



WETENSCHAPPELIJK

Themanummer:

Leefstijl, spiritualiteit en zingeving

Redactioneel - Zin

Liesbeth Visser

Column - Blokje om

Swanny Kremer

Interview met prof. dr. H.J.R. (Rogier) Hoenders, psychiater CIP Lentis

Liesbeth Visser

Leefstijl en integrale psychiatrie

Nina Vollbehrr, Gera Brondijk en Rogier Hoenders

Mindfulness-based cognitieve therapie versus gebruikelijke behandeling bij mensen met een bipolaire stoornis: Een multicenter gerandomiseerde gecontroleerde studie

Imke Hanssen, Marloes Huijbers, Eline Regeer, Marc Lochmann van Bennekom, Anja Stevens, Petra van Dijk, Elvira Boere, Rob Havermans, Rogier Hoenders, Ralph Kupka en Anne E. Speckens

De temporele dynamiek van dagelijkse stress, affect en verschillende affect-regulerende processen bij patiënten met chronische stemmings- en angststoornissen voor en na een mindful yoga interventie

Nina K. Vollbehrr, Sanne H. Booij, H.J. Rogier Hoenders, Brian D. Ostafin, Agna A. Bartels-Velthuis

Vertaling en validatie van de Nederlandse versie van de Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ-NL)

Merel Schoot, Agna Bartels-Velthuis, Daniela Rodrigues Recchia, Eckhard Frick, Arndt Bussing en Rogier Hoenders

Voorspellers van gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven bij psychotische patiënten met comorbide psychiatrische problematiek

Femke Bastiaanssen

Verwondering

Marlieke de Jonge

Waarden onder vuur; ethiek in de forensische psychiatrie

Kremer en K. Goethals

Eén is geen

Swanny Kremer

- 2** **Zin**
Liesbeth Visser
- 4** **Blokje om**
Swanny Kremer
- 6** **Interview met prof. dr. H.J.R. (Rogier) Hoenders psychiater CIP Lentis**
Liesbeth Visser
- 14** **Leefstijl en integrale psychiatrie**
Nina Vollbehr, Gera Brondijk en Rogier Hoenders
- 21** **Mindfulness-based cognitieve therapie versus gebruikelijke behandeling bij mensen met een bipolaire stoornis: Een multicenter gerandomiseerde gecontroleerde studie**
Imke Hanssen, Marloes Huijbers, Eline Regeer, Marc Lochmann van Bennekom, Anja Stevens, Petra van Dijk, Elvira Boere, Rob Havermans, Rogier Hoenders, Ralph Kupka en Anne E. Speckens
- 42** **De temporele dynamiek van dagelijkse stress, affect en verschillende affectregulerende processen bij patiënten met chronische stemmings- en angststoornissen voor en na een mindful yoga interventie**
Nina K. Vollbehr, Sanne H. Booij, H.J. Rogier Hoenders, Brian D. Ostafin, Agna Bartels
- 67** **Vertaling en validatie van de Nederlandse versie van de Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ-NL)**
Merel Schoot, Agna Bartels-Velthuis, Daniela Rodrigues Recchia, Eckhard Frick, Arndt Bussing en Rogier Hoenders
- 97** **Voorspellers van gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven bij psychotische patiënten met comorbide psychiatrische problematiek**
Femke Bastiaanssen
- 110** **Verwondering**
Marlieke de Jonge
- 111** **Waarden onder vuur; ethiek in de forensische psychiatrie**
Swanny Kremer, Kris Goethals
- 117** **Eén is geen**
Swanny Kremer
- 122** **Over de auteurs**

Zin

Het tweede nummer van GGZ wetenschappelijk van dit jaar is opnieuw een themanummer.

Dit keer hebben we ons laten inspireren door de leeropdracht van onze kersverse Lentis-hoogleraar Rogier Hoenders en maakten een selectie van RGOc publicaties op het gebied van leefstijl, zingeving en spiritualiteit.

Vanzelfsprekend is een aantal van deze publicaties afkomstig uit de onderzoeksgroep van Rogier Hoenders, waaronder bijdragen van Hanssen et al naar een mindfulness-based interventie bij bipolaire stoornissen en Vollbehr et al over een yoga-interventie bij chronische angst- en stemmingsstoornissen.

Ik sprak Rogier zelf over zijn leerstoel naar aanleiding van zijn oratie 18 november jl., die overigens terug te zien is via een bijgevoegde link, mocht u deze gemist hebben.

Marlieke de Jonge schreef speciaal voor Rogier een gedicht.

Het kan niet anders dan dat u - als u dit niet al deed- in de toekomst aandacht gaat hebben voor leefstijl, zingeving en spiritualiteit in het contact met patiënten.

Mocht u van tevoren uw competenties op dit vlak willen peilen dan is, zo liet het onderzoek van Schoot et al zien, de Nederlandse versie van de Spiritual Care Competente Questionnaire hiervoor een goed instrument.

Veel zinnen en zins dus, veel leesplezier.

Liesbeth Visser
Hoofdredacteur

Blokje om

‘Even weer aan het infuus’, zegt ze. We wisselen een blik schuin door verpleegkamer 2c. ‘Misschien samen eens wandelen?’, vervolgt ze. ‘Ik met mijn infuusstandaard en jij met je rollator?’ Ik moet even schakelen in mijn hoofd. Sinds vandaag heb ik een zuurstoftankje en de door haar genoemde rollator toebedeeld gekregen. ‘Leuk’, zeg ik, ‘even dat bed uit, wat anders meemaken.’ Zij knikt verheugd en zegt: ‘Eerst wachten tot ze mij komen prikken.’

Daarna gaan wij op pad. Twee (te jonge) vrouwen waarvoor deze situatie ineens realiteit is. In de lift giechel ik tegen haar: ‘Zie je ze kijken? Alsof we heel ziek zijn.’ Ze kijkt mij aan en zegt: ‘Dat is toch ook zo?’ Terwijl ik naar onze reflectie in de liftspiegel kijk mompel ik haast voor mij uit: ‘O ja’.

Op pad

Ik voel mij ondeugend als we met de lift naar een willekeurige afdeling gaan om kunst te kijken. Overal hangen schilderijen en staan sculpturen. We vertellen elkaar wat we zien, wat ons opvalt en of we het ook thuis zouden willen hebben. Ondertussen hebben we gesprekken over het leven met kanker. ‘Ik heb garantie tot de voordeur’, zegt mijn ziekenhuisvriendin. ‘Oe, dat is wel heel onzeker’, zeg ik. We scharrelen verder. Nadat we op één afdeling de kunst bekeken hebben zijn we bekaf en schuifelen we langzaam terug naar onze kamer. ‘Morgen weer?’, vraag ik. Zij knikt.

Vervolgens gaan wij iedere dag samen op pad en bekijken de kunst her en der in het ziekenhuis. Op een keer gaan we zelfs helemaal naar de voordeur. Het is mild weer en we durven even in de buitenlucht te staan. We halen heel diep adem. ‘O wat heerlijk’, zeg ik, en ik vervolg: ‘Niets is vanzelfsprekend’.

De volgende dag word ik wakker van de ontbijtkar die onze kamer inrolt en ik zie mijn ziekenhuisvriendin moeilijk lopend uit de badkamer komen. ‘Wat is er?’, vraag ik haar aankijkend. ‘Ik weet het niet, ik heb zo’n pijn in mijn rug’.

Vanaf die dag is het gedaan met onze wandelingetjes. Gedaan met de uitstapjes. Gedaan met de vrijheid.

Zingeving

Ziekte beïnvloedt het dagelijks leven. Mensen zijn geen machines en hebben behoefte aan zingeving, betekenis. Ook in het ziekenhuis of waar dan ook. En, nee, dit is niet vaag. Bijvoorbeeld door samen te scharrelen langs kunst kan maken dat je je verbonden voelt met elkaar, met de wereld. Je voelt vrije ruimte om te denken. Er zijn zo veel aspecten die bijdragen aan het geestelijk welbevinden. Zeker wanneer je perspectief onduidelijk is en verpleegkundigen druk zijn.

Ieder mens heeft op enig moment te maken met zingeving. Iedere keer opnieuw in je leven krijg je te maken met 'kansen' of 'beperkingen'. En telkens weer moet je de mogelijkheden tot eigen regie opnieuw afwegen.

En dat geldt zeker niet alleen voor de patiënten. Zingeving in de zorg is onderdeel van ieders professionaliteit. Want ook professionals hebben behoefte aan betekenis. Betekenis vergroot de relevantie van zowel het leven als het werk. (Mede) menselijkheid vergroot de beroepstrots. (Werken aan) genezing en herstel gaan hand in hand.

Eigenlijk zijn professionals net mensen ;)

Swanny Kremer

Interview met prof. dr. H.J.R. (Rogier) Hoenders *psychiater CIP Lentis*

Liesbeth Visser

Op 18 oktober jl., bij de formele aanvaarding van zijn leerstoel, sprak Rogier Hoenders zijn oratie 'Gezonder leven; een gebed zonder end?' uit. Voor deze speciale uitgave van GGZet Wetenschappelijk bevroag ik hem over de ontwikkeling en achtergrond van zijn leeropdracht, waarvan ook een aantal publicaties in dit nummer van GGZet Wetenschappelijk zijn opgenomen.



Ondertussen is Rogier onderweg naar Bleiswijk, om daar in een studio een webinar op te nemen...

Had je dit al in de planning staan, Rogier, of heeft je oratie tot deze en andere uitnodigingen geleid?

Ja, het was me al een beetje voorspeld; op het moment dat je zo'n formele benoeming krijgt leidt dat vaak tot een en ander, 'er gaan deuren voor je open'. Dus ben ik met allerlei leuke nieuwe dingen bezig, waaronder meeschrijven aan het nieuwe Nederlands handboek psychiatrie. Daar komt voor het eerst een hoofdstuk over zingeving in. En zojuist had ik een overleg met mensen van het Nederlands Tijdschrift voor Leefstijlgeneskunde over het opnemen van een podcast over de rol van zingeving. Dus dat doen we volgende week. Naast het lopend onderzoek met en door promovendi.

Hoe ben jij je eigenlijk bezig komen te houden met dat wat nu jouw leerstoel is?

Mijn leerstoel is 'Zingeving, leefstijl en GGZ' en is in het leven geroepen door GGZ Lentis en de faculteit Religie, Cultuur en Maatschappij van de Rijksuniversiteit Groningen. Die faculteit heette vroeger 'Godgeleerdheid en godsdienstwetenschappen', en dat was niet een faculteit waarvan ik nou ooit had gedacht dat ik er terecht zou komen... Maar, als afspiegeling van de maatschappij die verandert, maakt ook die faculteit een grote verandering door. Nederland is bijna wereldkampioen ontkerkelijkheid, we staan al jaren in de top 10 van ontkerkelijkste landen. Minder dan 40% van de Nederlandse bevolking ziet zichzelf als religieus, terwijl 80% van de wereldbevolking zichzelf als religieus ziet. Er heeft in Nederland binnen een paar decennia een snelle afname plaatsgevonden van religiositeit en kerkbezoek. En we zijn daarmee de positieve aspecten van religie, zeg de saamhorigheid, iets wat houvast en richting geeft in het leven, kwijtgeraakt. We hebben eigenlijk het 'kind van saamhorigheid en betekenisgeving' met het religieuze badwater weggegooid. We hebben massaal religie losgelaten maar daar niet noodzakelijkerwijs iets voor in de plaats gekregen. En dat maakt dat wanneer

mensen het nu moeilijk krijgen in het leven, klachten krijgen, of problemen, tegenslag, ziekte, of een dierbare verliezen, dat mensen dan zoeken naar een nieuw houvast, een nieuw kader, iets wat ze door die moeilijke tijden heen helpt. We zeggen niet voor niks in Nederland 'In tijden van oorlog stromen de kerken vol'. Het geeft aan dat we dan vaak gaan zoeken naar iets wat ons helpt om moeilijke tijden door te maken. En dat hebben we dus niet meer zo duidelijk. Eén van de hypotheses die we dan ook met deze leerstoel willen onderzoeken is of het zo kan zijn dat met de secularisatie in Nederland, al de problemen, vragen, en moeilijkheden van het leven die eerder in de kerk of in de gemeente werden geadresseerd nu bij de coach de psycholoog of de psychiater terechtkomen, waardoor we een te grote toevloed hebben naar de GGZ. Als dit zo zou zijn - en daar zijn wel aanwijzingen voor - dan zou dat ook richting geven aan wat oplossingen zouden kunnen zijn voor de GGZ. Namelijk iets wat Jim van Os graag noemt een 'publieke GGZ' - in feite een manier om mensen informatie te geven, vaardigheden te trainen, en om social communities, (online) gemeenschappen te creëren waarin mensen elkaar helpen zodat ze geen op een GGZ gespecialiseerde zorg nodig hebben. Dit kon ook wel eens een deel van de oplossing zijn voor de wachtlijsten, de overbelasting van behandelaars en de kosten van de zorg.

Jij bent zelf ook een van die onkerkelijken hoorden we in je oratie. Jij vertelde over hoe je vroeger zelf in de kerkbank bij de preek zat.

Ja, ik ben van huis uit christelijk opgevoed. Mijn beide ouders hadden zich echter losgemaakt van de kerk. Allebei hadden ze hun christelijke opvoeding wat zwaar gevonden - ze kwamen beide uit een vrijgemaakt gereformeerd nest - en dat hebben ze losgelaten door ons toen ik jong was vooral naar de hervormde kerk mee te nemen. Dit alles wel heel plichtmatig, zo van 'nou dan hebben ze dat in elk geval meegekregen en dan hebben wij dat goed gedaan in de opvoeding'. Er was verder weinig beleving of bezieling bij. Dus tot mijn 18e moest ik mee naar de kerk of catechisatie, en dat deed ik dan ook maar braaf. Daarna, toen ik niet meer hoefde, heb ik dat losgelaten. Het interessante is dat nu ik zo'n 20 jaar vooral actief ben in meditatie en mindfulness, en vooral Tibetaans boeddhisme, datgene wat ik ooit leerde in de kerk weer wat meer is gaan leven. Het heeft een soort van nieuw licht doen schijnen op hetgeen ik ooit heb gehoord toen ik jong was. Dat was voor mij persoonlijk wel verrassend. Ik ben ook weer meer met mijn ouders gaan spreken over hoe het ooit was, en of en hoe zij hetzelfde hebben beleefd. Toen de kans zich aandeed om te solliciteren naar deze leerstoel had ik wat aarzelingen; ik zag mijzelf niet als iemand die bij een afdeling godsdienstwetenschap aan de slag zou gaan. Maar toen ik meer hoorde van de afdeling, van de visie van de decaan en het beleid van de afdeling, bleek dat deze faculteit de blik verruimd heeft. De religiewetenschappen zijn er nog steeds maar er wordt ook veel aandacht besteed aan zingeving in bredere zin. Ook niet-religieuze vormen van zingeving hebben een plek. Juist omdat dat in de Nederlandse maatschappij zo is, is het belangrijk dat de faculteit meebeweegt. Zo is er bijvoorbeeld een vakgroep van vergelijkende religiewetenschappen en aandacht voor de meer seculiere manieren van levensbeschouwing. Toen ik dit alles hoorde werd ik enthousiast om te solliciteren. Dit is iets wat mij erg aanspreekt. Ik heb niet persé iets tegen religie, maar het is ook niet zo dat religie het enige is waar ik professioneel mee bezig wil zijn. Ik wil er onderzoek naar doen, maar ik ben ook erg geïnteresseerd in wat mensen drijft in het

leven die niet religieus van aard zijn, die zichzelf als atheïstisch, agnostisch of als spiritueel zien. Toen ik hoorde dat daar ruimte voor kwam heb ik gesolliciteerd en werd aangenomen!

