de bijgewerkte werkwijzen van het consortium vertaling voor instrumenten over uitkomsten gerapporteerd door patiënten (PRO).¹² Het maken van een Nederlandse vertaling omvatte 11 stappen, waaronder een vertaling naar het Nederlands en terug naar het Engels, semantische correcties, proeflezen en het testen van het instrument. Het volledige vertaalproces wordt weergegeven in **tabel 1**. Tijdens het proeflezen controleerden vier projectteamleden (waaronder collega's met doorleefde ervaring van psychische problemen en herstel) op taalfouten, lay-out en culturele relevantie van items, maar gaven ook hun algemene indruk van INCREASE-NL. Aanpassingen werden alleen gemaakt met behoud van het gelijke concept van de oorspronkelijke INCREASE.

Deel B: Validatiefase van INCREASE-NL

In de validatiefase (zie Stap 7, *Tabel 1*) is INCREASE-NL getest en geëvalueerd door zes codeurs die elk 30 psychische (herstel)verhalen van de Verhalenbank Psychiatrie¹³ hebben gelezen en voor elk verhaal INCREASE-NL hebben ingevuld. Het doel was om de *haalbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid* volgens de codeurs van INCREASE te evalueren.

Table 1 *INCREASE to INCREASE-NL: Translation and validation process steps*

Step number	Step name	Translation approach used in INCREASE-NL (involved authors: ML, JB1, MR, SC, IvB, JB2, MR)
1	Preparation	Obtaining translation permission from developer, deciding on approach, and finding qualified translators (ML).
2	Forward translation	Performing two independent forward translations (JB1, ML).
3	Reconciliation	Reconciliation of two forward translations into one consensus translation (ML, JB1).
4	Backward translation	Performing a backward translation of INCREASE-NL to English using a Dutch native speaker with proficient English skills, who was blinded to the original INCREASE (MR).
5	Revision of reconciled forward translation	Assessing semantic equivalence of backward translation with the original INCREASE, identification of issues in the reconciled translation, tracking of changes, and implementation in a revised version (ML, JB1).
6	Proofreading	Four proof readers, which included people with lived experience (SC, IvB, JB2, MR) checking the translation on Dutch language errors, readability of sentences, on overall impression on the feasibility and acceptability of the instrument, and on anything missing. Creating the draft version of INCREASE-NL to be validated.
7	Instrument testing/ formal evaluation	Evaluation of feasibility, validity, and reliability of INCREASE-NL by testing the instrument with six coders (SC2, NvS, MdV, MR, JT, MS) of different professional backgrounds, all coding 30 recovery narratives after receiving training on the use of INCREASE-NL.
8	Post-testing/formal evaluation review (Analysis/Revisions)	Calculating the intercoder reliability, collecting the evaluations of coders on feasibility and user friendliness of INCREASE-NL. Discussions on results within the research team (JB1, ML, SC, IvB).
9	Documentation	Documentation of experiences of coders while using INCREASE-NL including advise for future coders (ML; see <i>Appendix II</i>).
10	Report	Writing the final summary report, documenting the development of translation, including descriptions of translation and cultural adaptation decisions (ML, JB1, SC, IvB).
11	Archiving/ Record-keeping	Archiving of: qualifications and experience of translation team, documentation of changes made throughout the translation work and rationale for changes, translation report including results of formal evaluation of INCREASE-NL (ML).

Berekening steekproefgrootte

Om de grootte van de steekproef te berekenen¹⁴ hebben we naar de volgende factoren gekeken: minimale betrouwbaarheid ($\rho=0,4$), verwachte betrouwbaarheid ($\rho=0,65$), significantieniveau ($\alpha=0,05$), power (80%), zes codeurs en een verwacht uitvalpercentage (10%), gebaseerd op de psychometrische resultaten van de oorspronkelijke INCREASE. De resultaten suggereerden een minimum van 28 herstelverhalen met zes codeurs, rekening houdend met een uitvalpercentage van 10%. We kozen ervoor om conservatief 30 herstelverhalen op te nemen.

Herstelverhalen

We gebruiken 30 op tekst gebaseerde (herstel)verhalen van de Verhalenbank Psychiatrie,¹³ een initiatief van de afdeling Psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht, dat een verzameling is van op geestelijke gezondheid gerichte verhaalervaringen van patiënten, zorgverleners en professionals. De website bevat geschreven-verhalen met een variatie in demografie, inhoud en diagnoses. Uit een gegevensbank van meer dan 200 verhalen kozen we ervoor om samengevatte versies van verhalen op te nemen. Er werd geïnformeerde toestemming gegeven voor het gebruik van de verhalen voor wetenschappelijk onderzoek en voor anonieme publicatie op de open website. De 30 verhalen zijn geschreven vanuit het perspectief van de patiënt. Als strategie om de variatie te maximaliseren, namen we verhalen op met variatie in geslacht, leeftijd, verschillende zelf gerapporteerde diagnoses en verhalen die een niet-diagnostisch kader gebruikten.

Codeurs

Om de toepasbaarheid door verschillende potentiële gebruikers te controleren, hebben we klinici ($n=2$), onderzoekers ($n=2$) en ervaringsdeskundigen ($n=2$) als codeurs in het onderzoek betrokken. De instructies voor het gebruik van INCREASE zijn vertaald en aangepast aan de Nederlandse situatie en tijdens een training aan de codeurs aangeboden. Om het welbevinden van de codeur te behouden tijdens het coderen van narratieven is een lijst met strategieën voor het omgaan met mogelijke negatieve effecten van narratieven gedeeld met de codeurs. Na de training is de codeurs op een 5-punts Likertschaal (1=helemaal niet zelfverzekerd; 5=zeer zelfverzekerd) gevraagd in hoeverre zij zich zelfverzekerd voelden om INCREASE-NL te gebruiken. Extra training werd aangeboden als de codeurs een 3 (twijfelachtig) of lager scoorden.

Maatstaven voor validatie

Om de *haalbaarheid* van het gebruik van INCREASE-NL te onderzoeken hebben codeurs geëvalueerd of het instrument geschikt is voor langdurig en routinematig gebruik en of het doeltreffend is.¹⁵ Daarnaast hebben we de *gebruiksvriendelijkheid* van INCREASE-NL onderzocht door na te gaan of de taal van het instrument geschikt is in combinatie met een acceptabele administratieve, fysieke en emotionele belasting, met behoud van de kwaliteit van de categorisering van het herstelverhaal. *De inhoudsvaliditeit* werd zowel kwalitatief als kwantitatief onderzocht. Alle codeurs beschreven of de items in elke sectie (Onderdeel) een goede weergave zijn van deze kenmerken in de verhalen en kenden een waardering toe op een 5-punts-Likertschaal (1=sterk oneens met goede weergave; 5=sterk eens met goede weergave) waarbij ≥ 4 voldoende inhoudsvaliditeit betekent. Om de consistentie in codering van de

INCREASE-NL items te controleren, hebben we de *Intercodeur betrouwbaarheid* tussen codeurs bepaald.

Gegevensanalyse

Omdat we alleen teksten uit de Verhalenbank Psychiatrie hebben opgenomen, vertonen sommige items een hoge tot perfecte overeenkomst, maar een lage prevalentie in verschillende antwoordcategorieën. Fleiss Kappa is minder geschikt voor datasets met hoge overeenstemming en lage spreiding vanwege de manier waarop het kans correctie uitvoert, ook wel de “Kappa paradox” genoemd. Fleiss Kappa-waarden dalen onevenredig in deze situatie, zelfs met slechts één of enkele verschillende antwoorden.

Om deze reden werd de Gwet’s AC1 overeenstemmingscoëfficiënt gekozen als belangrijkste maat om de intercoder betrouwbaarheid te berekenen. Gwet’s AC1 wordt beschouwd als een stabiele intercoder betrouwbaarheidsmaat in de bovengenoemde situatie.¹⁹ Ter vergelijking berekenden we daarnaast steeds de Fleiss Kappa-waarden²⁰ (κ) voor elk individueel item. We beschouwden Gwet’s AC1 en Kappa-waarden van $\geq 0,40$ als voldoende.²¹ Voor volledige transparantie van de intercoder betrouwbaarheidsscores en het effect van toeval correcties op de statistische waarden, kozen we er ook voor om de absolute paarsgewijze percentages van overeenkomst te rapporteren. Absolute percentuele overeenstemming heeft geen duidelijke afkapwaarden voor interpretatie; maar in navolging van richtlijnen in de literatuur,^{22, 23} beschouwen we <75% als een laag percentage overeenstemming, ≥ 75 -90% als acceptabel, en >90% als hoge mate van overeenstemming. Om te randomiseren voor eventuele resterende effecten van het leren gebruiken van INCREASE-NL of vermoeidheid tijdens het codeerproces, werden de verhaallijnen in een willekeurige volgorde aangeboden aan de codeurs met behulp van een willekeurige sequentiengenerator voor het nummer van het narratief (Kleinste waarde: 1; Grootste waarde: 30)²⁴, waarna de volgorde per codeur werd gehercodeerd op codeur ID en genummerd van 1 tot 30. De codeurs werd gevraagd om tijdens het coderingsproces hun volgorde van nummering van de verhaallijnen aan te houden. Er werd een gemiddelde inhoudsvaliditeits indexscore per onderdeel berekend op basis van de scores op een 5-punts Likert-schaal. IBM SPSS Statistics (versie 29) en RStudio (versie 2022.07.2, Build 576) met het irrCAC-pakket²⁵ werden gebruikt voor kwantitatieve statistische analyses. Schriftelijke enquêterevaluaties werden verzameld via een Qualtrics-enquête.²⁶ Codering per regel werd uitgevoerd om patronen en andere relevante feedback te vinden met betrekking tot de algemene indruk, haalbaarheid en gebruiksvriendelijkheid van de INCREASE-NL. Samenvattingen van de antwoorden worden gepresenteerd in de resultatensectie.