Ook in jouw oratie komt dit voorbij; wat is zingeving voor mensen, is dat religie of iets anders? Je zegt dan ook van zingeving dat je dit zou kunnen zien als bijvoorbeeld een leefstijl factor of als een krachtbron. Kan je dat toelichten?

Vanuit deze leerstoel zal ik zingeving vooral als een leefstijlfactor gaan beschouwen. Dat heeft een aantal pragmatische redenen. Vooral omdat er naar leefstijl in brede zin meer onderzoek is gedaan, naar in hoeverre dat ook toepasbaar is voor de (mentale) gezondheid van mensen - dat is tenslotte de context waarbinnen ik werk. Ik zal waarschijnlijk minder diep ingaan op verschillende soorten religies of levensbeschouwingen, maar meer kijken naar, heel pragmatisch; als mensen een hele omschreven zingeving hebben in het leven, of dat dan bijdraagt aan gezonder leven, langer leven, aan een langere levensduur met minder mentale stoornissen of sneller herstellen van mentale stoornissen. Hier zijn studies naar gedaan, en er zijn overwegend positieve correlaties gevonden, maar er zijn nog veel openliggende vragen. Bijvoorbeeld; stel dat iemand in een atheïstisch gezin groot wordt gebracht waar nooit wordt gesproken over religie of over hoe je zin aan je leven kunt geven en deze persoon wordt depressief, is het dan gewenst of moreel juist om dit onderwerp te gaan openen? Iemand aan te moedigen om zich daarmee bezig te gaan houden, zou dat ook hun gezondheid gaat verbeteren? Kun je vanuit het gegeven dat er associaties worden gevonden tussen mensen die bezig zijn met zingeving en mentale gezondheid dit wellicht ook curatief gaan inzetten? Dat is een vraag. En de vraag die er direct achteraan komt is hoe moreel correct dat is. Mag je daar aankomen, is dat iets wat we als GGZ zouden moeten willen doen? Is de GGZ-professional daar ook vaardig toe en hebben we wel voldoende handvatten als professionals om dit te kunnen doen? Misschien zijn er ook mensen met bepaalde ziektebeelden waarbij je dit juist niet moet doen, waarbij het misschien gevaarlijk is. Mensen met een psychose, kunnen die er religieuze wanen van kunnen oplopen? Of mensen die heel beïnvloedbaar zijn; kunnen die sociaal wenselijk gaan meedoen met de therapeut? Voordat je het weet ben je iemand aan het bekeren, of je moedigt iemand aan om zich bij een groep aan te sluiten en diegene komt in een sekte terecht - om maar eens een paar zijstraten te noemen. Er zitten dus ook allerlei potentiële risico's aan vast.

Potentiële risico's zelfs, zover had ik nog niet gedacht. Wat betreft de ontkerkelijking die je noemde; kan dat ook te maken hebben met hoe onze religieuze en kerkelijke beleving in Nederland is? Je noemde uit jouw jeugd al het plichtmatige, misschien ook calvinistische van Nederland? Dat er een dogmatisch en calvinistisch sausje over de zingeving zat? Jij hebt ook veel gereisd en gezien hoe dit in andere landen wordt ingevuld.

Ja dat zou kunnen. Kijk het is een beetje tricky, want we komen hier al heel snel op sociale vraagstukken en daar ligt niet per se mijn expertise. Ik heb wel deze indruk. Bij mindfulness trainingen kom ik bijvoorbeeld vaak tegen dat mensen aandachtigheid gaan trainen en hierbij ook vaak heel erg streng voor zichzelf zijn, heel erg de neiging hebben om zichzelf als slecht of niet voldoende of niet toereikend te zien. Het is denkbaar dat dat samenhangt met de stroming van het christendom die in Nederland van oorsprong veel voorkomt het calvinisme. Daarbij zit iets van

schuld en zonde in het gedachtegoed. Wat wij dan vaak doen is de aandacht vestigen op niet alleen de aandachtigheid van de mindfulness training, maar ook de mildheid van de compassietraining. Dat kan behulpzaam zijn om een minder strenge gewetensfunctie te krijgen en wat minder overmatig-kritisch naar jezelf te kijken.

Hoe zou de aandacht voor leefstijl en zingeving vorm moeten krijgen in de GGZ?

Het is denk ik belangrijk om met elkaar te gaan kijken naar wat de GGZ kan, moet, of mag met dit onderwerp. Veel collega's zeggen over leefstijlgenesekunde al iets van 'moeten we ons hier allemaal mee bezig gaan houden, is dat niet iets voor buiten de GGZ?' Dat is ook best een legitieme vraag, en die vraag komt natuurlijk ook op bij het onderwerp zingeving. De GGZ heeft een beperkte capaciteit en we moeten al heel erg veel en hebben al weinig behandelen. Dan kan je je afvragen 'moet ik me dan ook nog bezig gaan houden met zingeving?' Ons antwoord daarop is dat we het in ieder geval ter sprake moeten brengen, wellicht ook interventies aanbieden en daarbij verwijzen naar specialisten zoals geestelijk verzorgers. Veel patiënten hebben vraagstukken rondom zingeving en religie en zouden daar graag met hun behandelaar over spreken, maar die is vaak terughoudend. Ook weten we uit wetenschappelijk onderzoek dat het in een aantal opzichten positief is om bezig te zijn met zingeving. Overigens in een enkel geval juist ook negatief, mensen kunnen ook spirituele distress ervaren. Wij gebruiken voor GGZ-behandelen vaak de mantra 'informeer, indiceer, motiveer en vervolgens delegeer'.

En delegeer naar...?

En delegeer naar mensen die daar wel mee bezig kunnen of moeten gaan. Wat betreft het onderwerp zingeving bijvoorbeeld de geestelijk verzorger in de GGZ. Dat is al sinds jaar en dag degene die hier het meeste mee bezig is en er ook het meest van weet. Mensen die worstelen met hun geloof, of met niet-geloofsgebonden zingevingsvragen kunnen heel goed terecht bij geestelijk verzorgers. En wat betreft leefstijl; mensen kunnen ook naar een running therapeut gaan. We hoeven niet allemaal als psychiater te gaan hardlopen met onze patiënten. Ons pleidooi is dus dat het wel besproken moet worden en er wel gekeken moet worden naar wat het voor mensen kan betekenen, maar dat niet noodzakelijkerwijs iedere therapeut alles zelf moet gaan doen en misschien ook niet eens binnen de GGZ hoeft te gaan doen, het kan ook goed in de wijk.

Het beeld dat je schetst van de historie van het verlies aan zingeving in Nederland en de gevolgen die dat heeft, dat zou je ook wel als het ontstaan van een maatschappelijk probleem kunnen zien. Hoe zie jij de rol van de overheid hierin?

Op het moment dat er belangrijke maatschappelijke sociale krachten zijn die mee invloed hebben op de volksgezondheid dan heeft de overheid een taak in het reguleren daarvan. Vanuit preventieve hoek wordt er al heel erg op gewezen dat het belangrijk is dat de overheid ingrijpt. Als de industrie een verdienmodel heeft dat ten koste gaat van de gezondheid van de bevolking, en dat kan bijvoorbeeld gaan over alcohol of sigaretten – of tegenwoordig vaperen natuurlijk – dan is dat een iets waarop moet worden ingegrepen. Maar ook op allerlei dingen rondom social media of fastfood gebruik, zoals fastfoodketens die vlakbij scholen zitten. Allemaal dingen waar de overheid of gemeente een rol in zou moeten pakken. Maar niet alleen de overheid. Ik vind dat er ook een rol is voor de gezondheidszorg om erop te wijzen

wat mensen zelf kunnen doen. Ik ben het dus helemaal eens met het standpunt van de Amerikaanse hoogleraar Dean Ornish die zegt 'We hebben een spectrum aan interventies nodig, en het spectrum betekent dat in feite alle partijen aan zet zijn'. We hebben nodig dat op scholen kinderen al meer horen over de effecten van leefstijl op emoties en hun gezondheid, en in gezinnen wil je wijzen op het belang van quality time tussen ouders en kinderen. De beschikbaarheid van genotmiddelen, alcohol, drugs en roken moet worden ingeperkt, alsook fastfoodketens rondom scholen, maar ook binnen de GGZ en binnen de gezondheidszorg in het algemeen. Heel vaak is ziekte een crisissituatie voor mensen waarbinnen ze juist ontvankelijk zijn voor suggesties over hun gezondheid. Je kunt dus zeggen dat iedereen in de maatschappij een stukje moet bijdragen en wij als zorgprofessionals ook.

Kunnen we hiervoor een voorbeeld halen uit andere landen? Jij bent veel in Italië maar ook in Nepal en Tibet, de meer de oosterse culturen. Is dit een universeel probleem of is het ook een beetje cultureel gekleurd, echt iets van onze westerse kapitalistische culturen?

Dat is een leuke vraag. Er zijn zeker aanwijzingen dat een groot deel van de toename aan grote ziekten van deze tijd, zoals hart- en vaatziekten, kanker, maar ook mentale stoornissen, gelinkt is aan de moderne westerse leefstijl. Ik denk dat je wel kunt betogen dat we sinds de industriële revolutie in 1 groot evolutionair experiment leven. Vanaf ongeveer 250-300 jaar geleden, toen de industriële revolutie plaatsvond, hebben we hele grote veranderingen aangebracht in de manier waarop we leven. Het dag- en nachtritme, 's avonds werken, 24-uursdiensten, eetpatroon, reizen naar werk, you name it; bijna alles is heel erg veranderd in een relatief kort tijdsbestek. Maar we hebben niet eerst randomised controlled trials gedaan om te kijken wat de effecten daarvan zouden gaan zijn. We zijn het maar gewoon gaan doen. We zijn nu dus miljarden aan het besteden aan serieus wetenschappelijk onderzoek om te bewijzen dat gezond leven gezond is - terwijl we destijds 250-300 jaar geleden wel op grote schaal allerlei veranderingen in de maatschappij hebben aangebracht zonder die wetenschappelijke bewijsvoering. Dus we vonden het blijkbaar wel oké om extreem veel meer suiker te gaan eten (van 2 kg per persoon per jaar in 1700 naar nu 80 kg!), veel minder te gaan bewegen, 's avonds en 's nachts te gaan werken, minder te gaan slapen, maar op het moment dat je wilt gaan claimen 'Hé het zou een goed idee zijn om deze leefstijlinterventie te doen' dan moet je opeens met tonnen aan bewijs komen. Dat is toch wel heel bijzonder.

En hoe verloopt dit experiment wat betreft de geestelijke gezondheid?

We weten in elk geval zeker dat er wereldwijd gezien een toename is van met name angst en depressieve stoornissen en verslaving, en dat 1/3 van de wereldwijde ziektelast wordt veroorzaakt door psychische stoornissen. Ik denk dat een aantal aspecten van onze westerse cultuur ook een bijdrage leveren aan mentale stoornissen. Bij jongeren bijvoorbeeld zien we een toename van mentaal lijden, bij meisjes nog wat meer dan bij jongens. De cijfers zijn zorgelijk; inmiddels heeft een op de 3 jongeren mentale klachten en bijna een op de twee meisjes. Dat is dus fors en lijkt ook voor een deel samen te hangen met grote maatschappelijke vraagstukken. Jongeren maken zich zorgen over het klimaat, over de oorlogen in de wereld, maar ook over hun succes als een keuze in een maakbare samenleving, waarbij ze moeten voldoen aan ideaalbeelden die ze via media voorgeschoteld krijgen. Waarbij ze dan

10 uur per dag stilzitten achter een beeldscherm en plaatjes posten van zichzelf op het meest gelukkige moment - terwijl dat maar 1% van de tijd is en de 99% van de tijd dat mensen zich kwetsbaar of slecht voelen niet meer zichtbaar is. Daarnaast speelt ook dat we niet meer leren om moeite te doen. Dat is ook zo boeiend; we hebben eerst allemaal apparaten gecreëerd waardoor we geen fysieke moeite hoeven te doen, zoals verwarming, wasmachines - manieren waarop we geen handarbeid meer hoeven te verrichten om hout te hakken om je huis te verwarmen of je was of je afwas schoon te maken - en vervolgens apparaten om ook geen mentale moeite meer te hoeven doen. We laten rekenmachines voor ons rekenen, computers dingen vertalen, artificial intelligence teksten schrijven... Voor je het weet is het use it or loose it. Zo meteen zitten wij apathisch op de bank wat te scrollen door Instagram of YouTube shorts en leren we helemaal niet meer om ergens moeite voor te doen of om ons überhaupt fysiek of mentaal uit te dagen. Tegelijkertijd, je kunt het leven niet zo schoonpoetsen dat er nooit narigheid zal ontstaan. Het is beter om mensen te trainen om meer weerbaar te zijn en meer veerkracht te hebben om om te kunnen gaan met de moeilijkheden van het leven. En daarvoor moet je oefenen, vaardigheden ontwikkelen, en ook af en toe je neus stoten en je weer oprichten. Niet proberen om het allemaal weg te poetsen. Dat is wel een maatschappijkritische noot denk ik die ook belangrijk is in dit verhaal.

Wat je nog niet noemt en ook in je oratie naar voren kwam is de verbinding die we kwijt zijn geraakt. Jij noemde dat de verbinding een manier kan zijn om invulling te geven aan zingeving voor mensen, en ik zat te denken: is het niet omgekeerd, is niet juist verbinding de primaire factor, de primaire levensbehoefte voor mensen, waar zingeving spiritualiteit religie invulling aan geven?

Ja je kunt er op allerlei manieren naar kijken. Het is maar net door welke bril of vanuit welke richting je kijkt. Heel platgeslagen; als je mensen vraagt 'Wat betekent zingeving of spiritualiteit voor jou?', dan is het antwoord dat we het meest vaak horen 'verbinding'. Toen ik die definitie tegenkwam van Christina Puchalski - al jarenlang wereldwijd de meest bekende arts op het gebied van palliatieve zorg en spiritualiteit- die definitie van die 5 niveaus; vond ik dat echt een hele mooie indeling. Vandaar dat ik die ook liet zien in mijn oratie. Je kunt verbinding ervaren met het 1. het huidige moment, 2. met jezelf, 3. met de ander, 4. met de natuur, en 5. met hetgeen wat transcendent of overstijgend is. Dat geeft wat mij betreft een heel aardig beeld van verticale en horizontale vormen van verbinding en ook biedt het een hele mooie kapstok om te kijken naar wat voor interventies en technieken die we de laatste jaren populair zien worden wellicht kunnen bijdragen om die verbinding weer te herstellen. Dat levert een model op waarbij je mensen iets te bieden hebt, want één van de kritieken die ik heb op religie en spiritualiteit zoals die tot nu toe vaak in de psychiatrie worden besproken, is dat het heel vaak alleen gaat over het aangaan van het gesprek of het adresseren van het onderwerp, zonder dat mensen concrete handvatten aangeboden krijgen. Ik zat zelf in de werkgroep die de Akwa GGZ richtlijn schreef over zingeving en psychische hulpverlening die 1,5 jaar geleden is verschenen, en ik herinner mij een traject van 3 jaar, waarin we alles voor die richtlijn bespraken en opschreven, en ik toen al merkte dat als ik iets zei van 'Nou jongens, mooi, we hebben het gehad over informatie geven en goed het gesprek aangaan, zullen we nu een hoofdstuk maken over welke interventies we mensen kunnen adviseren?' er een 'Oh interventies, wacht even, dat kan zomaar niet' volgde.

Toen gingen sommigen op de rem trappen om concrete handvatten te bieden. En dat vond ik interessant. Voor een deel kon ik het wel begrijpen, want je moet natuurlijk oppassen dat je niet zomaar mensen blootstelt aan onbewezen therapieën of mensen die kwetsbaar zijn uit balans brengt. Maar dat geldt natuurlijk voor alle interventies. En we hebben tenslotte evidence based medicine als methodiek om het kaf van het koren te scheiden? Zodoende zijn we gaan kijken welke aanbevelingswaardige interventies er in de GGZ bestaan die iets te maken hebben met zingeving spiritualiteit. We kwamen aan een rijtje interventies, bijvoorbeeld Mindfulness en Acceptance and Commitment Therapy, en ook Creatieve Expressie Therapie (CET). Daarnaast zijn er ook bepaalde vormen van psychotherapie die zingevingselementen bevatten. Al met al werden mogelijke interventies uiteindelijk in de richtlijn opgenomen, maar er was aanvankelijk twijfel.

Nou, wonderlijk, maar fijn dat dit erin gekomen is. Het sluit ook mooi aan bij de niveaus van verbinding die genoemd worden.

De tabel die ik liet zien in mijn oratie is in feite een hypothese, een weergave van mijn eigen indruk. Toen ik de 5 niveaus zag die Puchalski noemde dacht ik 'Hé interessant, ik zie eigenlijk manifestaties van gebrek aan verbinding op die 5 niveaus bij de verhalen van de mensen die ik in de spreekkamer tref. Bijvoorbeeld suïcidaliteit of vervreemding van jezelf, of ruzie met de ander - om een paar dingen te noemen. En vervolgens kwam de gedachte op 'Hé we hebben ook allerlei leefstijlinterventies en zingevinginterventies, zouden die dan op die indeling passen om dit probleem op de 5 niveaus te gaan verhelpen?' Dit heb ik opgeschreven als een hypothese en het plan is voor de komende jaren om dit te gaan toetsen.

Wij zien in de spreekkamer ook veel mensen met hechtingsproblematiek. Als je naar die niveaus kijkt is het mooie dat verbinding dus ook begint met gewoon je verbinden met het moment, nog niet eens per se met iemand anders. Denk jij dat om uiteindelijk zingeving te kunnen ervaren het nodig is dat je een bepaald niveau van verbinding bereikt, en dat je je ook hecht aan mensen, aan anderen?

Ja dat is een heel interessante vraag die ik moeilijk te beantwoorden vind. Mensen met hechtingsproblemen vormen over het algemeen natuurlijk een groep die wat ingewikkeldheden meeneemt in de behandeling. Maar dat geldt ook voor mensen met bijvoorbeeld religieuze wanen, of mensen die in een manie grootheidswaanzin krijgen over Jezus zijn of contact met God hebben of dat soort dingen. De neiging is vaak sterk om het dan vooral te zien als pathologie, de meeste psychiaters neigen ernaar om religie en spiritualiteit die door patiënten ter sprake worden gebracht vooral te bezien vanuit pathologisch perspectief - en dat is voor een deel ook terecht want het is ook zo dat mensen met een religieuze waan een manifestatie van pathologie met een religieuze kleur hebben. Alleen moeten we hiermee oppassen omdat het niet voor alle mensen alleen maar een last is. Veel patiënten met ernstige psychische aandoeningen en ik vermoed ook mensen met hechtingsstoornissen kunnen, naast dat het een deel van pathologie is, religie ook als heel positief en betekenisvol ervaren. Het is ook al heel waardevol als je je verbindt met een religie of met figuren of ideeën binnen een religie, nog los van met echte mensen. Ik denk dat we bij iedere persoon moeten kijken waar de kwetsbaarheid zit en waar de kans of het talent. En als het zo is dat voor mensen met een hechtingsstoornis het interpersoonlijke heel erg beladen is, dan kun je altijd kijken of er een andere

invulling denkbaar is. Het is denkbaar dat mensen zich kunnen verbinden aan een huisdier. Ik ken mensen met hechtingsstoornissen die zich wel veilig voelen bij dieren maar niet bij mensen. Dat is ook een manier om je tot een levend wezen te verbinden. Dat is wel een andere invulling dan een mens, maar ik denk wel dat je op die manier kunt kijken naar wat er bij ieder individu wel of niet mogelijk is.

Kun je nog iets vertellen over de weg die jij bent gegaan tot aan je hoogleraarschap?

Toen ik mijn eindreferaat ging doen voor de opleiding psychiatrie in 2003 heb ik 600 patiënten die bij ons werden aangemeld een uitgebreide enquête gestuurd rondom de vraag 'Doe je nou ook nog iets anders om je eigen gezondheid te verbeteren'. Daar kwamen eigenlijk 2 grote dingen uit. Eén daarvan was dat mensen op grote schaal complementaire of alternatieve geneeswijzen gebruikten - veel meer dan wat behandelaren dachten. De psychiaters en arts-assistenten die diezelfde patiënten in zorg hadden dachten dat het minder dan 10% was, maar van de patiënten gaf 43% van hen aan in dat jaar ook iets anders te hebben gebruikt. Dat was eigenlijk een soort startpunt van mijn werk binnen de integrale psychiatrie, om daar iets mee te doen, omdat mensen er soms positieve en soms negatieve ervaringen mee hadden en ook daar hulp bij wilden hebben. Wat ik toen minder heb benoemd maar wat er destijds als tweede uitkwam is dat mensen ook vaak zoeken naar religie en spiritualiteit als een manier om om te kunnen gaan met de klachten die ze hebben. En ook daarbij ervaren ze vaak worstelingen en zoektochten, en ook dat onderwerp zouden ze graag met hun behandelaren bespreken. Dus eigenlijk zijn zowel het bespreekbaar maken van complementaire zorg als het werken met leefstijl en met zingeving dingen die voortkomen uit een zorgbehoefte die patiënten ervaren, maar die tot nu toe wat mij betreft in de GGZ nog onderbelicht zijn geweest. Dat is de belangrijkste drijfveer voor mij om aan de slag te gaan.

We gaan vast in GGZet Wetenschappelijk over de komende jaren meer van jullie bevindingen op dit gebied zien.

Ja hartstikke leuk. Het initiatief voor dubbel publicaties, om ook te vertalen naar het Nederlands is denk ik een leuke en goede manier om ook voor het Noord-Nederlands publiek inzichtelijk te maken wat we aan het doen zijn, dus als die kans zich voor doet doen we dat zeker!

De tekst van de oratie is na te lezen via:

<https://books.ugp.rug.nl/ugp/catalog/book/188>

Korte video (3 min) van de oratie:

<https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=xnCv16S4CU0>

Leefstijl en integrale psychiatrie

Nina Vollbehr, Gera Brondijk en Rogier Hoenders

De 28jarige ‘Amber’* kwam in behandeling bij het Centrum Integrale Psychiatrie (CIP) met lang bestaande lichamelijke klachten, recidiverende depressieve episodes, angstklachten en een posttraumatische stressstoornis. Amber had een uitgebreide behandelvoorgeschiedenis vanaf haar vijftiende, met onder meer psychologische behandeling, medicatie en behandeling in de lichamelijke zorg. Amber ontving bij het CIP een behandeling volgens de integrale psychiatrie. Amber gaf aan zich zo angstig en depressief te voelen dat ze op meerdere levensgebieden vastliep. Ze zag weinig perspectief meer. In haar eigen woorden: ‘Ik weet het niet meer, ik krijg geen adem meer.’ De integrale aanpak die het CIP biedt, gaf haar een beetje vertrouwen, omdat er nadrukkelijk aandacht zou worden besteed aan haar als mens in plaats van haar alleen haar klachten of stoornis.

Integrale psychiatrie

Integrale psychiatrie betreft de toepassing van het Amerikaanse concept integrale geneeskunde in de Nederlandse psychiatrie [1]. Integrale geneeskunde (a) stelt de therapeutische relatie tussen patiënt en hulpverlener weer centraal, (b) kijkt naar de gehele mens, (c) maakt op basis van wetenschappelijk onderzoek gebruik van alle geschikte therapeutische benaderingen, gezondheidszorgprofessionals en disciplines, om zo (d) tot een optimale gezondheid en een optimaal herstel te komen [2]. Integrale geneeskunde heeft de laatste decennia een sterke groei doorgemaakt. Dit komt vermoedelijk doordat het elementen bevat die steeds meer ingang vinden in de reguliere geneeskunde, zoals samen beslissen, de patiënt centraal stellen, een persoonlijke benadering, focus op gezonde leefstijl en herstel, zingeving [3] en positieve gezondheid [4]. Integrale geneeskunde wordt in Nederland sinds 2018 ondersteund door het Consortium voor Integrale Zorg en Gezondheid (CIZG), bestaande uit vier ziekenhuizen, een ggzinstelling en een kennisinstituut [5]. Integrale geneeskunde in de psychiatrie wordt in Nederland sinds 2007 toegepast in het Centrum Integrale Psychiatrie (CIP) van Lentis, tevens lid van CIZG. Integrale psychiatrie kan mogelijk bijdragen aan oplossingen voor heden daagse problemen binnen de (geestelijke) gezondheidszorg, zoals toename van psychiatrische aandoeningen en hoge kosten (zie ook [68]) en waarvoor een nieuwe aanpak nodig lijkt [9].

Het CIP is een polikliniek met het keurmerk TOPGGz (hoogspecialistische zorg) voor patiënten met ernstige en complexe stemmings- en angststoornissen en een diversiteit aan psychiatrische en lichamelijke comorbiditeit.

* Deze naam is gefingeerd, red.

In het CIP wordt het biopsychosocio-spiritueel-ecologische model gehanteerd, een uitbreiding van het in de reguliere zorg gebruikelijke biopsychosociale model, dat gebruikmaakt van evidencebased behandelingen vanuit verschillende geneeskundige tradities. Naast gebruikelijke reguliere interventies (psychofarmaca en psychologische, verpleegkundige en vaktherapieën) is er ook een uitgebreid aanbod van leefstijlinterventies, zoals mindfulness, compassie, yoga, gecombineerde leefstijlinterventie (GLI GGZ) bestaande uit voeding, beweging, ontspanning, slaap en zingeving [6, 10, 11]. Tevens wordt er op zorgvuldige wijze gebruikgemaakt van evidencebased natuurlijke medicatie, zoals bepaalde kruiden, vitamines en voedingssupplementen [1, 8, 12] (zie de tabel voor definities en indeling in verschillende groepen geneeswijzen [7]). Ook kan zingeving onderdeel van de behandeling zijn [3, 13]. Complementaire zorg wordt niet aangeboden in het CIP, maar patiënten krijgen wel advies en begeleiding om verstandige keuzes te maken en de kans op schadelijke effecten te minimaliseren [5, 14].

Definities en voorbeelden van reguliere en nietreguliere geneeswijzen

<i>naam</i>		<i>omschrijving</i>	<i>voorbeelden</i>
integrale geneeskunde	reguliere geneeskunde	zoals onderwezen en toegepast wordt in universiteiten en ziekenhuizen	operatie, medicatie, cognitieve gedrags therapie (CGT)
	leefstijlgeneeskunde	preventie en behandeling van ziekten door therapeutische leefstijlveranderingen [15]	bewegen, dieet, relaxatie, yoga en mindfulness
	natuurlijke middelen	natuurlijke preparaten waarvoor voldoende bewijs is, maar die om en supplementen praktische, ideologische of sociale redenen (nog) niet geïntegreerd zijn in het reguliere behandel aanbod [16]	kruiden, vitamines
	complementaire zorg*	niet-reguliere behandelingen waarvoor healing en (te) weinig bewijs is en die tevens andere verklaringsmodellen van ziekte en gezondheid hanteren [16]	homeopathie

* Deze behandelingen worden niet toegepast binnen de integrale psychiatrie (er wordt wel geadviseerd over zorgvuldig gebruik ervan buiten de instelling [1])

Naast symptoomreductie (klachtgericht) is integrale psychiatrie gericht op het vergroten van veerkracht (krachtgericht) en waar nodig op inzicht, traumaverwerking en acceptatie (procesgericht). De focus ligt hierbij niet alleen op (het ontstaan van) ziekte (pathogenese) en vermindering van symptomen, maar ook op het in stand houden en vergroten van gezondheid (salutogenese; positieve gezondheid).