Resultaten

Deel A: Vertaalfase

In stap 1 (Voorbereiding) werd toestemming voor vertaling verkregen en werden vertalers geïdentificeerd. In stap 2 (vertaling van Engels naar Nederlands) werden door onafhankelijke vertalers INCREASE-NL v1A en v1B ontwikkeld. In stap 3 (Verzoening) werden v1A en v1B geharmoniseerd tot INCREASE-NL v2. Hierbij werden verschillen besproken en werd consensus bereikt over de best passende

Nederlandse vertaling. In stap 4 (terugvertaling van Nederlands naar Engels) is een terugvertaling van INCREASE-NL v2 uitgevoerd. In stap 5 (Revisie van de op elkaar afgestemde voorwaartse vertaling) is de terugvertaling beoordeeld op semantische gelijkwaardigheid met het oorspronkelijke instrument en zijn op woordniveau wijzigingen aangebracht in INCREASE-NL v2. In stap 6 (Proeflezen) leidde proeflezen op haalbaarheid, gebruiksvriendelijkheid en culturele relevantie tot aanpassingen in drie items. De antwoordcategorieën van item 13 (Etniciteit) zijn aangepast aan de Nederlandse bevolking en gebaseerd op migratieachtergrondstatistieken. Ook item 32 (Positionering) werd licht aangepast om beter aan te sluiten bij de organisatie van de dienstverlening in Nederland en item 34 (Relatie tot herstel) werd licht aangepast om de bedoelde betekenis van het oorspronkelijke item te behouden. Vervolgens is een definitieve versie van de INCREASE-NL gemaakt, klaar voor verdere validatie (zie *Bijlage I*).

Na de vertaalfase zijn de codeurs getraind in het gebruik van INCREASE-NL. Vier van de zes codeurs gaven aan (veel) vertrouwen te hebben (n=4) in hun bekwaamheid om INCREASE-NL te gebruiken. Twee codeurs hadden er minder vertrouwen in (score?3). Na aanvullend onderzoek meldden beide codeurs onzekerheid bij het coderen van specifieke items die voor meerdere interpretaties vatbaar zijn, bijvoorbeeld item 31 (Genre) en 33 (Toon). Ze gaven echter aan dat ze zich zeker genoeg voelden om het instrument zonder verdere training te gebruiken.

Deel B: Validatiefase van INCREASE-NL Kwalitatieve samenvatting

Haalbaarheid

Alle codeurs hebben na het coderen van 30 herstelverhalen de evaluatie-enquête ingevuld. De algemene indruk over de haalbaarheid van INCREASE-NL was dat het instrument geschikt is om een relatief volledige inventarisatie te maken van de belangrijkste kenmerken van herstelverhalen. Voor toepassingen in de klinische praktijk werd het instrument nuttig geacht om verhalen te kunnen identificeren met bepaalde kenmerken of inhoud die individuele ontvangers misschien (niet) willen lezen (bijv. item 34 'Relatie tot herstel' = 'Vooruitgang boeken' of 'Goed leven') of vermijden (bijv. 'Waarschuwing inhoud' = 'Misbruik of seksueel geweld'). De meeste items werden als duidelijk en gebruiksvriendelijk beschouwd, maar sommige items bleken voor meerdere interpretaties vatbaar. In deze gevallen misten de codeurs nuances in de antwoordopties, vooral wanneer het verplicht was om één antwoord te kiezen (bijv. item 14 'Stadium van herstel'; item 31 'Genre'; item 32 'Positionering'; item 33 'Toon'; item 34 'Relatie tot herstel'). Een van de codeurs merkte op dat als het doel is om slechts een grove selectie van kenmerken te verzamelen, het instrument te veel vragen bevat. Zie

Appendix II voor een overzicht van ervaringen van de codeurs met INCREASE-NL, inclusief advies voor toekomstige codeurs.

Gebruiksvriendelijkheid

Codeurs merkten op dat het taalgebruik gepast was (n=3), dat het instrument-formulier gemakkelijk in te vullen was (n=3) en dat het lees- en codeerproces vrij tijdrovend was (tijdspanne: 8:24 - 46:49 minuten per verhaal; lengte van het verhaal, range: 729 - 1256 woorden per verhaal), maar wel acceptabel qua tijdsinvestering

(n=3). De gemiddelde tijd die werd besteed aan het coderen per verhaal varieerde per codeur van 12:00 - 33:58 minuten. Eén codeur gaf aan dat het coderen van meerdere verhalen achter elkaar tot verwarring kan leiden en adviseerde om er niet meer dan drie tegelijk te coderen. Een andere codeur gaf aan dat één van de opgenomen verhalen zijn/haar eigen trauma enigszins triggerde.

Evaluatie inhoudsvaliditeit

Voor de kwalitatieve evaluatie van de inhoudsvaliditeit werd de codeurs gevraagd in hoeverre ze de items en beschrijvingen geschikt vonden om informatie uit de verhalen voor de corresponderende instrumentonderdelen vast te leggen.

Voor *Onderdeel 1 (Narratieve geschiktheid)* en *2 (Narratieve modus)* was het algemene oordeel dat de items duidelijk gedefinieerd zijn en de belangrijkste elementen van een herstelverhaal kunnen vastleggen. Hoewel de codeurs alleen tekst-gebaseerde narratieven beoordeelden, verwachten zij dat de INCREASE-NL ook informatie van andere modaliteiten zou kunnen vastleggen.

Voor *Onderdeel 3 (Kenmerken van de verteller)* werden de meeste items als duidelijk beschouwd en ze droegen bij tot het begrijpen van de kenmerken van de verteller. Eén codeur gaf aan dat het moeilijk is om te bepalen wanneer er voldoende inhoud in het verhaal zit om bij sommige items het juiste antwoord te geven, ook al lijkt het op het eerste gezicht een eenvoudig item (zoals item 16 'Seksualiteit'). In de oorspronkelijke INCREASE- instructies stond wat te doen in dit soort gevallen. Om die reden hebben we de codeerinstructies voor sommige van deze items herhaald in *Appendix II*. Voor de items met betrekking tot diagnose meldde een van de codeurs dat hij niet zeker wist of alleen primaire of ook secundaire diagnoses moesten worden aangevinkt, wanneer de diagnose-hiërarchie door de verteller als zodanig wordt aangegeven. Een ander aandachtspunt was dat de beschrijving van een symptoom, zoals 'stemmen horen', zowel in het diagnose- item (item 27) als in het niet-diagnostische kader item (item 30) voorkwam.

Onderdeel 4 (Narratieve kenmerken) werd als het moeilijkst beoordeeld om te coderen. Codeurs vermeldden dat voor sommige items (bv. Toon en Traject) de antwoordcategorieën niet in staat zijn om de complexe dynamiek van een verhaal samen te vatten. Ze vonden het moeilijk om voor deze items één best passend antwoord te kiezen. Eén codeur zei dat de antwoordcategorieën voor item 31 (*Genre*) niet goed overeenkomen met de beschrijving, wat het ook moeilijker maakt om een antwoord te kiezen. Een andere codeur zei dat *Onderdeel 4* het-subjectiefste onderdeel is.

De items van *Onderdeel 5 (Waarschuwingen voor de inhoud)* werden beoordeeld als geschikt, maar ook als-dubbelzinniger om te coderen dan de items in onderdelen 1-3. Eén codeur merkte op dat er overlap lijkt te zijn tussen items 37 en 40, die beide gaan over soorten geweld en agressie.

De algemene indruk van *Onderdeel 6 (Keerpunten)* was dat het moeilijk was om één of meer keerpunten aan te kruisen, omdat er verwarring was over hoe expliciet een keerpunt in het verhaal moest worden genoemd. Ook vond een van de codeurs dat

twee itembeschrijvingen elkaar overlappen (namelijk *Zelfacceptatie* en *Verschuiving in identiteit*) en daarom meer voor interpretatie vatbaar waren. De andere beschrijvingen van keerpunten waren gemakkelijker te onderscheiden.

Codeurs rapporteerden dat de items en beschrijvingen van *Onderdeel 7 (Inhoud van het verhaal)* een volledig overzicht geven van de inhoud van het verhaal. Het belangrijkste gerapporteerde probleem was de moeilijkheid om te bepalen of een onderwerp significant aanwezig was, wat betekent dat het item moest worden aangevinkt, of dat het onderwerp slechts kort werd genoemd, in welk geval het item niet moest worden aangevinkt. Eén codeur merkte op dat hij/zij de onderwerpen 'relatie tot de samenleving' miste, zowel sociaal als in termen van mogelijkheden voor participatie of re-integratie, en 'beschikbaarheid van en toegang tot diensten', gezien de omstandigheden van complexiteit en co-morbiditeit van diagnoses in relatie tot de manier waarop de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg is georganiseerd en gestandaardiseerd.

Over het geheel genomen werd de huidige versie van INCREASE-NL geschikt geacht om de belangrijkste kenmerken van herstelverhalen vast te leggen en als gebruiksvriendelijk beoordeeld. Een samenvatting van alle ervaringen die de codeurs rapporteerden bij het gebruik van het instrument (*zie Bijlage II*) kan dienen als achtergrondinformatie voor toekomstige gebruikers.

Kwantitatieve analyse

Inhoudsvaliditeitsindex

De algehele gemiddelde score voor de inhoudsvaliditeit van INCREASE-NL was 4,26 (SD=0,33), wat aangeeft dat het instrument over het geheel genomen een voldoende inhoudsvaliditeit heeft. Onderdeel 4 'Eigenschappen van het narratief' (M=3,50, SD=0,84) en Onderdeel 5 'Inhoudswaarschuwingen' (M=3,83, SD=0,98) hadden onvoldoende scores, terwijl Onderdeel 1 'Geschiktheid van het narratief' (M=4,67, SD=0,52) en Onderdeel 2 'Narratief modus' (M=5,00, SD=0,00) de hoogste scores voor inhoudsvaliditeit hadden.

Intercoder-betrouwbaarheid

Voor tien van de 77 items konden de Gwet's AC1- coëfficiënt en Fleiss Kappa niet berekend worden omdat alle waarderingen voor deze items hetzelfde waren. Van de overgebleven 67 items hadden 62 items een voldoende Gwet's AC1- coëfficiënt (AC1 \geq 0,40) en vijf itemscores waren onvoldoende (AC1 $<$ 0,40). Voor de Fleiss Kappa-berekening hadden 39 van deze 67 items een voldoende Kappa waarde ($\kappa \geq$ 0,40) en 28 items waren onvoldoende ($\kappa <$ 0,40).

Tien van de 77 items scoorden 100% voor het percentage absolute overeenstemming, aangezien alle beoordelingen hetzelfde waren. Van de overige 67 items hadden 49 items een acceptabel of hoog percentage van absolute overeenstemming en 18 items hadden een laag percentage van absolute overeenstemming. Zeventien items met onvoldoende Kappa- waarden hadden acceptabele of hoge percentage overeenkomst scores (bereik: 78% tot 99%) en voldoende Gwet's AC1- coëfficiënten (bereik: 0.70-0.99). De intercodeur overeenkomst en betrouwbaarheidscoëfficiënten staan in **tabel 2**.

Table 2 Intercoder-reliability of INCREASE-NL on item-level

Item	Percentage agreement	Gwet's AC1	Fleiss Kappa current study	Fleiss Kappa original study
SECTION 1: NARRATIVE ELIGIBILITY				
[In Dutch: ONDERDEEL 1: GESCHIKTHEID VAN HET NARRATIEF]				
1. Lived experience account? <i>[In Dutch: Weergave persoonlijke ervaringen]</i>	100% ^a	N/A ^a	N/A ^a	0.79
2. Is this a narrative? <i>[In Dutch: Is dit een narratief?]</i>	98%	0.98	0,19	0.85
3. Narrator-defined adversity <i>[In Dutch: Bevat het narratief tegenslag of worsteling?]</i>	100% ^a	N/A ^a	N/A ^a	0.62
4. Narrator-defined success <i>[In Dutch: Bevat het narratief succes, krachten en overleving?]</i>	95%	0,94	0,38	0.75
SECTION 2: NARRATIVE MODE				
[In Dutch: ONDERDEEL 2: NARRATIEF MODUS]				
5. Written elements <i>[In Dutch: Geschreven elementen]</i>	100% ^a	N/A ^a	N/A ^a	0.99
6. Sound elements <i>[In Dutch: Geluidselementen]</i>	100% ^a	N/A ^a	N/A ^a	0.99
7. Moving image elements <i>[In Dutch: Bewegende beelden]</i>	100% ^a	N/A ^a	N/A ^a	1.00
8. Static image elements <i>[In Dutch: Statische afbeeldingen]</i>	99%	0,99	-,01	1.00
9. Total words (#) <i>[In Dutch: Totaal aantal woorden]</i>	100% ^a	N/A ^a	N/A ^b	N/A
10. Total length (mins) <i>[In Dutch: Totale lengte (min)]</i>	100% ^a	N/A ^a	N/A ^a	N/A
SECTION 3: NARRATOR CHARACTERISTICS				
[In Dutch: ONDERDEEL 3: KENMERKEN VAN DE VERTELLER]				
11. Gender <i>[In Dutch: Gender]</i>	97%	0,97	0,94	0.90
12. Age <i>[In Dutch: Leeftijd]</i>	96%	0,95	0,92	0.89
13. Ethnicity <i>[In Dutch: Etniciteit]</i>	92%	0,92	0,27	0.95
14. Stage of recovery <i>[In Dutch: Herstelfase]</i>	70%	0,66	0,33	0.88 ^c
15. Location of the narrator <i>[In Dutch: Locatie van de verteller]</i>	89%	0,87	0,15	0.91
16. Sexuality <i>[In Dutch: Seksualiteit]</i>	69%	0,63	0,38	0.88
17. Visual difficulties <i>[In Dutch: Visuele beperking]</i>	100% ^a	N/A ^a	N/A ^a	1.00
18. Hearing difficulties <i>[In Dutch: Gehoorproblemen]</i>	100% ^a	N/A ^a	N/A ^a	1.00
19. Mobility/stamina difficulties <i>[In Dutch: Beperkt(e) mobiliteit, uithoudingsvermogen]</i>	95%	0,94	0,56	0.71

20.	Cognitive difficulties <i>[In Dutch: Cognitieve problemen]</i>	92%	0,89	0,61	0,75 ^d
21.	Self-care difficulties <i>[In Dutch: Problemen bij zelfzorg]</i>	98%	0,98	0,79	0,76
22.	Neuro-developmental related <i>[In Dutch: Neuro-ontwikkeling gerelateerd]</i>	96%	0,93	0,88	0,57
23.	Eating or food-related <i>[In Dutch: Eet- of voedingsgerelateerd]</i>	96%	0,96	0,72	0,94
24.	Mood-related <i>[In Dutch: Stemningsgerelateerd]</i>	85%	0,70	0,69	0,87
25.	Personality-related <i>[In Dutch: Persoonlijkheid gerelateerd]</i>	92%	0,90	0,41	0,89
26.	Obsessive-compulsive related <i>[In Dutch: Obsessief-compulsief gerelateerd]</i>	96%	0,96	0,45	0,75
27.	Schizophrenia or other psychosis-related <i>[In Dutch: Schizofrenie, psychose gerelateerd]</i>	83%	0,71	0,59	0,92
28.	Trauma/stress-related <i>[In Dutch: Trauma, stress gerelateerd]</i>	94%	0,92	0,73	0,60 ^d
29.	Substance-related <i>[In Dutch: Middelen-gerelateerd]</i>	89% 78%	0,86	0,54	0,71
30.	Uses a non-diagnostic framework <i>[In Dutch: Gebruikt een non-diagnostisch kader]</i>		0,70	0,10	0,79 ^d

SECTION 4: NARRATIVE CHARACTERISTICS

[In Dutch: ONDERDEEL 4: EIGENSCHAPPEN VAN HET NARRATIEF]

31.	Genre <i>[In Dutch: Genre]</i>	51%	0,36	0,33	0,82
32.	Positioning <i>[In Dutch: Positionering]</i>	72%	0,61	0,47	0,85
33.	Tone <i>[In Dutch: Toon]</i>	54%	0,41	0,31	0,78
34.	Relationship with recovery <i>[In Dutch: Relatie met herstel]</i>	48%	0,37	0,22	0,58
35.	Trajectory <i>[In Dutch: Traject]</i>	64%	0,57	0,38	0,83
36.	Use of metaphor, symbolic language <i>[In Dutch: Gebruik van metafoer of symbolisch taalgebruik]</i>	55%	0,10	0,10	0,82

SECTION 5: CONTENT WARNINGS

[In Dutch: ONDERDEEL 5: INHOUDSWAARSCHUWINGEN]

37.	Abuse or sexual violence <i>[In Dutch: Mishandeling of seksueel geweld]</i>	87%	0,75	0,72	0,75
38.	Loss of life or endangerment to life <i>[In Dutch: Verlies van leven of gevaar voor het leven]</i>	77%	0,59	0,45	0,77 ^d
39.	Self-harm including eating disorders <i>[In Dutch: Zelfbeschadiging inclusief eetstoornissen]</i>	82%	0,69	0,55	0,83 ^d
40.	Violence or aggression <i>[In Dutch: Geweld of agressie]</i>	85%	0,79	0,40	0,66 ^d
41.	Injustice, prejudice, discrimination	82%	0,76	0,28	0,85

*[In Dutch: Onrechtvaardigheid,
vooroordelen en discriminatie]*

SECTION 6: TURNING POINTS

[In Dutch: ONDERDEEL 6: KEERPUNTEN]