Als symptomen niet verder kunnen verminderd, verschuift de focus naar coping en 'leren leven met' met behulp van interventies uit de derdegeneratie gedragstherapie (zoals mindfulness, compassie en acceptance and commitment therapie, ACT). Daarnaast ligt voor, tijdens en na de behandeling veel nadruk op het optimaliseren van een gezonde leefstijl op het gebied van voeding, beweging, ontspanning, slaap en zingeving [10].

Integrale psychiatrie verschilt dus in verschillende opzichten van reguliere psychiatrie, waaronder het gehanteerde perspectief (meer holistisch, salutogenese), het gebruik van medicatie (diverse natuurlijke middelen in aanvulling op reguliere medicatie) en omgang met complementaire zorg (wordt laagdrempelig en niet-veroordelend ter sprake gebracht en er wordt onder strikte voorwaarden over geadviseerd). Uitgebreidere toelichting op deze graduele verschillen en de werkwijze binnen integrale psychiatrie en specifiek het CIP staan elders beschreven [1, 6, 17].

Amber

Ter illustratie van de werkwijze van de integrale psychiatrie keren we terug naar de casus. De behandeling van Amber startte klachtgericht. Allereerst werd er gezocht naar een passend antidepressivum. Amber wilde graag eerst een natuurlijk middel gebruiken. Ze kreeg daarom een consult bij de arts in opleiding tot psychiater die haar hier uitleg over gaf. Aangezien deze optie in de richtlijn wordt genoemd voor milde en matige depressie, is gestart met sintjanskruid 450 mg.

Dit bleek onvoldoende effect te hebben, waarna Amber begon met een regulier middel (venlafaxine 75 mg dd.). Vervolgens werd er met EMDR gewerkt aan het verminderen van de emotionele lading van traumatische herinneringen, waarna de herbelevingen afnamen. De vermoeidheid en depressieve klachten bleven echter bestaan. Hierop werd besloten de behandeling meer procesgericht in te zetten, met een focus op acceptatie, het vinden van balans tussen draagkracht en draaglast, en het leiden van een waardevol leven mét de klachten. Er werd vooral gebruik gemaakt van ACT, waarbij het zetten van stappen in de richting van wat voor Amber belangrijk is in het leven, haar zogeheten 'waarden', centraal stond, in plaats van zich te laten leiden door haar klachten. In de ACT worden dit 'waarden gerichte acties' genoemd.

Amber volgde daarnaast een negen-weekse yogatraining. Dit was een training die speciaal was ontwikkeld in de ggz voor cliënten met angst en stemmingsstoornissen en die in het kader van wetenschappelijk onderzoek werd aangeboden. Hierbij stonden het meer in contact komen met haar lichaam, het vriendelijker worden voor zichzelf en het accepteren van haar eigen grenzen centraal.

Het thema acceptatie was belangrijk voor Amber. Door haar langdurige klachten kon ze al een aantal jaren niet werken, waar ze veel verdriet van had en zich vaak schuldig over voelde.

Dialogo T = therapeut en A = Amber

T: Hoe gaat het met de yogatraining?

A Ik heb deze week veel geworsteld met acceptatie.

A De eerste les was spannend! Ik was bang dat er allemaal lenige mensen in strakke pakjes zouden komen en dat ik uit de toon zou vallen. Het was fijn dat de focus vooral lag op contact maken met je eigen lijf en je eigen grenzen leren voelen.

T O? Naar aanleiding waarvan?

A Nou, toen we het er vorige week over hadden, vond ik het logisch om te accepteren dat mijn gezondheid nu niet optimaal is. Hoe minder energie ik stop in vechten tegen de huidige situatie, hoe beter ik me voel. En toch ... Woensdag moest ik mijn vrijwilligerswerk afzeggen, en dan baal ik zo. Als dit al niet lukt, pfff. Ik wil helemaal niet accepteren dat ik telkens belangrijke dingen niet kan.

T Dat klinkt als een goede ervaring. Hoe was het voor jou om contact te maken met je lichaam?

T Wat naar. Kun je vertellen wat je bedoelt met 'niet willen accepteren'?

A Dat was lastig. Na de eerste les had ik flinke spierpijn, dus dan heb ik mischien toch meer gedaan dan goed voor me was. Nu probeer ik meer stil te staan bij mijn grenzen en wanneer ik misschien te veel van mezelf vraag. Ik merk dat ik toch geneigd ben mezelf te pushen. Wat ik heel mooi vond, was dat er een andere jonge vrouw tijdens de les aanwezig was, maar nauwelijks mee deed. Ze lag grotendeels op haar mat en luisterde dus heel goed naar haar lichaam. Dat was nogal een opluchting; dit is dus ook wat yoga is!

A Dat voelt als opgeven, terwijl ik zo graag hoop wil houden.

T Wat een mooi voorbeeld van luisteren naar je lichaam. Dat als jouw lichaam aangeeft dat rust nodig is, je die rust ook mag nemen.

T Ah. Zonet noemde je 'niet meer vechten' als synoniem voor acceptatie. Kun je het ook kleiner maken? Dat acceptatie van die rottag betekent dat je accepteert dat je je die dag rot voelt? Wat niet per se iets zegt over de volgende dag?

A Klopt. Dat was echt een eyeopener voor me.

A Ja ... dat betekent dus niet dat ik het leuk vind. Maar het houd bij dit moment, bij deze dag. Toch?

T Precies. Acceptatie betekent niet dat je er blij mee bent. Het betekent niks anders dan dat het op dit moment zo is. Hoe het morgen is, dat weet je niet.

Daarnaast was er aandacht voor het integreren van nieuwe vaardigheden in het dagelijks leven, waarbij er steeds aandacht was voor de stappen die Amber wilde zetten in de richting van haar waarden.

A *Ik heb vorig weekend weer geoefend met autorijden.*

T *Absoluut. En misschien ook mildheid. Vriendelijk zijn voor jezelf?*

T *Wat goed van je. Hoe ging dat?*

A *Absoluut. Dat heb ik zeker geprobeerd. Ik had met mezelf afgesproken dat het er vooral om ging dat ik het weer ging doen. Dat het er niet om ging dat het rijden meteen weer perfect zou gaan.*

A *Best oké, denk ik. Ik bedoel, ik heb het in elk geval gedaan, toch? Ook al was het op een industrieterrein met mijn vriend naast me, ik heb in elk geval weer een keer achter het stuur gezeten.*

T *Wat mooi. Dus zo ben je ook bezig geweest met vriendelijk zijn voor jezelf.*

T *Precies. Mooi dat je dat zo kunt zien. Je hebt het gewoon gedaan, je hebt de eerste stap weer gezet. Dat moet niet makkelijk voor je zijn geweest.*

A *Dat is zeker waar. Ik denk dat de yoga daar ook mee heeft geholpen. Niet alleen omdat het me helpt aandacht te hebben voor mijn ademhaling en rustig te blijven doorademen, maar ook omdat ik heb geleerd dat je een yogapose niet meteen kunt. Dat je daar stapje voor stapje beter in wordt. Dat het de ene dag beter gaat dan de andere dag. En dat dit oké is. Dat ik daarnaar mag luisteren en dat ik mezelf niet hoeft te pushen.*

A *Inderdaad, het was superspannend. Ik was vooral bang dat ik weer een paniekaanval zou krijgen, zoals de laatste keer dat ik autoreed.*

T *En je hebt het wel gedaan. Welke waarde is hierin voor jou belangrijk?*

A *Hmmm ... misschien zelfvertrouwen? Dat ik weer een beetje op mezelf mag gaan vertrouwen, dat ik best wel kan autorijden, ondanks dat ik het ook spannend vind?*

Het actieve deel van de behandeling duurde vier jaar, het laatste jaar werd er met laagfrequente contacten vooral ingezet op het opbouwen van vertrouwen in zichzelf en het voorkomen van terugval.

Bij het afronden van de behandeling lag de nadruk op een waardevol leven met de klachten. Amber bleef haar medicatie gebruiken (vanuit de waarden acceptatie en stabiliteit), continueerde vrijwilligerswerk (vanuit de waarden zelfzorg, mildheid en zelfvertrouwen) en volgde eens per week een yogales (vanuit de waarden nieuwsgierigheid, ontwikkeling en flexibiliteit). In Ambers woorden: 'Ik ben weer in beweging gekomen. Niet alleen zijn mijn klachten verminderd, de kwaliteit van mijn leven is verhoogd.'

Tips vanuit deze casus voor de praktijk

- Werk vanuit de hulpvraag van de cliënt. Onderzoek samen met de cliënt of er naast symptoomreductie (symptomatisch herstel) behoefte is aan het vergroten van de kwaliteit van leven of leren van vaardigheden (maatschappelijk herstel). Als symptoom reductie niet (meer) geïndiceerd of gewenst is, bied cliënten dan ook interventies om beter te kunnen omgaan met hun symptomen of kwetsbaarheid, zoals ACT en zingeving (persoonlijk herstel).
- Zorg dat de samenwerking met de cliënt gedurende het hele proces centraal staat. Zorg voor regelmatige afstemming. Is er meer aandacht nodig voor een bepaald onderwerp? Zitten we nog op het juiste spoor? Hierdoor krijgt de cliënt meer regie en houvast in het therapieproces.
- Vraag op een open en nietveroordelende wijze naar interesse in en/of gebruik van natuurlijke middelen en complementaire zorg, en adviseer cliënten over het zorgvuldig en veilig gebruik hiervan op basis van wetenschappelijke kennis [1]. Informeer cliënten over de (on)mogelijkheden om te behandelen met natuurlijke middelen die in wetenschappelijk onderzoek veilig en effectief zijn gebleken.
- Werk daar waar passend is met acceptatie. Bij langdurige klachten kan het thema acceptatie veel oproepen bij mensen. Het is van belang samen met de cliënt te exploreren wat acceptatie op dit moment betekent. Acceptatie betekent nooit dat iemand alle hoop op verandering moet laten varen, maar wel dat de situatie op dit moment niet te veranderen is. En dat iemand alle recht heeft daar boos of verdrietig over te zijn.
- Vraag steeds wat voor de cliënt het belangrijkste is. Werken vanuit waarden vraagt om het samen uitpluizen van de waarden van de cliënt; wat is voor hem/haar echt belangrijk, wat is de moeite waard, wat maakt het leven zinvol en betekenisvol? Hierbij is het van belang dat de behandelaar zich nietoordelend, open, opstelt. En aan de andere kant wel oog blijft houden voor wanneer een cliënt spreekt vanuit waarden en wanneer een cliënt spreekt vanuit de klachten of de angst.
- Minder praten, meer doen. Samen een oefening als ‘drie minuten ademruimte’ doen heeft veel meer effect dan praten over meditatie of yoga.

Literatuur

- 1 Hoenders R, Castelein S. Integrale psychiatrie: theorie en praktijk. *Bijblijven*. 2018;34(8):616–33.
- 2 Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine (CAHCIM). Definition of integrative medicine and health New Buffalo, MI: CAHCIM; 2009 [Geraadpleegd via: <https://imconsortium.org/about/introduction/>].
- 3 ZonMw. Zingeving in zorg. Den Haag: ZonMw; 2017.
- 4 Huber M, Knottnerus JA, Green L, Van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:d4163.
- 5 Consortium voor integrale zorg en gezondheid (CIZG). Betrouwbare informatie: CIZG; 2019 [Geraadpleegd via: www.cizg.nl/betrouwbareinformatie/].
- 6 Hoenders HJR. Integrative psychiatry: conceptual foundation, implementation and effectiveness. Groningen: University of Groningen; 2014.
- 7 Hoenders HJR, Van Os J, Castelein S. De toekomst van de culturele psychiatrie

- in het licht van drie GGZvernieuwingen. In: De Jong J, Van Dijk R, redactie. Handboek culturele psychiatrie en psychotherapie. Amsterdam: Boom; 2020.
- 8 Sarris J, Glick R, Hoenders R, Duffy J, Lake J. Integrative mental healthcare White Paper: establishing a new paradigm through research, education, and clinical guidelines. *Adv Integr Med*. 2014;1(1):9–16.
 - 9 Bracken P, Thomas P, Timimi S, Asen E, Behr G, Beuster C, et al. Psychiatry beyond the current paradigm. *Br J Psychiatry*. 2012;201(6):430–4.
 - 10 Hoenders HJR, Steffek E, Eendebak M, Castelein S. Psychische stoornissen. In: De Vries I, De Weijer T, redactie. Handboek leefstijl geneeskunde. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2020.
 - 11 Booi SH., Wester CD., Gurvits V. et al. De haalbaarheid van een gecombineerde leefstijlinterventie (GLIGGZ) bij patiënten met stemmings en/of angststoornissen. TSG Tijdschr Gezondheidswet 99, 154–160 (2021). <https://doi.org/10.1007/s12508021003196>
 - 12 Sarris J, Lake J, Hoenders R. Bipolar disorder and complementary medicine: current evidence, safety issues, and clinical considerations. *J Altern Complement Med*. 2011;17(10):881–90.
 - 13 Hoenders HJ, Braam AW. De rol van zingeving in de psychiatrie: belangrijk maar nog onduidelijk. *Tijdschr Psychiatr*. 2020;62(11):955–9.
 - 14 ZonMw. Signalement ontwikkeling en implementatie van evidencebased complementaire zorg. Den Haag: ZonMw; 2014.
 - 15 Guthrie GE. What is lifestyle medicine? *Am J Lifestyle Med*. 2018;12(5):363–4.
 - 16 Lake, J. Textbook of integrative mental health care. New York: Thieme; 2007.
 - 17 Hoenders HJ, Willgeroth FC, Appelo MT. Western and alternative medicine: a comparison of paradigms and methods. *J Altern Complement Med*. 2008;14(8):894–6

Mindfulness-based cognitieve therapie *versus* gebruikelijke behandeling bij mensen met een bipolaire stoornis: Een multicenter gerandomiseerde gecontroleerde studie

Imke Hanssen*, Marloes Huijbers, Eline Regeer, Marc Lochmann van Bennekom, Anja Stevens, Petra van Dijk, Elvira Boere, Rob Havermans, Rogier Hoenders, Ralph Kupka en Anne E. Speckens

Samenvatting

Achtergrond

Mindfulness-based cognitieve therapie (MBCT) lijkt een veelbelovende interventie voor bipolaire stoornis (BD), maar er is een gebrek aan gerandomiseerde gecontroleerde studies (RCT) die dit onderzoeken. Het doel van deze multicenter, evaluator geblindeerde RCT was om de toegevoegde waarde van MBCT ten opzichte van gebruikelijke behandeling ('treatment as usual', TAU) bij BD te onderzoeken tot 15 maanden follow-up (NCT03507647).

Methoden

In totaal werden 144 deelnemers met BD type I en II gerandomiseerd naar MBCT + TAU ($n = 72$) en TAU ($n = 72$). Primaire uitkomstmaat was huidige depressieve symptomen. Secundaire uitkomsten waren huidige (hypo)manische en angstsymptomen, recidiefpercentages, ruminatie, demping van positief affect, functionele beperkingen, mindfulnessvaardigheden, zelfcompassie en positieve mentale gezondheid. Potentiële moderatoren van het behandelresultaat werden onderzocht.

Resultaten

MBCT + TAU was niet effectiever dan TAU in het verminderen van huidige depressieve symptomen op korte en lange termijn (95% CI [-7,0 tot 1,8], $p = 0,303$, $d = 0,24$) of follow-up (95% CI [-2,2 tot 6,3], $p = 0,037$, $d = 0,13$). Op korte

* Auteur voor correspondentie:

Imke Hanssen, E-mail: imke.hanssen@radboudumc.nl

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

en lange termijn was MBCT + TAU effectiever dan TAU in het verbeteren van mindfulnessvaardigheden. Bij follow-up was TAU effectiever dan MBCT + TAU in het verminderen van angst en het verbeteren van mindfulnessvaardigheden en positieve mentale gezondheid. Uit verkennende analyse bleek dat deelnemers met ernstigere depressieve symptomen en functionele beperkingen op baseline meer baat hadden bij MBCT + TAU dan bij TAU.

Conclusies

Bij deze deelnemers met hoog recidiverende BD kan MBCT een behandeloptie zijn naast TAU voor degenen die lijden aan matige tot ernstige niveaus van depressie en functionele beperkingen.

Registratie onderzoek.

ClinicalTrials.gov, NCT03507647. Geregistreerd op 25 april 2018, [https:// www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01126827](https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01126827).

Trefwoorden:

Mindfulness-based cognitieve therapie; bipolaire stoornis; gerandomiseerde gecontroleerde trial; effectiviteit

Inleiding

Bipolaire stoornis (BD) is een van de belangrijkste oorzaken van invaliditeit (Wereldgezondheidsorganisatie, 2008). BD wordt gekenmerkt door een vroeg begin en een chronisch beloop over de hele levensduur en is verantwoordelijk voor een aanzienlijke economische, beroepsmatige en sociale last (Ferrari et al., 2016). Een aanzienlijk aantal mensen met BD ervaart recidieven of residuele stemmingssymptomen (Judd et al., 2003). Daarom is er behoefte aan aanvullende interventies, waaronder psychologische interventies, die niet alleen gericht zijn op klinische remissie, maar ook op recidiepreventie, functioneel herstel en kwaliteit van leven. Mindfulness-based cognitieve therapie (MBCT) is effectief in het verminderen van stoornisspecifieke symptomen bij een breed scala aan psychiatrische stoornissen (Goldberg et al., 2018). Bij unipolaire depressieve stoornis ('major depressive disease', MDD) is aangetoond dat MBCT effectief is in het voorkomen van depressieve recidieven tot ten minste één jaar follow-up (Kuyken et al., 2016), en het verbeteren van de kwaliteit van leven (Godfrin & van Heeringen, 2010). In BD is dit nog onvoldoende onderzocht, hoewel recente systematische reviews met 13 open-label- en cohortstudies concluderen dat MBCT veelbelovend is, met gunstige effecten op huidige depressieve en angstsymptomen, en zonder destabiliserende effecten op manische symptomen (Bojic & Becerra, 2017; Chu et al., 2018; Lovas & Schuman-Olivier, 2018; Xuan et al., 2020). Tot op heden zijn er slechts twee gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken (RCT's) die langetermijneffecten van MBCT bij BD onderzochten, respectievelijk bij 95 en 84 mensen met BD, die geen gunstige effecten van MBCT op huidige symptomen of recidiepreventie lieten zien in vergelijking met gebruikelijke behandeling, 'treatment as usual' (TAU) (Perich, Manicavasagar, Mitchell, Ball, & Hadzi-Pavlovic, 2013) of met psychoeducatie of TAU (de Dios et al., 2021). De resultaten van deze

studies worden beperkt door hoge uitvalpercentages (45%) bij follow-up. Slechts één kleine cohortstudie ($N = 12$) onderzocht positieve uitkomsten van MBCT bij BD en liet verbeteringen zien in welbevinden, positief affect en psychosociaal functioneren (Deckersbach et al., 2012). Het is duidelijk dat er behoefte is aan RCT's die het aanvullende effect van MBCT op TAU voor BD onderzoeken. De huidige RCT onderzocht de effectiviteit van MBCT toegevoegd aan TAU *versus* TAU bij BD, tot 15 maanden follow-up. De primaire uitkomst was depressieve symptomen na de behandeling. Secundaire uitkomsten waren depressieve symptomen op lange termijn en (hypo)manische symptomen op lange termijn, angst, recidieven, ruminatie, demping van positief affect, functionele beperkingen, mindfulness vaardigheden, zelfcompassie en positieve mentale gezondheid. Verder werden potentiële moderatoren van behandelingseffecten onderzocht.

Methode

Opzet onderzoek

Een multicenter, evaluatie-geblindeerde RCT waarin MBCT + TAU werd vergeleken met TAU tot 15 maanden follow-up. De gegevens werden verzameld in zeven poliklinieken voor volwassenen met BD. De auteurs verklaren dat alle procedures die hebben bijgedragen aan dit werk voldoen aan de ethische normen van de relevante nationale en institutionele commissies voor menselijke experimenten en aan de Verklaring van Helsinki van 1975, zoals herzien in 2008. Alle procedures met deelnemers zijn goedgekeurd door de lokale ethische commissie CMO Arnhem-Nijmegen voor alle deelnemende locaties (NL63319.091.17.). Het studieprotocol is eerder gepubliceerd (Hanssen et al., 2019).

Deelnemers

Inclusiecriteria waren: (1) bipolaire stoornis I of II; (2) ten minste twee bevestigde depressieve episoden in het leven; (3) ten minste één stemmingsepisode in het jaar voorafgaand aan de baseline; en (4) een Young Mania Rating Scale (YMRS; Young, Biggs, Ziegler, & Meyer, 1978) baseline score van ≤ 12 . Exclusiecriteria waren: (1) onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal; (2) eerder deelgenomen aan achttwekse MBSR/MBCT; (3) ernstige manische episode in de drie maanden voorafgaand aan baseline; (4) diagnose schizoaffectieve stoornis, huidige stoornis in het gebruik van middelen, antisociale of borderline persoonlijkheidsstoornis; (5) verhoogd risico op suïcide of agressie; en (6) om praktische redenen op het punt te staan een andere psychologische interventie te ontvangen tussen baseline en T1.

Procedure

Deelnemers werden geworven op zeven gespecialiseerde poliklinieken voor volwassenen met BD tussen mei 2018 en februari 2020. Ze werden benaderd door hun behandelaar. Geïnteresseerden konden contact opnemen met het onderzoeksteam. Mogelijke deelnemers die in aanmerking kwamen, werden uitgenodigd voor een onderzoeksinterview met getrainde onderzoeksassistenten, waarbij schriftelijke geïnformeerde toestemming werd verkregen van alle deelnemers, in- en exclusiecriteria werden beoordeeld en een baseline assessment werd afgenomen, waarna deelnemers werden gerandomiseerd naar MBCT + TAU

of TAU. Deelnemers begonnen binnen 1,5 maand na randomisatie met MBCT. De baselinebeoordeling (T0) en follow-upbeoordelingen op 3 (T1), 6 (T2), 9 (T3), 12 (T4) en 15 (T5) maanden na de baseline bestonden uit zelfrapportagevragenlijsten en geblindeerde, door een behandelaar uitgevoerde beoordelingen. Vanwege COVID-19 beperkingen moesten beoordelingen door behandelaars vanaf maart 2020 telefonisch worden gepland. Er waren geen verschillen in primaire uitkomst tussen interviews die face-to-face of telefonisch werden uitgevoerd op T1 ($t = 0,18, p = 0,856$) en T5 ($t = -0,06, p = 0,954$).

Op elk tijdstip werd deelnemers structureel gevraagd of ze medische voorvallen hadden ervaren om (ernstige) ongewenste voorvallen ((S)AE's) tijdens de onderzoeksperiode aan het licht te brengen.

Randomisatie en blinding

De willekeurige toewijzing aan MBCT + TAU of TAU (toewijzingsratio 1:1) werd elektronisch uitgevoerd door Castor EDC (EDC, 2019). Om te controleren op mogelijke verstoringen van variabelen werd randomisatie gestratificeerd naar deelnemende studielocaties, geslacht (Kuyken et al., 2010), bipolair subtype (type I of II), en depressiestatus (actueel ('current') v. in remissie ('remitted')) (van der Velden et al., 2022). Er werd gebruik gemaakt van blokrandomisatie met variërende vooraf gedefinieerde blokken (2, 4 of 6). De coördinerend onderzoeker was geblindeerd voor blokgroottes; onderzoeksassistenten die de onderzoeksinterviews uitvoerden, waren geblindeerd voor toewijzing. Tijdens de onderzoeksperiode is het twee keer voorgekomen dat een onderzoeksassistent niet geblindeerd was. Aangezien er op elke deelnemende locatie meerdere onderzoeksassistenten waren, werd ervoor gezorgd dat deze deelnemers tijdens de daaropvolgende beoordelingen door een andere onderzoeksassistent werden geïnterviewd.

Interventie

Mindfulness-gebaseerde cognitieve therapie

De interventie was gebaseerd op het oorspronkelijke MBCT-protocol voor MDD (Segal, Williams, & Teasdale, 2012), met kleine aanpassingen voor BD, en bestond uit acht wekelijkse groepsessies van 2,5 uur en een dag van zes uur begeleide stille beoefening. Deelnemers werden geïnstrueerd om 45 minuten per dag te oefenen met geleide formele (bijv. bodyscan, zitmeditatie, bewegingsoefeningen) en informele oefeningen (bijv. mindful routine activiteiten, drie-minuten ademruimte). Op elk tijdstip werd deelnemers gevraagd of ze nog steeds oefenden. Zie het studieprotocol voor een volledig overzicht van elke MBCT-sessie (Hanssen et al., 2019).

MBCT werd onderwezen door twee trainers, waarvan ten minste één volledig gekwalificeerde mindfulness docent en één ervaren in het behandelen van BD, in twaalf groepen met acht tot tien deelnemers (bestaande uit zowel studie- als niet-studiedeelnemers) op de respectievelijke onderzoekslocaties. Zie online supplement 1 voor meer informatie over de competentie van de docent. Vanwege COVID-19 beperkingen werden twee MBCT-groepen gewijzigd in een online videoconferentie formaat (respectievelijk vanaf sessie 7 en sessie 4). De primaire uitkomst van deze twee groepen verschilde niet van de groepen die niet overstapten op een online format ($t = -1,10, p = 0,272$).

Gebruikelijke behandeling

De gebruikelijke behandeling (TAU) voor deelnemers met BD bestaat doorgaans uit farmacotherapie, psycho-educatie en zelfmanagementinterventies (Kupka et al., 2015). TAU werd op geen enkele manier beperkt om de klinische representativiteit te waarborgen, behalve door deelnemers om praktische redenen te vragen geen psychologische behandeling te starten tussen baseline en T1. TAU, inclusief medicatiegebruik en andere psychologische behandelingen, werd gemonitord met de *Treatment Inventory of Costs in Patients with Psychiatric Disorders* (TIC-P; Hakkaart, Van Straten, Donker, & Tiemens, 2002) gedurende de gehele follow-up periode. Deelnemers in de TAU-groep kregen MBCT aangeboden na het afronden van T5.

Uitkomstmaten

Primaire uitkomst

De primaire uitkomstmaat was depressieve symptomen na de behandeling, 3 maanden na baseline (T1), zoals beoordeeld door getrainde onderzoeksassistenten met behulp van de 30-item *Inventory of Depressive Symptomatology - Clinician administered* (IDS-C; Akkerhuis, 1997). De interne consistentie (IC) in de huidige studie was goed (Chronbach's α op T0 = 0,89). Audio-opnamen van IDS-C-interviews waren beschikbaar voor 20/22 onderzoeksassistenten. Van elke assistent werden twee interviews willekeurig geselecteerd en beoordeeld door twee onderzoekspsychologen (IH en MH) om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te bepalen. Schattingen van de intraclass correlatiecoëfficiënt (ICC) werden berekend op basis van een gemiddelde beoordeling ($k = 2$), absolute overeenstemming, willekeurig tweewegmodel met enkelvoudige metingen. De ICC was uitstekend (0,96, 95% CI [0,91-0,98]).

Secundaire uitkomsten

De volgende vragenlijsten, ingevuld door behandelaren of als zelfrapportage, werden op elk tijdstip als secundaire uitkomsten afgenomen: De depressie- en maniemodule van het *Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders* (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996; First, Williams, Karg, & Spitzer, 2016); *Young Mania Rating Scale* (YMRS; Young et al., 1978, $\alpha = 0,52$); *State/Trait Anxiety Inventory* (STAI; Van der Ploeg, 2000, respectievelijk $\alpha = 0,78$ en $\alpha = 0,92$); *Functioning Assessment Short Test* (FAST; Rosa et al., 2007, $\alpha = 0,85$); *Mental Health Continuum - Short Form* (MHC-SF; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster, & Keyes, 2011, $\alpha = 0,92$); 5-item *piekeren subschaal* van de *Ruminative Response Scale - Extended version* (RRS-br; Raes, Hermans, & Eelen, 2003, $\alpha = 0,79$); *Responses to Positive Affect* (RPA; Feldman, Joormann, & Johnson, 2008, $\alpha = 0,86$ resp. 0,78); *Responses to Positive Affect* (RPA; Feldman, Joormann, & Johnson, 2008, $\alpha = 0,86$ resp. 0,78); *Responses to Positive Affect* (RPA; Feldman, Joormann, & Johnson, 2008, $\alpha = 0,86$ resp. 0,78.86 respectievelijk 0,78); *Five Facet Mindfulness Questionnaire - Short Form* (FFMQ-SF; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2011, $\alpha = 0,86$); *Self Compassion Scale - Short Form* (SCS-SF; Neff, 2003, $\alpha = 0,88$); Zie het studieprotocol voor meer gedetailleerde informatie over deze uitkomstmaten (Hanssen et al., 2019).