42.	Taking charge <i>[In Dutch: Regie nemen]</i>	84%	0,80	0,24	0.62
43.	Interventions/support from others <i>[In Dutch: Interventies, steun van anderen]</i>	71%	0,43	0,43	0.70
44.	Self-acceptance <i>[In Dutch: Zelfacceptatie]</i>	83%	0,79	0,19	0.68
45.	Spiritual/existential experience <i>[In Dutch: Spirituele, existentiële ervaring]</i>	95%	0,95	0,51	0.81 ^d
46.	'Rude awakening' <i>[In Dutch: 'Ruw wakker geschud worden']</i>	96%	0,95	0,56	0.97
47.	Shift in identity <i>[In Dutch: Verschuiving in identiteit]</i>	98%	0.98	-0,01	0.63

SECTION 7: NARRATIVE CONTENT

[In Dutch: ONDERDEEL 7: INHOUD NARRATIEF]

48.	Pregnancy/birth <i>[In Dutch: Zwangerschap, geboorte]</i>	96%	0,96	0,22	0.99
49.	Family <i>[In Dutch: Familie]</i>	59%	0,46	0,42	0.81
50.	Being in care <i>[In Dutch: In zorg zijn]</i>	100% ^a	N/A ^a	N/A ^a	1.00
51.	Education <i>[In Dutch: Opleiding]</i>	76%	0,72	0,46	0.87
52.	Friendships <i>[In Dutch: Vriendschappen]</i>	67%	0,59	0,49	0.79
53.	Relationships <i>[In Dutch: Relaties]</i>	77%	0,71	0,65	0.77
54.	Housing <i>[In Dutch: Huisvesting]</i>	87%	0,86	0,29	0.83
55.	Income <i>[In Dutch: Inkomen]</i>	94%	0,94	0,26	0.84
56.	Work <i>[In Dutch: Werk]</i>	66%	0,58	0,45	0.78
57.	Criminal justice system <i>[In Dutch: Strafrechtelijk systeem]</i>	91%	0,90	0,43	0.70
58.	Diagnosis <i>[In Dutch: Diagnose]</i>	54%	0,39	0,35	0.80
59.	Medication <i>[In Dutch: Medicatie]</i>	75%	0,68	0,61	0.86
60.	Relationship with mental health professional <i>[In Dutch: Zorgrelatie met GGZ-medewerker]</i>	46%	0,28	0,25	0.83
61.	Peer support <i>[In Dutch: Lotgenotencontact]</i>	64%	0,58	0,12	0.73 ^e 0.78 ^e
62.	Involuntary use of mental health services <i>[In Dutch: Onvrijwillig gebruik van GGZ zorg]</i>	87%	0,84	0,64	0.84
63.	Hospitalization <i>[In Dutch: Opnames]</i>	64%	0,55	0,44	0.78
64.	Psychological services <i>[In Dutch: Psychologische hulpverlening]</i>	61%	0,51	0,34	0.78
65.	Alternative therapies/healing <i>[In Dutch: Alternatieve therapieën, heling]</i>	92%	0,92	0,63	0.82
66.	Being in natural environments	94%	0,94	0,50	0.71

67.	<i>[In Dutch: In een natuurlijke omgeving zijn]</i> Animals/pets	99%	0,99	0,85	0.77
68.	<i>[In Dutch: (Huis)dieren]</i> Community activities	94%	0.94	-0,02	0.63
69.	<i>[In Dutch: Gemeenschapsactiviteiten]</i> Hobbies/interests/creative activities	88%	0,85	0,59	0.74
	<i>[In Dutch: Hobby's, interesses, creatieve activiteiten]</i>				
70.	Physical activities	93%	0,93	0,09	0.71
	<i>[In Dutch: Lichamelijke activiteiten]</i>				
71.	Activism	94%	0,93	0,03	0.61 ^d
	<i>[In Dutch: Activisme]</i>				
72.	Spiritual/religious activities	94%	0,94	0,64	0.89
	<i>[In Dutch: Spirituele of religieuze activiteiten]</i>				
73.	Stigma	73%	0,67	0,46	0.79
	<i>[In Dutch: Stigma]</i>				
74.	Caring responsibilities	85%	0,83	0,28	0.58
	<i>[In Dutch: Zorgverantwoordelijkheden]</i>				
75.	Family experiences of mental health issues	81%	0,79	0,41	0.87
	<i>[In Dutch: Ervaringen met psychische gezondheidsproblemen in de familie]</i>				
76.	Diet/nutrition	95%	0,95	0,56	0.81
	<i>[In Dutch: Eetpatroon, voeding]</i>				
77.	Volunteering	88%	0,86	0,61	0.89
	<i>[In Dutch: Vrijwilligerswerk]</i>				

- bold.** low percentage of agreement, or below predefined item-level threshold
- a. All responses were the same
- b. All responses are based on word count in Microsoft Word
- c. The ordering of this item has changed in refinements of the original INCREASE
- d. The naming of this item has slightly changed in the refinements of the original INCREASE
- e. The items formal and informal peer support were merged into one item, peer support

Discussie

In deze studie hebben we de INCREASE voor het gebruik van Nederlandse narratieven (INCREASE-NL) vertaald en gevalideerd. Over het algemeen beoordeelden de codeurs INCREASE-NL als voldoende uitvoerbaar en gebruiksvriendelijk. De inhoudsvaliditeit werd goed bevonden voor de meeste onderdelen maar onvoldoende voor de onderdelen 4 en 5. Onderdelen 1-3, 5, en 6 hadden een hoge intercodeur-betrouwbaarheid en werden beoordeeld als overwegend duidelijk qua inhoud en coderingsregels. *Onderdeel 4* had slechte betrouwbaarheidsscores en werd gerapporteerd als het moeilijkste onderdeel om te coderen met items die voor meerdere interpretaties vatbaar zijn, zoals item 31 (Genre), item 33 (Toon) en item 35 (Traject). *Onderdeel 7* had twee slecht presterende items, item 58 (Diagnose) en item 60 (Zorgrelatie met GGZ-medewerker), maar werd verder beoordeeld als een onderdeel met geschikte items, zij het met enigszins dubbelzinnige coderingsvereisten. De Gwet's AC analyse toonde aan dat de betrouwbaarheid van de meeste items (62/67) voldoende tot goed is. Dit wordt ondersteund door de acceptabele tot hoge percentages van absolute overeenstemming tussen codeurs over de meeste van deze items. We

concluderen daarom dat INCREASE-NL een bruikbaar instrument is om Nederlandse herstelverhalen gerelateerd aan ervaringen met psychische gezondheidsproblemen te karakteriseren.

Interpretatie van bevindingen

De kwantitatieve analyse van Gwet's AC1-coëfficiënt laat een vergelijkbare betrouwbaarheid zien van INCREASE-NL in vergelijking met het oorspronkelijke INCREASE- document¹¹ voor de meeste items. De lagere scores op sommige van de bovengenoemde items kunnen worden verklaard door verschillende factoren die te maken hebben met duidelijkheid in de omschrijvingen bij de item-onderwerpen en gemaakte afspraken over de codeerinstructies.

Eén probleem is dat de trainers en codeurs gedetailleerde informatie misten over bepaalde omschrijvingen van item-onderwerpen of nuances in antwoordcategorieën om een zorgvuldig antwoord te kunnen geven. Een ander probleem dat inconsistentie tussen codeurs verklaart, is onzekerheid over hoeveel bewijs er in een verhaal moet zijn om een item als *seksualiteit* correct te kunnen beantwoorden. Als een mannelijke verteller het bijvoorbeeld heeft over 'zijn vrouw', zou je dit als voldoende informatie kunnen interpreteren om de verteller als heteroseksueel te typeren. Er kan echter ook worden aangevoerd dat de verteller geen expliciete uitspraken doet over zijn seksualiteit en dat hij biseksueel of een verborgen homoseksueel zou kunnen zijn en dat het daarom beter is om het item onbeantwoord te laten. Dit scenario werd gedekt door de oorspronkelijke INCREASE-codeerinstructies en daarom hebben we de instructies voor deze items herhaald in *Appendix II*. Overeenstemming voorafgaand aan het gebruik van INCREASE- NL over wanneer het precies legitiem is om aannames te maken over een antwoord kan helpen om de consistentie tussen codeurs te verbeteren. Een derde kwestie is het type item. Onderdeel 4 bevat progressieve items over latente inhoud, zoals item 31 (Genre) en item 33 (Toon) van het narratief, die meer interpretatie vereisten van de codeurs, werden moeilijker gevonden te coderen dan de meer rechttoe rechtaan manifeste items, wat ook werd genoemd door de codeurs in de oorspronkelijke pilotevaluatie van INCREASE. Het vierde probleem betreft het gebrek aan duidelijkheid over hoe groot het gedeelte van het verhaal over een inhoudelijk onderwerp moet gaan om als significant aanwezig te worden geïdentificeerd. Bijvoorbeeld, als het hebben van een dier of huisdier slechts kort wordt genoemd in een zin, was het onduidelijk of dit moest worden aangekruist of blanco gelaten moest worden. Tot slot was er onduidelijkheid over de vraag of inhoudelijke items alleen gecodeerd moesten worden als de inhoud direct van toepassing was op de verteller of ook als het van toepassing was op andere mensen, zoals een familielid of een kind. Daarom kan het voor sommige items helpen om strengere coderingsregels en instrumentinstructies op te stellen en deze door gekwalificeerde trainers te laten communiceren over wanneer iets wel en niet gecodeerd moet worden. We doen hiertoe verschillende aanbevelingen in *Bijlage II*.

Een statistische factor van invloed is dat de AC1-analyse van Gwet de items *Fase van herstel* en *Relatie tot herstel* behandelt als nominale items,²⁰ ook al zijn deze items ordinaal met een hiërarchische rangorde. De analyse die wij gebruikten hield geen rekening met de mate van overeenstemming tussen codeurs, alleen met

overeenstemming of onenigheid in de antwoorden op de vragen. Hoewel dit tot iets conservatievere resultaten leidt, zou het onze interpretatie van de resultaten op deze items niet hebben veranderd.

Sterke punten en beperkingen

Deze studie is de eerste die INCREASE aanpast en valideert in een andere taal. Een sterk punt is dat we de kwaliteitsnormen hebben gevolgd door een stapsgewijze uitvoering van de bijgewerkte praktijken van een consortium vertaling voor instrumenten over uitkomsten gerapporteerd door patiënten.¹² Verder versterkt de poweranalyse over het aantal te scoren herstelverhalen voor de Nederlandse validatie de betrouwbaarheid van onze resultaten. Een andere toegevoegde waarde is dat in deze studie codeurs met verschillende perspectieven (clinici, onderzoekers en ervaringsdeskundigen) betrokken waren. Haalbaarheid en validiteit werden zowel kwantitatief (Gwet's AC1, Fleiss Kappa, percentages van overeenstemming tussen codeurs) als kwalitatief (schriftelijke evaluaties) onderzocht. Bovendien werd een trainingsdag georganiseerd om de codeurs te trainen in het gebruik van INCREASE-NL.

Een beperking van dit onderzoek is dat we alleen tekstuele (herstel)verhalen hebben gebruikt. Verhalen in andere formats, zoals audio of video, waren niet beschikbaar voor dit onderzoek. Daardoor kon voor sommige items geen intercodeur betrouwbaarheidscoëfficiënt worden berekend en was alleen een kwalitatieve evaluatie mogelijk. De kwalitatieve evaluatie ondersteunde echter dat INCREASE-NL waarschijnlijk in staat zou zijn om ook informatie van verschillende modaliteiten vast te leggen. Verder zijn de narratieven in dit onderzoek allemaal verzameld door de "Verhalenbank Psychiatrie"¹³ met hetzelfde interviewprotocol en een beperkte groep interviewers, allemaal uitgevoerd in een vergelijkbare interviewsetting. Dit leidde tot narratieven met een vergelijkbaardere structuur, inhoud en lengte (gemiddeld 729-1256 woorden per narratief) dan in de oorspronkelijke INCREASE studie (verschillende bronnen, modaliteiten en lengte). Een studie met 71 persoonlijke verhalen die in verschillende formele en informele settings werden gedeeld, toonde bijvoorbeeld aan dat de context van het delen van een verhaal van grote invloed is op de 'verhalen die mensen vertellen over hun verhalen'.²⁷ Bovendien kunnen verschillende doelen van de opdrachtgever, zoals 'stigma bestrijden' of 'psychische aandoeningen herkaderen', van invloed zijn op het opnemen van meer gelijksoortige verhalen in een bundel en het bewerken ervan.²⁸ Vanwege de homogeniteit in onze dataset, waren we niet in staat om de Fleiss Kappa- waarden in de huidige en originele studie volledig te vergelijken.

Conclusies

INCREASE-NL heeft een voldoende haalbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid en kan helpen bij het karakteriseren van Nederlandse narratieven gericht op de geestelijke gezondheid. Het gebruik van INCREASE-NL om de inhoud van dergelijke verhalen te karakteriseren kan mensen helpen om relevante verhalen te selecteren die een positief effect kunnen hebben en de schade voor een ontvanger kunnen minimaliseren. Het is zinvol om een training in het gebruik van INCREASE-NL

te volgen, om duidelijke afspraken te maken over de coderingsregels, met name voor onderdeel 4 over narratieve kenmerken. Daarom adviseren wij, in lijn met de oorspronkelijke INCREASE instructies, het coderen te oefenen met meerdere narratieven en met meerdere codeurs te coderen, de overeenstemming te beoordelen en meningsverschillen en emotionele impact te bespreken. INCREASE-NL kan worden gebruikt als een 'diversiteitsinstrument' om hiaten in Nederlandse verhalenverzamelingen te identificeren, maar ook voor karakterisering van narratieven als aanvulling op kwalitatieve analyse waarin nieuwe gebieden en opkomende thema's van herstel kunnen worden verkend.

Erkenningen

We bedanken Klaas Wardenaar, Roland Reezigt en Maarten Brilman voor hun statistische begeleiding en Matthijs Ruiters [MR] en Jopie Berg (JB2) voor hun bijdragen in de vertaalfase. Verder bedanken we Joke Tonn (JT), Matthijs Ruiters (MR), Mirjam Smid (MS), Maartje de Vries (MdV), Nienke van Sambeek (NvS) en Stijn Crutzen (SC2) voor hun hulp bij het coderen van narratieven in de validatiefase van INCREASE-NL.

Mike Slade erkent de steun van het NIHR Nottingham Biomedical Research Centre. SRE ontvangt salarissteun van het NIHR in het kader van zijn Programme Grants for Applied Research Programme (Programme Grants for Applied Research, Persoonlijke ervaring als bron van herstel bij psychose: Narrative Experiences Online (NEON) Programme, RP-PG-0615- 20016). FN erkent de steun van een NIHR Advanced Fellowship (NIHR302218) en een University of Nottingham Anne McLaren Fellowship.

Tabel legenda

Tabel 1: INCREASE naar INCREASE-NL:Vertaalprocesstappen

Tabel 2: Intercodeur betrouwbaarheid van de INCREASE-NL op itemniveau

Bijlagen

Bijlage I, INCREASE-NL instrument

Bijlage II, INCREASE-NL, Tabel met ervaringen van codeurs per onderdeel en coderingsadvies

De bijlagen van dit artikel zijn online te vinden op <https://doi.org/10.33137/jrmh.v7i1.39398>

Referenties

- 1 Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):445-52.
- 2 Wood L, Alsawy S. Recovery in psychosis from a service user perspective: A systematic review and thematic synthesis of current qualitative evidence. *Community Ment Health J*. 2018;54(6):793-804.
- 3 McGranahan R, Rennick-Egglestone S, Ramsay A, Llewellyn-Beardsley J, Bradstreet S, Callard F, Priebe S, Slade M. Curation of mental health recovery

- narrative collections: Systematic review and qualitative synthesis. *JMIR Mental Health*. 2019;6(10):e14233.
- 4 Yeo C, Rennick-Egglestone S, Armstrong V, Borg M, Franklin D, Klevan T, Llewellyn-Beardsley J, Newby C, Ng F, Thorpe N, Voronka J, Slade M. Uses and misuses of recorded mental health lived experience narratives in healthcare and community settings: Systematic review. *Schizophr Bull*. 2021
 - 5 Dawson L, Mullan B, Touyz S, Rhodes P. Are recovery stories helpful for women with eating disorders? A pilot study and commentary on future research. *Journal of Eating Disorders*. 2018;6(1):21.
 - 6 Roe J, Brown S, Yeo C, Rennick-Egglestone S, Repper J, Ng F, Llewellyn-Beardsley J, Hui A, Cuijpers P, Thornicroft G, Manley D, Pollock K, Slade M. Opportunities, enablers, and barriers to the use of recorded recovery narratives in clinical settings. *Front Psychiatry*. 2020;11:589731.
 - 7 Rennick-Egglestone S, Ramsay A, McGranahan R, Llewellyn-Beardsley J, Hui A, Pollock K, Repper J, Yeo C, Ng F, Roe J, Gillard S, Thornicroft G, Booth S, Slade M. The impact of mental health recovery narratives on recipients experiencing mental health problems: Qualitative analysis and change model. *PLoS One*. 2019;14(12):e0226201.
 - 8 Ng F, Charles A, Pollock K, Rennick-Egglestone S, Cuijpers P, Gillard S, van der Krieke L, Bongaardt R, Pomberth S, Repper J, Roe J, Llewellyn-Beardsley J, Yeo C, Hui A, Hare-Duke L, Manley D, Slade M. The mechanisms and processes of connection: Developing a causal chain model capturing impacts of receiving recorded mental health recovery narratives. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):413-z.
 - 9 Ng F, Newby C, Robinson C, Llewellyn-Beardsley J, Yeo C, Roe J, Rennick-Egglestone S, Smith R, Booth S, Bailey S, Castelein S, Callard F, Arbour S, Slade M. How do recorded mental health recovery narratives create connection and improve hopefulness? *Journal of Mental Health*. 2022;0(0):1-8.
 - 10 Llewellyn-Beardsley J, Rennick-Egglestone S, Callard F, Crawford P, Farkas M, Hui A, Manley D, McGranahan R, Pollock K, Ramsay A, Sælør KT, Wright N, Slade M. Characteristics of mental health recovery narratives: Systematic review and narrative synthesis. *PLoS One*. 2019;14(3):e0214678.
 - 11 Llewellyn-Beardsley J, Barbic S, Rennick-Egglestone S, Ng F, Roe J, Hui A, Franklin D, Deakin E, Hare-Duke L, Slade M. INCREASE: Development of an inventory to characterize recorded mental health recovery narratives. *Journal of Recovery in Mental Health*. 2020;3(2):25-44.
 - 12 Eremenco S, Pease S, Mann S, Berry P. Patient-reported outcome (PRO) consortium translation process: Consensus development of updated best practices. *J Patient Rep Outcomes*. 2017;2(1):12.
 - 13 Verhalenbank Psychiatrie. cited Oct 28, 2021]. Available from: <https://psychiatrieverhalenbank.nl/>
 - 14 Arifin WN. wnarifin.github.io > Sample size calculator. cited Mar 22, 2022]. Available from: <https://wnarifin.github.io/ssc/ssicc.html>
 - 15 M S, G T, G G. The feasibility of routine outcome measures in mental health. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 1999;34(5)
 - 16 Wongpakaran N, Wongpakaran T, Wedding D, Gwet KL. A comparison of Cohen's kappa and Gwet's AC1 when calculating inter-rater reliability coefficients: A study conducted with personality disorder samples. *BMC Medical Research Methodology*. 2013;13(1):61.