Statistische analyses

Berekening steekproefgrootte

De powerberekening was gebaseerd op de geschatte effectgrootte van 0,5 op IDS-C-scores na de interventie (T1) (van Aalderen et al., 2012). Met een α van 0,05, een power van 80%, inclusief een design factor van $1 - r^2$ (0,75) (Borm, Fransen, & Lemmens, 2007), en rekening houdend met een conservatieve schatting van 40% loss to follow-up op T1, waren 80 deelnemers per groep nodig, in totaal 160 deelnemers (Hanssen et al., 2019). Tegen het einde van de inclusieperiode moesten we, vanwege COVID-19 beperkingen, de werving van de studie voortijdig beëindigen bij $N = 144$. Na overleg met de Ethische Commissie werd een aanvullende poweranalyse met het werkelijke loss to follow-up op T1 (20% in plaats van 40%) uitgevoerd, waaruit bleek dat een totaal aantal van 120 deelnemers voldoende zou zijn geweest.

Behandelingseffecten op T1

Alle analyses werden uitgevoerd in SPSS versie 25 (IBM Corp., 2017) en uitgevoerd op zowel de intention-to-treat (ITT) steekproef, bestaande uit alle gerandomiseerde deelnemers, als ook de per protocol (PP) steekproef, bestaande uit deelnemers die zich hielden aan de behandelprotocollen (MBCT + TAU groep: nam deel aan ≥ 4 MBCT sessies; en TAU groep: nam niet deel aan een op mindfulness gebaseerde interventie). Het percentage ontbrekende gegevens voor onze primaire uitkomst na de behandeling was 18,1% in MBCT + TAU en 20,8% in TAU. Deelnemers voor wie de primaire uitkomst ontbrak verschilden niet van de anderen op een van de baseline metingen. Daarom namen we aan dat deze gegevens volledig willekeurig ontbraken (MCAR). Visuele inspectie van histogrammen onthulde geen sterke schendingen van scheefheid of kurtosis, daarom werden er geen transformaties gebruikt. Analyses na de behandeling werden uitgevoerd met Lineaire Gemengde Effectmodellen, waarbij tijd, groep (MBCT + TAU/TAU) en hun interactie werden toegevoegd als vaste effecten, terwijl gecontroleerd werd voor stratificatievariabelen (d.w.z. onderzoekslocatie, geslacht, type BD en depressiestatus). Een willekeurig intercept voor deelnemers werd toegevoegd. Er werd een diagonale covariantiestructuur gebruikt. Beperkte maximale waarschijnlijkheid werd gebruikt als schattingsmethode om ontbrekende gegevens te verwerken. Vanwege het kleine aantal deelnemers per MBCT-groep, clusterden we niet langer voor behandelgroep zoals beschreven in ons studieprotocol (Hanssen et al., 2019). De intra-cluster correlatiecoëfficiënt (ICC) werd berekend om te onderzoeken hoeveel variantie in de primaire uitkomstmaat (IDS-C op T1) verklaard kon worden door behandelgroep ($ICC = \text{behandelgroepvariantie} / \text{behandelgroepvariantie} + \text{restvariantie}$). Dit resulteerde in een ICC van 0,2. Cohen's d effectgrootte werd berekend door het aangepaste groepsverschil op T1 te delen door de gepoolde standaarddeviatie op T0. Vanwege de afwezigheid van een behandelingseffect werden de geplande bemiddelingsanalyses zoals beschreven in ons studieprotocol niet uitgevoerd (Hanssen et al., 2019).

Follow-up effecten

De consolidatie van behandeffecten gedurende de follow-up periode voor zowel primaire als ook secundaire uitkomsten op T1, T2, T3, T4 en T5 werd geëvalueerd met Lineair Gemengde Effecten Modellen, inclusief dezelfde parameters als hierboven vermeld, terwijl er werd gecontroleerd voor uitgangsniveaus en

stratificatievariabelen. Er werd een heterogene eerste orde autoregressieve [ARH(1)] covariantiestructuur gebruikt. Restricted maximum likelihood werd gebruikt als schattingsmethode om ontbrekende gegevens te verwerken. Cohen's d werd berekend door het aangepaste groepsverschil tussen de gepoolde gemiddelden (T1, T2, T3, T4, T5) te delen door de gepoolde standaardafwijking op T0.

Terugval

Deelnemers met een depressieve of (hypo)manische episode op baseline werden uitgesloten van analyse. Het aantal recidieven en de ernst van de eerste episode op basis van het aantal DSM-5 symptomen (depressie: 5 = mild, 6/7 = matig en 8/9 = ernstig; (hypo)manie: 3 = mild, 4/5 = matig en 6/7 = ernstig) werden vergeleken met een Pearson χ^2 -test. Visuele inspectie van histogrammen van de continue variabelen (bijv. duur van de eerste episoden, totaal aantal dagen depressief/(hypo)manisch) toonde schendingen van scheefheid en kurtosis, daarom werd de Mann-Whitney U-test gebruikt als niet-parametrische analyse.

De tijd tot het recidief werd berekend in weken vanaf het begin van het onderzoek tot het eerste recidief. Verschillen in tijd tot recidief werden geanalyseerd met behulp van een Cox regressie proportional hazards model. Analyses werden uitgevoerd met correctie voor het aantal eerdere depressieve en (hypo)manische episodes, baseline niveaus van depressieve en (hypo)manische symptomen (Altman et al., 2006), en stratificatievariabelen. De aanname van de proportionele hazards functie werd niet geschonden. Deelnemers met ontbrekende gegevens en deelnemers die geen recidief kregen binnen de 15 maanden follow-up werden behandeld als gecensureerde waarnemingen. Deelnemers die stopten met het onderzoek vanwege stemmingswisselingen werden meegenomen in de analyse. De gegevens van de laatste observatie werden gebruikt voor deelnemers die om andere redenen stopten met de proef (bijv. omdat ze geen tijd hadden).

Moderatie-analyses

Moderatie-analyses, waarbij gecontroleerd werd voor depressieve symptomen op baseline, werden uitgevoerd door potentiële voorspellers en hun interactie met de groep toe te voegen aan bovengenoemde modellen. Voor elke mogelijke moderator werden aparte modellen uitgevoerd. De volgende mogelijke moderatoren werden gebruikt: geslacht, leeftijd, type BD, totaal aantal stemmingsepisodes gedurende het leven (<12 of ≥ 12), aanvangsleeftijd, polariteit (gebaseerd op aantal depressieve en (hypo)manische episodes gedurende het leven), baseline niveaus van depressieve symptomen (IDS-C), ruminatie (RRS-br), en functionele beperkingen (FAST), en jeugdtrauma (gemeten met de *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ; Bernstein et al., 2003).

Resultaten

Kenmerken van de steekproef

In totaal werden 144 deelnemers willekeurig toegewezen aan MBCT + TAU ($n = 72$) en TAU ($n = 72$) (Fig. 1). De deelnemers waren voornamelijk vrouw (60%) en hoogopgeleid (56%). De gemiddelde leeftijd was 46,6 (S.D. = 12,7). Zie online supplement 2 voor de sociodemografische en klinische basiskkenmerken. Binnen de

MBCT + TAU-groep verschilden deelnemers die <4 MBCT-sessies bijwoonden ($n = 18$; 25%) niet van degenen die MBCT voltooiden. Binnen de MBCT + TAU-groep gaven 51 (71%) deelnemers aan dat ze op T1 nog regelmatig formele mindfulness oefeningen deden [gemiddelde frequentie per week = 3,5 (S.D. = 5,1) en gemiddeld aantal minuten per week = 21,0 (S.D. = 15,0)]. Op T2 nam dit aantal af tot 37 (51%) deelnemers (gemiddelde frequentie per week = 2,7 (S.D. = 2,5) en gemiddeld aantal minuten per week = 15,2 (S.D. = 14,8) en dit bleef zo tot T5.

Tussen T0 en T1 bezochten meer deelnemers aan TAU een professional in de geestelijke gezondheidszorg dan die aan MBCT + TAU ($\chi^2 = 3,0$, $p = 0,049$), en tussen T1 en T2 bezochten deelnemers aan TAU vaker een professional in de geestelijke gezondheidszorg dan die aan MBCT + TAU ($t = 2,1$, $p = 0,035$) (online Supplement 3).

Behandelingseffecten op T1

ITT analyse toonde geen significante groepsverschillen in depressieve symptomen (Tabel 1). MBCT + TAU toonde een significante toename in mindfulness vaardigheden ($d = 0.32$) vergeleken met TAU. Er werden geen significante groepsverschillen gevonden in andere secundaire uitkomstmaten. PP analyses lieten vergelijkbare resultaten zien.

Effecten bij follow-up

ITT analyses toonden aan dat er geen significante verschillen waren tussen groepen gedurende de follow-up met betrekking tot repressieve symptomen (Tabel 2). Significante tijd-groep-interacties werden gevonden bij angst, mindfulness vaardigheden, en positieve mentale gezondheid. Er werden geen significante tijd-groep-interacties gevonden op andere secundaire uitkomstmaten. PP analyses lieten vergelijkbare resultaten zien.

Terugval

ITT-analyses toonden geen verschillen in recidief tussen MBCT + TAU en TAU. In totaal ontwikkelden 32 (49%) deelnemers aan MBCT + TAU en 35 (55%) deelnemers aan TAU een recidief in een stemmingsepisode gedurende de follow-up periode van 15 maanden. Hiervan vertoonden 18 (28%) in MBCT + TAU en 22 (34%) in TAU als eerste een recidief in een depressieve episode, terwijl 14 (22%) in MBCT + TAU en 13 (20%) in TAU een recidief vertoonden in een (hypo)manische episode ($\chi^2 = 0,585$, $p = 0,747$). PP-analyses lieten vergelijkbare resultaten zien. In MBCT + TAU was de duur van het eerste depressieve recidief in dagen korter ($Mdn = 21,5$) dan in TAU ($Mdn = 61$; $U = 114,0$, $p = 0,035$). ITT analyses lieten geen verschillen zien tussen MBCT+ TAU en TAU in aantal recidieven, totaal aantal dagen depressief of (hypo)manisch, ernst van eerste depressieve of (hypo)manische recidief, of duur van eerste (hypo)manische recidief in dagen. Online supplementen 6 en 7 tonen de overlevingscurven van niet-recidief in respectievelijk depressie en (hypo)manie over de 15 maanden follow-up periode. Er werden geen verschillen gevonden in recidief in depressie (hazard ratio = 0,70, 95% CI [0,21-2,38], $p = 0,570$) of (hypo)manie (hazard ratio = 1,05, 95% CI [0,19-5,88], $p = 0,953$) tussen MBCT + TAU en TAU. PP-analyses toonden vergelijkbare resultaten

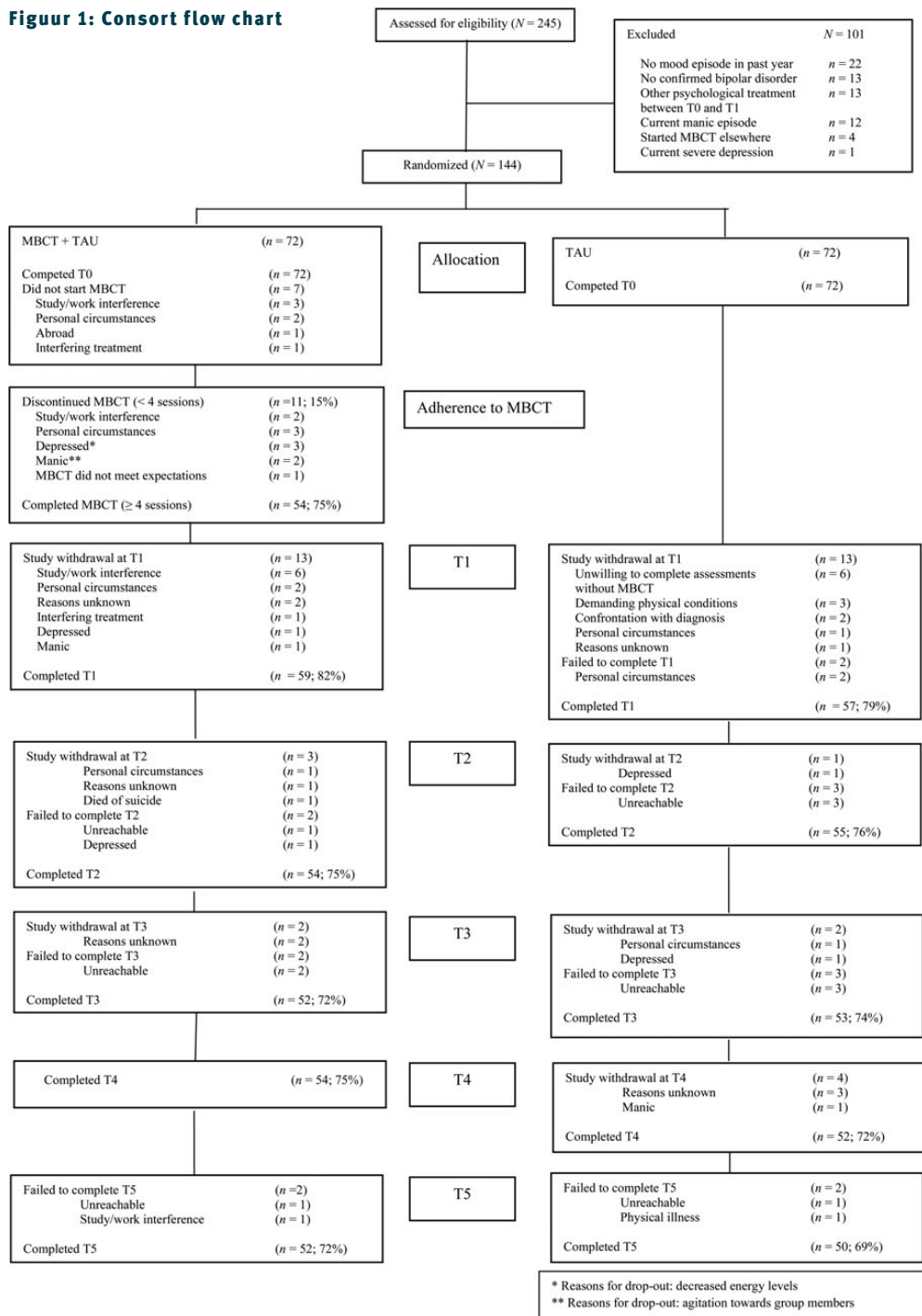
Figur 1: Consort flow chart

Table 1. Intention to treat analyses on primary and secondary outcomes at post-treatment

		MBCT + TAU (<i>n</i> = 72)	TAU (<i>n</i> = 72)			Results linear mixed models		
		Unadjusted mean M (S.D.)		Adjusted Group difference [95% CI]	<i>d</i> [95% CI]	<i>F</i>	df	<i>p</i>
Primary outcome								
Depressive symptoms (IDS-C)	T0	15.2 (13.4)	15.8 (11.8)			Study site	1.5	6.126
	T1	13.7 (9.2)	16.3 (12.0)	−2.6 [−7.0 to 1.8]	0.24 [−0.1 to 0.6]	Group	1.2	1.118
						Time	0.1	1.118
						Group × Time	1.1	1.118
Secondary outcomes								
(Hypo)manic symptoms (YMRS)	T0	2.1 (2.6)	1.9 (2.5)			Study site	1.1	6.122
	T1	2.2 (3.3)	2.3 (3.2)	−0.3 [−1.5 to 0.8]	0.12 [−0.2 to 0.5]	Group	0.0	1.113
						Time	0.8	1.117
						Group × Time	0.6	1.117
Anxiety state symptoms (STAI-state)	T0	43.6 (7.5)	44.4 (6.8)			Study site	0.8	6.126
	T1	42.8 (6.8)	44.7 (7.4)	−2.2 [−0.5 to 4.8]	0.31 [−0.1 to 0.7]	Group	2.0	1.124
						Time	0.0	1.112
						Group × Time	0.9	1.112
Anxiety trait symptoms (STAI-trait)	T0	45.4 (10.4)	49.0 (10.4)			Study site	1.2	6.127
	T1	42.4 (9.8)	46.8 (9.9)	−5.1 [−8.5 to −1.7]	0.49 [0.1–0.9]	Group	7.7	1.127
						Time	15.4	1.109
						Group × Time	1.4	1.109
Functional impairment (FAST)	T0	14.9 (11.1)	15.4 (10.5)			Study site	1.6	6.129
	T1	12.8 (10.9)	16.6 (11.6)	−3.8 [−7.5 to 0.1]	0.44 [0.1–0.8]	Group	2.2	1.126
						Time	0.0	1.115
						Group × Time	2.9	1.115
Positive Mental Health (MHC)	T0	2.6 (1.0)	2.3 (1.1)			Study site	0.5	6.128
	T1	2.7 (1.0)	2.5 (1.1)	0.3 [−0.7 to 0.1]	0.29 [−0.1 to 0.7]	Group	2.4	1.127
						Time	3.1	1.109
						Group × Time	0.0	1.109
Rumination NA (RRS-br)	T0	11.2 (3.2)	11.8 (3.3)			Study site	1.7	6.122
	T1	9.5 (2.7)	10.4 (2.6)	−1.2 [−2.2 to −0.2]	0.16 [−0.2 to 0.5]	Group	4.1	1.124
						Time	33.8	1.117
						Group × Time	1.0	1.117

Dampening PA (RPA)	T0	14.8 (4.4)	15.0 (3.9)			Study site	2.4	6.124	0.032
	T1	13.2 (3.9)	14.6 (4.0)	−1.5 [−3.0 to −0.1]	0.36 [0.0–0.7]	Group	2.3	1.124	0.135
						Time	5.9	1.111	0.016
						Group × Time	3.3	1.111	0.071
Rumination PA (RPA)	T0	22.4 (5.1)	20.2 (5.1)			Study site	0.4	6.123	0.903
	T1	22.9 (5.1)	20.6 (5.2)	1.8 [−3.8 to 0.2]	0.35 [0.0–0.7]	Group	5.2	1.119	0.025
						Time	0.5	1.108	0.474
						Group × Time	0.1	1.108	0.804
Mindfulness skills (FFMQ)	T0	79.7 (12.1)	76.5 (11.9)			Study site	1.0	6.127	0.459
	T1	83.9 (11.4)	78.6 (10.0)	6.2 [−10.1 to −2.4]	0.58 [0.2–0.9]	Group	6.4	1.127	0.012
						Time	15.9	1.113	<0.001
						Group × Time	4.2	1.114	0.041
Self-compassion (SCS)	T0	3.8 (1.1)	3.6 (1.0)			Study site	0.8	6.128	0.612
	T1	4.1 (1.1)	3.9 (1.1)	0.4 [−0.0 to 0.0]	0.38 [0.0–0.7]	Group	2.5	1.128	0.113
						Time	12.1	1.112	0.001
						Group × Time	0.9	1.112	0.344

Note: IDS-C, Inventory of Depressive Symptomatology – Clinician rated; YMRS, Young Mania Rating Scale; STAI, State-trait Anxiety Inventory; FAST, Functioning Assessment Short Test; MHC, Mental Health Continuum; RRS-br, Ruminative Response Scale – brooding subscale; RPA, Responses to Positive Affect; FFMQ, Five Facet Mindfulness Questionnaire; SCS, Self Compassion Scale
Bold means that there is a significant group × time interaction.

Table 2. Intention to treat analyses on primary and secondary outcomes at follow-up

	MBCT + TAU (<i>n</i> = 72)	TAU (<i>n</i> = 72)	Results linear mixed models					
			Unadjusted mean M (S.D.)	Adjusted Group difference [95% CI]	<i>d</i> [95% CI]	<i>F</i>	df	<i>p</i>
Primary outcome								
Depressive symptoms (IDS-C)			−1.59 [−2.2 to 6.3]	0.13 [−0.2 to 0.5]	Study site	2.3	6.100	0.037
T0	15.2 (13.4)	15.8 (11.8)			Group	2.0	1.103	0.157
T1	13.8 (9.2)	16.3 (12.0)			Time	2.4	4.150	0.050
T2	12.6 (10.3)	16.0 (11.8)			Group × Time	0.5	4.150	0.724
T3	12.8 (10.9)	15.0 (13.3)						
T4	12.9 (11.5)	14.0 (12.7)						
T5	11.4 (10.1)	11.2 (11.2)						
Secondary outcomes								
(Hypo)manic symptoms (YMRS)			0.1 [−0.8 to 1.0]	0.04 [−0.4 to 0.3]	Study site	1.1	6.92	0.392
T0	2.1 (2.6)	1.9 (2.5)			Group	0.3	1.93	0.589
T1	2.2 (3.3)	2.3 (3.2)			Time	0.8	4.127	0.549
T2	1.8 (2.7)	1.8 (2.2)			Group × Time	0.2	4.127	0.921
T3	1.8 (2.6)	1.6 (2.1)						
T4	1.5 (2.7)	2.0 (2.9)						
T5	1.7 (3.1)	1.7 (2.6)						
Anxiety state symptoms (STAI-state)					Study site	1.8	6.93	0.097
T0	43.6 (7.5)	44.4 (6.8)			Group	0.0	1.91	0.875
T1	42.8 (6.8)	44.7 (7.4)	−1.9 [−4.2 to 0.5]	0.27 [−0.1 to 0.6]	Time	3.7	4.118	0.007
T2	41.7 (6.9)	42.4 (6.2)	−0.8 [−3.3 to 1.6]	0.10 [−0.3 to 0.5]	Group × Time	4.0	4.118	0.005
T3	41.6 (6.6)	42.3 (7.5)	−1.1 [−3.7 to 1.6]	0.10 [−0.3 to 0.5]				
T4	42.2 (7.7)	38.8 (6.3)	3.0 [0.5–5.5]	0.48 [−0.4 to −0.1]				
T5	42.1 (7.3)	40.3 (5.7)	1.5 [−0.9 to 3.8]	0.25 [−0.6 to 0.1]				
Anxiety trait symptoms (STAI-trait)					Study site	1.1	6.91	0.357
T0	45.4 (10.4)	49.0 (10.4)			Group	0.0	1.103	0.900
T1	42.4 (9.8)	46.8 (9.9)	−2.7 [−5.2 to −0.2]	0.42 [0.1–0.8]	Time	1.9	4.112	0.108
T2	41.6 (10.1)	45.2 (9.8)	−1.3 [−4.0 to 1.5]	0.35 [0.0–0.7]	Group × Time	3.9	4.112	0.005
T3	41.8 (10.2)	44.7 (11.4)	−1.1 [−4.5 to 2.4]	0.28 [−0.1 to 0.6]				
T4	42.7 (10.7)	41.3 (10.3)	1.9 [−1.2 to 4.9]	0.14 [−0.5 to 0.2]				
T5	42.7 (11.5)	41.9 (10.5)	2.5 [−0.7 to 5.6]	0.08 [−0.4 to 0.3]				

Functional impairment (FAST)			−2.5 [−1.3 to 6.4]	0.23 [−0.1 to 0.6]	Study site	2.2	6.99	0.046
T0	14.9 (11.1)	15.4 (10.5)			Group	3.4	1.102	0.069
T1	12.8 (10.9)	16.6 (11.6)			Time	6.5	4.177	<0.001
T2	10.4 (9.8)	14.7 (10.9)			Group × Time	2.4	4.177	0.052
T3	10.9 (10.6)	14.1 (11.1)						
T4	9.9 (10.6)	13.0 (11.2)						
T5	9.8 (8.8)	9.2 (9.3)						
Positive Mental Health (MHC)					Study site	1.2	6.94	0.313
T0	2.6 (1.0)	2.3 (1.1)			Group	1.4	1.94	0.243
T1	2.7 (1.0)	2.5 (1.1)	0.1 [−0.2 to 0.4]	0.19 [−0.6 to 0.2]	Time	2.1	4.116	0.088
T2	2.8 (1.0)	2.7 (1.1)	0.0 [−0.3 to 0.3]	0.09 [−0.5 to 0.3]	Group × Time	5.0	4.117	0.001
T3	2.7 (0.9)	2.7 (1.2)	−0.1 [−0.4 to 0.3]	0.00 [−0.4 to 0.4]				
T4	2.6 (0.9)	2.9 (1.0)	−0.3 [−0.6 to 0.1]	0.29 [−0.1 to 0.7]				
T5	2.6 (1.1)	3.1 (1.1)	−0.5 [−0.8 to −0.2]	0.48 [0.1–0.8]				
Rumination NA (RRS-br)			−0.5 [−0.3 to 0.5]	0.15 [−0.2 to 0.5]	Study site	2.8	6.96	0.016
T0	11.2 (3.2)	11.8 (3.3)			Group	1.7	1.98	0.199
T1	9.5 (2.7)	10.4 (2.6)			Time	2.3	4.116	0.062
T2	8.9 (2.4)	9.9 (2.6)			Group × Time	2.2	4.116	0.070
T3	9.0 (2.8)	10.1 (3.0)						
T4	9.3 (3.3)	9.0 (2.8)						
T5	9.3 (2.8)	9.0 (3.1)						
Dampening PA (RPA)			−0.9 [−0.5 to 2.2]	0.20 [−0.2 to 0.6]	Study site	2.2	6.97	0.052
T0	14.8 (4.4)	15.0 (3.9)			Group	3.1	1.97	0.083
T1	13.2 (3.9)	14.6 (4.0)			Time	1.1	4.116	0.340
T2	13.3 (3.6)	14.2 (3.6)			Group × Time	1.0	4.116	0.407
T3	13.1 (3.4)	13.6 (3.6)						
T4	12.8 (3.1)	13.3 (3.4)						
T5	12.9 (3.4)	13.5 (4.2)						
Rumination PA (RPA)			0.5 [−1.4 to 2.4]	0.10 [−0.5 to 0.3]	Study site	0.9	6.99	0.518
T0	22.4 (5.1)	20.2 (5.1)			Group	0.3	1.100	0.560
T1	22.9 (5.1)	20.6 (5.2)			Time	0.5	4.112	0.749
T2	22.7 (5.1)	20.7 (5.3)			Group × Time	1.0	4.113	0.396
T3	22.6 (5.4)	19.8 (4.6)						
T4	21.8 (5.3)	20.9 (4.9)						
T5	22.0 (5.3)	21.1 (5.6)						

(Continued)

Table 2. (Continued.)

	MBCT + TAU (n = 72)	TAU (n = 72)	Adjusted Group difference [95% CI]	d [95% CI]		Results linear mixed models		
						F	df	p
Mindfulness skills (FFMQ)					Study site	0.1	6.89	0.988
T0	79.7 (12.1)	76.5 (11.9)			Group	0.1	1.105	0.703
T1	83.9 (11.4)	78.6 (10.0)	4.4 [1.4–7.4]	0.44 [–0.8 to –0.1]	Time	3.5	4.112	0.010
T2	84.7 (13.1)	81.9 (11.7)	1.4 [–2.2 to 4.9]	0.23 [–0.6 to 0.1]	Group × Time	5.5	4.112	<0.001
T3	82.7 (13.4)	81.0 (10.7)	0.7 [–3.0 to 4.4]	0.14 [–0.5 to 0.2]				
T4	84.2 (12.8)	84.3 (12.1)	–0.7 [–4.4 to 3.0]	0.01 [–0.4 to 0.4]				
T5	83.5 (13.2)	85.7 (12.3)	–3.2 [–6.8 to 0.5]	0.18 [–0.2 to 0.5]				
Self-compassion (SCS)			0.1 [–0.3 to 0.5]	0.09 [–0.5 to 0.3]	Study site	0.4	6.99	0.851
T0	3.8 (1.1)	3.6 (1.0)			Group	0.4	1.99	0.526
T1	4.1 (1.1)	3.9 (1.1)			Time	3.6	4.104	0.008
T2	4.4 (1.1)	4.1 (1.0)			Group × Time	2.0	4.104	0.105
T3	4.3 (1.1)	4.0 (1.1)						
T4	4.2 (1.1)	4.4 (1.1)						
T5	4.3 (1.2)	4.3 (1.1)						

Note: IDS-C, Inventory of Depressive Symptomatology – Clinician rated; YMRS, Young Mania Rating Scale; STAI, State-trait Anxiety Inventory; FAST, Functioning Assessment Short Test; MHC, Mental Health Continuum; RRS-br, Ruminative Response Scale – brooding subscale; RPA, Responses to Positive Affect; FFMQ, Five Facet Mindfulness Questionnaire; SCS, Self Compassion Scale
Bold means that there is a significant group × time interaction.