- 17 Feinstein AR, Cicchetti DV. High agreement but low kappa: I. the problems of two paradoxes. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1990;43(6):543-9.
- 18 Cicchetti DV, Feinstein AR. High agreement but low kappa: II. resolving the paradoxes. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1990;43(6):551-8.
- 19 Gwet KL. Computing inter-rater reliability and its variance in the presence of high agreement. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*. 2008;61(1):29-48.
- 20 Fleiss JL. Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychological Bulletin*. 1971;76:378-82.
- 21 Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-74.
- 22 Hartmann DP. Considerations in the choice of interobserver reliability estimates. *J Appl Behav Anal*. 1977;10(1):103-16.
- 23 Stemler SE. A comparison of consensus, consistency, and measurement approaches to estimating interrater reliability. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*. 2004;9(4)
- 24 Haahr M. Random Sequence Generator. cited Jan 11, 2023]. Available from: <https://www.random.org/sequences/>
- 25 Gwet KL. irrCAC: Computing Chance-Corrected Agreement Coefficients (CAC). Comprehensive R Archive Network (CRAN) cited Nov 8, 2022]. Available from: <https://CRAN.R-project.org/package=irrCAC>
- 26 Linda Rich. Qualtrics - Survey Tool. ; 2022. Available from: <https://libguides.bgsu.edu/qualtrics>.
- 27 Llewellyn-Beardsley J, Rennick-Egglestone S, Pollock K, Ali Y, Watson E, Franklin D, Yeo C, Ng F, McGranahan R, Slade M, Edgley A. 'Maybe I shouldn't talk': The role of power in the telling of mental health recovery stories. *Qual Health Res*. 2022;32(12):1828-42.
- 28 Yeo C, Rennick-Egglestone S, Armstrong V, Borg M, Charles A, Duke LH, Llewellyn-Beardsley J, Ng F, Pollock K, Pomberth S, Walcott R, Slade M. The influence of curator goals on collections of lived experience narratives: A qualitative study. *J Recovery Ment Health*. 2021; 4(2):16-28

Manisch-psychotisch en een delier

Hoe te behandelen?

Halil Özkal, Tim Walrave

Samenvatting

Oudere patiënten met een psychiatrische aandoening, zoals een bipolaire stoornis, zijn bij ziekenhuisverblijf gevoeliger voor het ontwikkelen van een delier. Als er bij een ziekenhuisopname een manisch-psychotische episode aanwezig is, dan kan die goed behandeld worden met antipsychotica. Indien er ook een comorbide, maar niet onderkend, delier aanwezig is, dan ontstaat het risico van het ontwikkelen van complicaties zoals parkinsonisme en decubitus.

Een delierscreening in de vorm van het bijhouden van een Delirium Observatie Screening (DOS)-score, kan ervoor zorgen dat zowel een hyperactief als hypoactief delier wordt onderkend, zodat een dergelijk delier niet verward wordt met een manisch-psychotische episode, die juist is verbleekt.

Bij de behandeling van een manisch-psychotisch delier, ook bekend als een Bellse manie, is een niet-medicamenteus, meervoudige interventieprogramma essentieel. Vervolgens kan op geleide van het klinisch beeld een lage dosering van een nieuwer antipsychoticum overwogen worden.

Leerdoelen

Na het bestuderen van dit artikel

- herkent u een manisch-psychotisch delier
- herkent u de overgang van een manische psychose naar een delier aan de hand van de symptomen en de DOS-score
- weet u wanneer er gestart wordt met medicatie tegen een delier
- weet u wat de medicatie van voorkeur is bij een psychotische episode bij een bipolaire stoornis met een comorbide delier

Inleiding

Kwetsbare ouderen met een bipolaire stoornis blijven frequent vaker en langer opgenomen in het ziekenhuis door een comorbide delier.^{1,2} Een delier wordt bij klinische opnames in twee van de drie gevallen gemist en leidt ook tot een verhoogde mortaliteit.^{3,4} In dit artikel gaan we in op het delier bij manisch-psychotische patiënten en de detectie- en behandelbaarheid van het delier in geval van deze comorbiditeit.

Bij een delier kan er onder andere sprake zijn van een aandachts- en bewustzijnsstoornis, een stoornis in cognitie, psychomotore stoornissen, slaapstoornissen en emotionele stoornissen.⁵ Een delier komt vaak voor bij ouderen, met name bij ouderen met een psychiatrische aandoening, zoals een bipolaire stoornis, waarbij,

tijdens een manisch-psychotisch toestandsbeeld, het risico op ontregeling en het ontwikkelen van delirante symptomatologie verhoogd is.^{2,6} Gedurende een manisch-psychotisch toestandsbeeld bij een bipolaire stoornis is er onder andere sprake van een klinisch significante, persisterend verhoogde, expansieve of prikkelbare stemming, en persisterend verhoogde, al dan niet doelgerichte activiteit of motorische onrust.⁷ Er is dus symptoomoverlap tussen een manische psychose en een hyperactief delier door de motorische onrust en de verhoogde activiteit, waardoor een diagnose niet altijd eenvoudig te stellen is. Een manische psychose wordt vanwege zijn opvallende karakter en duidelijke klinische beeld meestal goed herkend. Met name bij een hypoactief delier bestaat het risico van onderdiagnostiek. De niet-medicamenteuze behandeling van een delier bestaat uit goede voeding en hydratatie en psychosociale hygiëne met ritme, regelmaat, herkenbaarheid, voorspelbaarheid, slaapbevordering, vroege mobilisatie, verhelpen van zintuiglijke beperkingen, ondersteuning van plaats- en tijdsoriëntatie en prikkelarme, structurerende bejegening. Daarnaast is sanering van delier bevorderende medicatie bijdragend.⁸

Antipsychotica kunnen ingezet worden bij zowel een manische psychose als bij een delier. Er zijn diverse medicamenteuze behandelingen mogelijk, maar wat is de passende behandeling bij een manisch-psychotische episode met een comorbide delier?

Casus

Patiënt is een alleenstaande, zelfstandig wonende, gescheiden man van 75 jaar oud met een bipolaire stoornis type 1. In het verleden is hij meerdere keren onvrijwillig opgenomen geweest en behandeld met stemming stabiliserende medicatie. Hij is, na zijn rechtenstudie, opgeleid tot juridisch beleidsmedewerker en had tijdens zijn huwelijk een druk sociaal leven. Nu, na zijn echtscheiding, heeft hij nauwelijks sociale contacten. Hij heeft in de voorgeschiedenis meerdere manisch-psychotische episoden doorgemaakt en hij beschrijft dat hij na zijn manisch-psychotische decompensaties in een sociaal isolement is terechtgekomen. Met 1500 mg valproïnezuur per dag is hij langere tijd stabiel geweest. De huidige decompensatie is terug te leiden naar het stoppen van medicatiegebruik nadat de zorgmaatregel door de rechter niet werd verlengd. Patiënt begon in de daaropvolgende maanden voor overlast bij de burens te zorgen door verbale impulsdoorbraken naar buurtgenoten en fysieke agressie naar voorwerpen. Hij bonkte 's nachts tegen de muur van zijn woonkamer. Bij een huisbezoek was patiënt dreigend met een zwaard naar hulpverleners en politie. Zijn woning was besmeurd met ontlasting en etensresten. Zijn woning was hierdoor niet bewoonbaar. Een gesprek was niet mogelijk omdat er sprake was van ernstig ontremd gedrag met verbale en fysieke impulsdoorbraken. Er waren grootheidswanen, waarbij hij ervan overtuigd was dat hij Nederland bestuurde.

Wegens ernstig nadeel wordt patiënt, met een crisismaatregel, onvrijwillig opgenomen in onze GGZ-instelling en wordt er gestart met haloperidol (2,5 mg i.m.). Hij blijft erg druk en na twee dagen opname loopt patiënt plots ontkleed over de afdeling en praat hij tegen personen die er niet zijn. Patiënt is niet of nauwelijks te corrigeren in zijn gedrag. Het slapen, de oriëntatie en de geheugenfuncties

zijn verstoord en er is sprake van een toegenomen psychomotore agitatie. Na vijf dagen is patiënt persisterend gedesoriënteerd in plaats en tijd en hij spreekt onsamenhangend, gesprekken lijken niet door te dringen; hij blijft zonder kleding uit bed stappen, hij is ontremd en hyperalert. Uit bloedonderzoek en urinecontrole komen dehydratie en een urineweginfectie naar voren en patiënt wordt, na overleg met de internist, ingestuurd naar het algemene ziekenhuis.

Gedurende de opname in het ziekenhuis worden antibiotica en rehydratie middelen infuus gestart. Gezien zijn kwetsbare toestand wordt er een DOS-score bijgehouden waarbij de score varieerde tussen de 3 – 9 punten op drie verschillende meetmomenten tijdens een dienst. Patiënt zakt weg tijdens het gesprek, is snel afgeleid en er is weinig aandacht voor het gesprek. Daarnaast maakt hij vragen niet af en reageert erg wisselend en sterk vertraagd op opdrachten. Ook wordt hij plukkerig in de avond, trekt aan zijn infuus en ervaart hij visuele hallucinaties. Het valt op dat de aanhoudende manisch toestandsovergang naar een wisselend toestandsovergang over de dag heen. Patiënt blijft motorisch onrustig waardoor de haloperidol wordt opgehoogd naar 5 mg per dag. Patiënt wordt dan aanzienlijk rustiger, hij is gesedeerd en hij slaapt veel. Er ontstaat decubitus aan de stuit en aan de hielen van beide voeten. Patiënt wordt weer terugverwezen naar de GGZ. Bij terugkeer is patiënt apathisch, suf en traag. Er is sprake van een tremor, bradykinesie, rigiditeit en houdingsinstabiliteit. De gang is afwijkend, er is sprake van een freezing gait. Het beeld is passend bij een medicamenteuze extrapiramidale stoornis (EPS) en besloten wordt de haloperidol geleidelijk te verminderen, af te bouwen en om te zetten naar quetiapine. Zowel de manische psychose als het delier is in remissie gegaan. Met de afbouw van de haloperidol zijn de tremor en de spierstijfheid verdwenen. De patiënt gaat akkoord met het continueren van zijn medicamenteuze behandeling met quetiapine. Zijn stemming en zijn dagactiviteit verbeteren aanzienlijk. De decubitus is bij ontslag volledig genezen.

Beschouwing

Een delier heeft bij bipolaire patiënten, vergeleken met niet-bipolaire patiënten, bij een ziekenhuisopname slechtere uitkomsten.^{1,2} Daarom is het noodzakelijk om de somatische oorzaak van het delier vlot te achterhalen en tegelijkertijd de manische psychose en het delier te behandelen.

Er bestaat symptoomoverlap tussen een manische psychose en een delier. Een manisch-psychotisch toestandsovergang wordt vaak gekenmerkt door een helder bewustzijn, verminderde slaapbehoefte, een prikkelbare, expansieve stemming en motorische onrust. Als de manie met psychotische kenmerken effectief is behandeld en geleidelijk in remissie gaat, dan is het, bij een ontwikkelend delier, mogelijk dat het delier niet onderkend wordt. De diagnose recidief manisch-psychotische episode wordt dan ten onrechte gesteld. Er dient echter gedacht te worden aan een delier, dat zich kan kenmerken door een snel begin, verminderde aandachtfuncties, psychotische symptomen en een verminderd bewustzijn.^{3,5,7} Bij de patiënt uit de casus was het psychiatrisch beeld veranderd, met name met betrekking tot het bewustzijn, het denken, het slaap-waakritme en de vlotte omslag van manische symptomen naar het verminderd bewustzijn. Dit is kenmerkend voor een manisch-psychotisch delier.⁹⁻¹²

Een delier kan in de klinische setting van een algemeen ziekenhuis in twee van de drie gevallen worden gemist.^{1,3} Het verpleegkundig team kan, bij de oudere patiënt, die bekend is met een bipolaire stoornis, laagdrempelig een DOS-score bijhouden. Dit is een hulpmiddel die je kan helpen bij het bepalen of er sprake is van een delier. Het bevat 13 observaties van gedrag (verbaal en non-verbaal) die de symptomen van een delier weergeven. Deze observaties kunnen gedaan worden tijdens reguliere contacten met de patiënt op drie verschillende momenten op de dag. Een DOS eindscore ≥ 3 betekent dat de patiënt waarschijnlijk wel delirant is.

Wat bij deze casus naar voren kwam is dat het constante manische toestandsbeeld over ging naar een wisselend beeld met manische uitbraken gevolgd door somnolentie waardoor er werd gedacht aan een delier die naast de manie bestond. Het delirante beeld werd ook terug gezien in de DOS-score, dat sterk over de dienst varieerde.

In de richtlijn Delier bij volwassenen en ouderen staat een literatuuroverzicht van psychofarmaca die in de behandeling van een delier bij ouderen gebruikt kunnen worden. Daarbij wordt gemeld, gelet op effectiviteit en veiligheid van de farmacotherapie, dat gestart kan worden met psychofarmaca bij een delier wanneer de patiënt een hoge lijdensdruk ervaart, wanneer de patiënt een gevaar is voor zichzelf of anderen, wanneer de patiënt zijn behandeling in de weg staat en wanneer het delier persisterend is.^{8,13} Haloperidol is, van oudsher, het middel van eerste keus bij een delier vanwege het feit dat er veel klinische ervaring mee opgedaan is, het is beperkt sederend, beperkt anticholinerg werkzaam en reeds lang op de markt beschikbaar. De effectiviteit van oudere antipsychotica zoals haloperidol bij de behandeling van een delier, is door recente randomized controlled trials (RCT's) ter discussie komen te staan. Daaruit komt naar voren dat haloperidol qua effectiviteit vergelijkbaar is met een placebo voor de behandeling van een delier.^{8,14,15}

Is er sprake van een gevoeligheid voor hypokinetisch-rigide klachten of 'Lewy-body'-dementie of onvoldoende effect, dan kan voor een nieuwer antipsychoticum gekozen worden zoals quetiapine, olanzapine en clozapine.^{8,10,16} Nieuwere antipsychotica worden steeds vaker gebruikt en een recente systematische review onderzocht de werkzaamheid en tolerantie hiervan.¹⁷ In de systematische review werden 12 RCT's en 22 open trials onderzocht. Hieruit kwam onder andere naar voren dat haloperidol, olanzapine, quetiapine en risperidon vergelijkbaar waren qua effectiviteit.¹⁷ Voordeel van de nieuwere antipsychotica was dat er minder sprake was van EPS.¹⁷ Voor alle antipsychotica geldt dat de laagste effectieve dosering moet worden nagestreefd, maar ook dat er bij ineffectiviteit opgetitreerd dient te worden. De volgende streefdoseringen worden genoemd: haloperidol en risperidon in een dosering van 0,25 mg tot 4-4,5 mg per dag, en quetiapine en clozapine in een dosering van 6,25 mg tot 100 mg per dag. Ook bij lage doseringen clozapine dient er op het ontstaan van leukopenie gemonitord te worden en moet men alert zijn op o.a. het ontstaan van een myocarditis.^{8,17-19}

De effectieve dosering van haloperidol kan individueel sterk verschillen. Bij een zeer ernstig delier dient soms per één à twee uur in stappen van een 1 mg een verdere dosisverhoging plaats te vinden, om een gunstig behandel-effect te bereiken. Bij de remissie van het delier dient de dosering haloperidol nauwgezet en systematisch afgebouwd te worden. In de casus was er sprake van een farmacotherapeutisch geïnduceerd hypokinetisch-rigide syndroom. Dit zou veroorzaakt kunnen worden doordat er niet eerder afgebouwd werd bij het verbleken van het delier. De dosering

haloperidol was wellicht niet te hoog tijdens de behandeling van het delier, maar de persisterend gecontinueerde dosering haloperidol was wel te hoog tijdens de post-delierfase. Conform de richtlijn kan het volgende advies gehanteerd worden: *‘Wanneer er sprake is van verbetering van het delier, kan de totale dagdosering na 2 dagen gehalveerd worden, met het handhaven van minimaal een avond inname-moment. De halvering gaat iedere 2 dagen door tot een 24 uursdosering (equivalent) van 1 mg haloperidol, waarna deze laatste dosering na weer 2 dagen in zijn geheel gestaakt kan worden.’*

Dit werd in de casus onderkend en de haloperidol werd geminderd en afgebouwd en kruislings omgezet naar quetiapine. Hierop gingen de extrapiramidale symptomen geheel in remissie, de tremor verdween, de patiënt liep weer soepel en de spierrigiditeit verdween. Indien dit eerder was onderkend dan waren mogelijk EPS en decubitus voorkómen en de duur van het herstel versneld en zijn ziekenhuisverblijf verkort.

Conclusie

Een manisch-psychootische episode met een comorbide delier als ernstige complicerende factor moet vlot onderkend worden, mogelijk door DOS-screening. Het delier en de onderliggende somatische oorzaak dienen voortvarend en effectief behandeld te worden. De casus leert ons dat het verstandig en handig is om een DOS-score bij te houden bij manisch-psychootische oudere patiënten om sneller een delier te herkennen bij deze patiënten. Bij een manisch delier bij patiënten met een bekende bipolaire stoornis kan een nieuwer antipsychoticum overwogen worden. Bij patiënten met EPS of parkinsonistische symptomatologie of indien er contra-indicaties aanwezig zijn voor het gebruik van haloperidol, dient een nieuwer antipsychoticum overwogen te worden.

De auteurs hebben geen financiële banden met de farmaceutische industrie, ontvangen geen onderzoeksgeld van commerciële partijen en hebben geen bedrijfsbelangen of andersoortige financiële relaties met betrekking tot dit onderwerp.

Literatuur

- 1 Siddiqi N, House AO, Holmes JD. Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age Ageing* 2006;35(4):350-64.
- 2 Ritchie J, Steiner W, Abrahamowicz M. Incidence of and risk factors for delirium among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 1996;47(7):727-30.
- 3 Inouye SK. The dilemma of delirium: clinical and research controversies regarding diagnosis and evaluation of delirium in hospitalized elderly medical patients. *Am J Med* 1994;97(3):278-88.
- 4 Hawkins M, Sockalingam S, Bonato S, et al. A rapid review of the pathoetiology, presentation, and management of delirium in adults with COVID-19. *J Psychosom Res* 2021;141:110350.

- 5 Neurocognitive Disorders. In APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Association, 2014.
- 6 Ryan DJ, O'Regan NA, Caoimh RO, et al. Delirium in an adult acute hospital population: predictors, prevalence and detection. *BMJ Open* 2013;3(1):e001772.
- 7 Bipolar and Related Disorders. In APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Association, 2014.
- 8 Federatie Medisch Specialisten. Delier bij volwassenen en ouderen. Richtlijndatabase [updated 03-12-2020]. Geraadpleegd 11-02-2022]. Beschikbaar via: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/delier_bij_volwassenen_en_ouderen/startpagina_-_delier_bij_volwassenen_en_ouderen.html.
- 9 Haddad PM, Alabdulla M, Latoo J, et al. Delirious mania in a patient with COVID-19 pneumonia. *BMJ Case Rep* 2021;14(11):e243816.
- 10 Karmacharya R, England ML, Ongür D. Delirious mania: clinical features and treatment response. *J Affect Disord* 2008;109(3):312-6.
- 11 Fink M. Delirious mania. *Bipolar Disord* 1999;1(1):54-60.
- 12 Bobo WV, Murphy MJ, Heckers SH. Recurring episodes of Bell's mania after cerebrovascular accident. *Psychosomatics* 2009;50(3):285-8.
- 13 Ephor. Haloperidol. Geneesmiddelbeoordeling voor de kwetsbare oude patiënt in het Farmacotherapeutisch Kompas. www.ephor.nl 2020. Beschikbaar via: <https://ephorapp.nl/n/26580>.
- 14 Van den Boogaard M, Slooter AJC, Brüggemann RJM, et al. Effect of haloperidol on survival among critically ill adults with a high risk of delirium: The REDUCE randomized clinical trial. *JAMA* 2018;319(7):680-90.
- 15 Agar MR, Lawlor PG, Quinn S, et al. Efficacy of oral risperidone, haloperidol, or placebo for symptoms of delirium among patients in palliative care: A randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2017;177(1):34-42.
- 16 Ephor. Risperidon. Geneesmiddelbeoordeling voor de kwetsbare oude patiënt in het Farmacotherapeutisch Kompas. www.ephor.nl 2020. Beschikbaar via: <https://ephorapp.nl/n/1933>.
- 17 Riviere J, Mast RC van der, Vandenberghe J, et al. Efficacy and tolerability of atypical antipsychotics in the treatment of delirium: a systematic review of the literature. *Psychosomatics* 2019;60(1):18-26.
- 18 Leentjens AF, Rundell J, Rummans T, et al. Delirium: An evidence-based medicine (EBM) monograph for psychosomatic medicine practice, commissioned by the Academy of Psychosomatic Medicine (APM) and the European Association of Consultation Liaison Psychiatry and Psychosomatics (EACLPP). *J Psychosom Res* 2012;73(2):149-52.
- 19 Oude Voshaar R, Mast RC van der, Stek M, et al. red. *Handboek Ouderenspsychiatrie*. 4e dr. Utrecht: De Tijdstroom, 2018: 724.

Relevant Psyfarartikel

Van Ojik AL. Antipsychotica bij de behandeling van kwetsbare ouderen met een delier. *Psyfar* 2015;10(1):31-5.



Over de auteurs

- **A. Aleman**, hoogleraar cognitieve neuropsychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen en Rijksuniversiteit Groningen
- **L. Bais**, neuropsycholoog en voormalig senior onderzoeker bij Lentis
- **I.D.C. van Balkom**, Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Autisme Team Noord-Nederland, Jonx afdeling (Jeugd)Geestelijke Gezondheidszorg en Autisme, Lentis Psychiatrisch Instituut
- **J.W. van den Berg**, is psychotherapeut, gezondheidszorgpsycholoog en supervisor VGCT bij forensische polikliniek De Tender in Deventer, onderdeel van Transfore
- **R. Bruggeman**, Universitair Medisch Centrum Groningen, Universitair Centrum voor Psychiatrie, Rob Giel Onderzoekscentrum en Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Klinische en Ontwikkelingsneuropsychologie, Groningen
- **J. Bruins**, senior onderzoeker Lentis Research, Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen
- **S. Castelein**, Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Klinische en Ontwikkelingsneuropsychologie; Universitair Medisch Centrum Groningen, Universitair Centrum voor Psychiatrie, Rob Giel Onderzoekscentrum en Lentis Research
- **S. Hoshmand**, transcultureel psychiater bij Centrum voor Transculturele Psychiatrie Veldzicht en werkzaam als consulent bij Inter-Being-Psychologists, Groningen
- **J.L. Jansen**, Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Klinische en Ontwikkelingsneuropsychologie, Groningen
- **H.A.L. Kiers**, Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Psychometrie en Statistiek, Groningen
- **R. Knegtering**, voormalig opleider psychiatrie, senior onderzoeker, Lentis Groningen en Rob Giel Onderzoekscentrum, Neuroimaging Center UMCG, Groningen
- **J. Koerts**, Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Klinische en ontwikkelingsneuropsychologie
- **C. Kos**, onderzoeker en Adviseur bij ZorgfocuZ en Enneüs
- **L. Krabbendam**, Vrije Universiteit Amsterdam, afdeling Klinische, Neuro- en Ontwikkelingspsychologie
- **S. Kremer**, filosoof, ethicus, werkzaam bij Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC), Dr. S. van Mesdag Kliniek in Groningen
- **M. N. Lases**, Lentis Psychiatrisch Instituut, Lentis Research en Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen
- **J. Llewellyn-Beardsley**, Universiteit van Nottingham, Verenigd Koninkrijk
- **F. Ng**, Universiteit van Nottingham, Verenigd Koninkrijk
- **S.A. Nijman**, eerder: Promovendus (UMCG en GGZ Drenthe) en onderzoekscoördinator (GGZ Drenthe); Afdeling Psychosen, Universitair Centrum Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen; Afdeling Psychotische stoornissen, GGZ Drenthe. Huidig: Psycholoog, Early Detection & Intervention Team Rijnmond, PsyQ, Rotterdam
- **H. Özkal**, aios psychiatrie, Mediant GGZ, Enschede

- **G.H.M. Pijnenborg**, *hoogleraar en GZ-psycholoog/cognitief gedragstherapeut. Afdeling klinische en ontwikkelingsneuropsychologie, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen; Afdeling Langdurige Zorg, GGZ Drenthe, Assen*
- **S. Rennick-Egglestone**, *Universiteit van Nottingham, Verenigd Koninkrijk*
- **N. van Sambeek**, *Universitair Medisch Centrum Utrecht*
- **F. Scheepers**, *Universitair Medisch Centrum Utrecht*
- **M. Slade**, *Universiteit van Nottingham, Verenigd Koninkrijk en Universitair Medisch Centrum Utrecht*
- **S.K. Spoelstra**, *waarnemend opleider psychiatrie en geneesheer-directeur bij Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) en associate lector Verslaving en Leefstijl bij NHL Stenden*
- **B.E. Sportel**, *senior onderzoeker, afdeling Langdurige Zorg, GGZ Drenthe*
- **W.A. Veling**, *hoogleraar psychiatrie en psychiater, Universitair Centrum Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen*
- **E. Visser**, *Universitair Medisch Centrum Groningen, Universitair Centrum voor Psychiatrie, Rob Giel Onderzoekscentrum, Groningen*
- **T. R.W.M. Walrave**, *psychiater en A-opleider psychiatrie, Mediant GGZ, Enschede*
- **M. van der Zande**, *MSc, Klinisch Psycholoog, Accare en Lenn*

Redactie GGZet Wetenschappelijk

Gretha Boersma, *GGZ Drenthe*
Jojanneke Bruins, *Lentis*
Jos de Keijser, *GGZ Friesland*
Rikus Knegtering, *Lentis, hoofdredacteur*
Swanny Kremer, *FPC Dr. S. van Mesdag*
Pauline van Pelt, *Dimence Groep*
Kor Spoelstra, *VNN en NHL*
Karin Timmerman, *Mediant*
Liesbeth Visser, *Lentis*
Sander de Vos, *GGZ Friesland*
Mirjam Westra, *UCP/UMCG*

Secretariaat

Berta Oosterloo
ggzetwetenschappelijk@rgoc.nl

Ontwerp en productie

Klaas van Slooten, bno

Oplage

350 exemplaren

ISSN 1389-1715