Moderatie-analyses

Deelnemers met een hogere ernst van depressieve symptomen op baseline hadden minder depressieve symptomen op T1 in MBCT + TAU vergeleken met TAU ($F(1112) = 11,161$, 95% CI [0,19-0,77], $d = 0,56$, $p = 0,001$; Zie online Supplement 6). Verder hadden deelnemers met een hogere functionele beperking op baseline minder depressieve symptomen op T1 in MBCT + TAU vergeleken met TAU ($F(1111) = 4,204$, 95% CI [0,01-0,65], $d = 0,34$, $p = 0,043$; zie online supplement 7). Er werden geen andere moderatoren van het behandelresultaat gevonden. Vergelijkbare resultaten werden gevonden in de loop van 15 maanden follow-up en in de PP-steekproef.

(Ernstige) bijwerkingen

Tijdens de follow-up ervoeren drie deelnemers aan MBCT + TAU en drie deelnemers aan TAU SAE's. In de MBCT + TAU-groep waren deze SAE's: hartaanval ($n = 1$), medicijnvergiftiging ($n = 1$) en zelfmoord ($n = 1$). In de TAU-groep waren de SAE's: chirurgie ($n = 2$, slokdarm en onbekend) en klinische opname vanwege ernstige depressieve episode ($n = 1$). Na beoordeling door de medisch-ethische commissie werden alle SAE's geacht geen verband te houden met de studie of MBCT. In totaal rapporteerden 25 (35%) deelnemers aan MBCT + TAU en 20 (28%) deelnemers aan TAU AEs. Deze AEs werden verdeeld in twee hoofdcategorieën, namelijk somatische ziekte / fysieke pijn (bijv. coronavirus, griep, migraine) (MBCT + TAU: $n = 23$; TAU: $n = 17$), en bijwerkingen van medicatie (MBCT + TAU: $n = 4$; TAU: $n = 6$). Zie Hanssen et al. (2021a) voor een volledig overzicht van gerapporteerde moeilijke ervaringen tijdens MBCT.

Discussie

Belangrijkste bevindingen

De huidige RCT toonde aan dat MBCT + TAU niet effectiever was dan TAU in het verminderen van huidige depressieve symptomen in de gehele steekproef. Verkennende moderatie-analyses toonden echter aan dat deelnemers met hogere depressieve symptomen en meer functionele beperkingen op baseline voordeel hadden van MBCT wat betreft hun verbetering van depressieve symptomen, zowel na de behandeling als tijdens de 15 maanden durende follow-up periode. Tijdens de follow-up vertoonden de deelnemers in de TAU-conditie een positievere mentale gezondheid en minder angst dan degenen die MBCT + TAU kregen. Op de korte en lange termijn toonde MBCT + TAU hogere niveaus van mindfulness vaardigheden. Tijdens de follow-up toonde TAU echter een sterkere toename in mindfulness vaardigheden dan MBCT + TAU. Mogelijk hielden deelnemers in de TAU-conditie zich ook bezig met mindfulness, bijvoorbeeld door het gebruik van meditatie-apps, wat hun verbetering zou kunnen verklaren. Er waren geen andere verschillen tussen de groepen.

Onze bevinding dat MBCT gemiddeld genomen de depressieve symptomen niet verminderde, staat in contrast met eerdere studies naar effectiviteit van MBCT bij unipolaire depressie (Kuyken et al., 2016). Een verklaring zou kunnen zijn dat deelnemers aan de huidige studie relatief milde depressieve symptomen vertoonden op baseline, waardoor er weinig ruimte was voor verbetering. Uit exploratieve

moderatie-analyses bleek inderdaad dat deelnemers met hogere depressieve symptoomniveaus op baseline meer profiteerden van MBCT in vergelijking met TAU. Dit is in lijn met een studie naar een online mindfulness-gebaseerde interventie bij BD (Murray et al., 2021) en een online zelfmanagement interventie bij BD (Gliddon et al., 2019). Op basis van deze bevindingen hoeven huidige depressieve symptomen dus geen exclusie criterium te zijn om deel te nemen aan een intensieve psychologische behandeling zoals MBCT. Verder bleek MBCT het risico op depressieve recidieven bij follow-up niet te verminderen, wat in tegenstelling is met eerdere studies bij unipolaire depressie (Kuyken et al., 2016), maar in lijn met andere RCT's bij mensen met BD (de Dios et al., 2021; Perich et al., 2013). Omdat er sprake was van loss to follow-up en deelnemers met actuele stemmingsepisodes op T0 werden geëxcludeerd uit de recidiefanalyse, was de resulterende power mogelijk onvoldoende om dit te detecteren. Bovendien zou het, gezien het hoge recidiefrisico bij BD ondanks verschillende evidence-based behandelopties, ook belangrijk kunnen zijn om te focussen op de ernst en duur van episodes in plaats van alleen op het recidiefrisico. Onze bevindingen laten zien dat MBCT de duur van de eerste depressieve recidief verminderde, wat een belangrijke indicator zou kunnen zijn dat MBCT een beschermend effect heeft op de algehele impact van recidief. Bovendien kunnen mensen met BD last hebben van aanhoudende veranderingen in psychosociaal functioneren tot een jaar na remissie (Rosa et al., 2010). Dit benadrukt de behoefte aan psychologische interventies gericht op het verbeteren van functionele uitkomsten in deze groep. Onze exploratieve bevindingen laten zien dat deelnemers met hogere functionele beperkingen op baseline meer baat hadden bij MBCT. Aangezien dit de eerste RCT is die mogelijke gunstige effecten van MBCT op het functioneren bij BD laat zien, is het belangrijk deze bevindingen te repliceren.

Beperkingen

Er zijn verschillende beperkingen die vermeld moeten worden. Ten eerste hebben we geen gegevens van deelnemers die hun deelname hebben geweigerd. Ten tweede vereiste de COVID-19 pandemie enkele aanpassingen aan onze studie. We stopten de rekrutering vroegtijdig, twee MBCT-groepen moesten overschakelen naar een online format en follow-upbeoordelingen moesten telefonisch worden uitgevoerd. Omdat er echter geen verschillen waren tussen deze groepen op uitkomsten, verwachten we dat de impact van deze veranderingen minimaal was. Ten derde, ook al hebben we een follow-up periode van 15 maanden opgenomen, kan dit nog steeds te kort zijn om het effect van een interventie vast te leggen. Een langere studieduur zou nodig kunnen zijn om effecten van mindfulness op het patroon van stemmingswisselingen op de lange termijn vast te leggen. Ten vierde zou de steekproefomvang niet groot genoeg kunnen zijn om statistische modellen adequaat toe te passen. Daarom moeten de resultaten van de moderatie-analyse als voorlopig worden beschouwd. Ten vijfde zou de beperkte effectiviteit van de huidige studie te wijten kunnen zijn aan het feit dat meer dan 50% van onze deelnemers les kregen van mindfulness leraren die werden geclassificeerd als 'beginner' of 'gevorderde beginner'. Dit was ook gerelateerd aan een schaarste aan mindfulness leraren in de expertisecentra voor BD, wat ook een weerspiegeling is van de huidige klinische praktijk.

Implicaties voor onderzoek

Deze studie geeft aan dat MBCT niet gunstig is voor alle mensen met BD, maar dat het vooral nuttig kan zijn voor mensen met ernstigere depressieve symptomen en functionele beperkingen op baseline. In tegenstelling tot Scott e.a. (2006), volgens wie CGT minder effectief leek te zijn bij mensen met BD die meer dan 12 stemmingsepisodes doormaakten, vonden wij niet dat MBCT minder effectief was in deze groep. Vooral voor deze laatste categorie mensen met BD zou MBCT een leemte kunnen opvullen in de beschikbare effectieve psychotherapeutische interventies. Omdat slechts een klein aantal deelnemers matig tot ernstig depressief of functioneel beperkt was in de huidige studie, is het belangrijk dat toekomstig onderzoek deze bevindingen repliceert, bijvoorbeeld door een cut-off voor de ernst van depressieve symptomen op te nemen. Het bepalen van de werkzaamheid van MBCT in subgroepen met bepaalde profielen zou kunnen helpen om de behoefte aan gepersonaliseerde behandelingsopties bij BD aan te pakken. Dit zou overeenkomen met bevindingen in een recente netwerkmeta-analyse, die aantonen dat toegevoegde psychotherapie de beste optie is voor het stabiliseren van episodes en het voorkomen van recidieven bij BD, hoewel tegelijkertijd heterogeniteit in studiepopulaties deze bevindingen temperen (Miklowitz et al., 2021). Omdat deelnemers aan onze kwalitatieve studie bovendien aangaven dat ze het gebrek aan vervolgssessies als een barrière ervoeren om hun meditatiepraktijk vol te houden (Hanssen et al., 2021b), zou toekomstig onderzoek moeten nagaan of het opnemen van boostersessies na MBCT de therapietrouw en effectiviteit op de lange termijn verhoogt. Bovendien kan het gebruik van sporadische momentbeoordelingen door middel van interviews en zelfrapportagevragenlijsten bij een sterk recidiverende en wisselende stoornis zoals BD twijfelachtig zijn. Ervaringsrapportages ('experience sampling methods', ESM) zouden een adequatere weergave kunnen geven van het effect van een interventie op de symptoombeleving in het dagelijks leven (Verhagen, Hasmi, Drukker, van Os, & Delespaul, 2016). Het zou de moeite waard kunnen zijn om ESM-maten op te nemen in toekomstige studies naar MBCT bij BD, vooral omdat dit een groep is waarvan het dagelijks leven vaak ernstig verstoord wordt door stemmingssymptomen en veranderingen in psychosociaal functioneren. Dit zou ook de mogelijkheid kunnen bieden om niet alleen het aantal recidiven te meten, maar ook de ernst en duur van het recidief. Bovendien is het belangrijk dat toekomstige onderzoeken niet alleen uitkomstmaten bevatten gericht op klinisch herstel, maar ook op functioneel, sociaal en persoonlijk herstel, zoals kwaliteit van leven. Toekomstig onderzoek zou daarom niet alleen gericht moeten zijn op de vraag of MBCT effectief is bij mensen met BD, maar ook in welke fase van de stoornis zij het meeste baat zouden kunnen hebben. Tot slot zouden toekomstige mediatie-, moderatie-, neuroimaging- en cognitieve experimentele studies nuttig kunnen zijn bij het identificeren van specifieke individuele profielen en werkingsmechanismen van MBCT bij mensen met BD. Dit zal nuttig zijn bij het optimaliseren van MBCT voor BD en het vergemakkelijken van het besluitvormingsproces voor een succesvolle implementatie van MBCT in behandelingsrichtlijnen voor BD.

Toekomstige richtingen

De huidige bevindingen suggereren dat MBCT veilig kan worden toegepast bij mensen met BD met huidige depressieve symptomen en functionele beperkingen. De huidige stand van bewijsvoering is echter onvoldoende om MBCT op te nemen in de

huidige behandelrichtlijnen. Toekomstig onderzoek is nodig om te kunnen bepalen of en wanneer MBCT het meest effectief is bij mensen met BD.

Aanvullend materiaal. Het aanvullende materiaal voor dit artikel is te vinden op <https://doi.org/10.1017/S0033291723000090>.

Gegevens. De gegevens worden na publicatie beschikbaar gesteld in een openbare gegevensbank: Data Archiving and Networked Services (DANS).

Dankwoord. De auteurs willen graag de deelnemers aan dit onderzoek bedanken en alle mindfulnessleraren en onderzoeksassistenten die betrokken waren bij het verzamelen van gegevens.

Bijdragen van de auteur.

Concept en ontwerp: I. Hanssen, M. Huijbers, A. Speckens, R. Kupka, M. Lochmann van Bennekom, E. Regeer, A. Stevens;

Verwerving, analyse of interpretatie van gegevens: I. Hanssen; *Opstellen van het manuscript:* I. Hanssen;

Kritische revisie van het manuscript op belangrijke intellectuele inhoud: M. Huijbers, A. Speckens, R. Kupka, E. Regeer, M. Lochmann van Bennekom, A. Stevens, E. Boere, R. Hoenders, P. van Dijk, & R. Havermans;

Statistische analyse: I. Hanssen;

Verkregen financiering: M. Huijbers & A. Speckens;

Administratieve, technische of materiële ondersteuning: I. Hanssen & M. Huijbers;

Supervisie: M. Huijbers, A. Speckens, R. Kupka, E. Regeer & M. Lochmann van Bennekom.

Financiële ondersteuning. Dit onderzoek werd gefinancierd door ZonMw, de Nederlandse Organisatie voor Gezondheidsonderzoek en Ontwikkeling (Subsidienummer: 843002803).

Belangenverstrengeling. A. Speckens en M. Huijbers ontvingen subsidies van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek tijdens de uitvoering van deze studie. A. Speckens is directeur van het Radboudumc Centrum voor Mindfulness, afdeling psychiatrie. M. Huijbers en I. Hanssen zijn mindfulness docenten bij het Radboudumc Centrum voor Mindfulness. Er zijn geen andere onthullingen te melden.

Referenties

- Akkerhuis, G. W. (1997). *Vertaling IDS*. Utrecht, The Netherlands: H.C. Rümke Groep.
- Altman, S., Haeri, S., Cohen, L. J., Ten, A., Barron, E., Galynker, I. I., & Duhamel, K. N. (2006). Predictors of relapse in bipolar disorder: A review. *Journal of Psychiatric Practice*, 12(5), 269–282.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... Desmond, D. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27(2), 169–190.

- Bohlmeijer, E., ten Klooster, P. M., Fledderus, M., Veehof, M., & Baer, R. (2011). Psychometric properties of the five facet mindfulness questionnaire in depressed adults and development of a short form. *Assessment*, 3, 308–320. doi: 10.1177/1073191111408231.
- Bojic, S., & Becerra, R. (2017). Mindfulness-based treatment for bipolar disorder: A systematic review of the literature. *Europe's Journal of Psychology*, 13(3), 573.
- Borm, G. F., Fransen, J., & Lemmens, W. A. (2007). A simple sample size formula for analysis of covariance in randomized clinical trials. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(12), 1234–1238.
- Chu, C., Stubbs, B., Chen, T., Tang, C., Li, D., Yang, W., ... Miklowitz, D. J. (2018). The effectiveness of adjunct mindfulness-based intervention in treatment of bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 225, 234–245.
- Deckersbach, T., Holzel, B. K., Eisner, L. R., Stange, J. P., Peckham, A. D., Dougherty, D. D., ... Nierenberg, A. A. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy for nonremitted patients with bipolar disorder. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 18(2), 133–141. doi:10.1111/j.1755-5949.2011.00236.x.
- de Dios, C., Carracedo-Sanchidrián, D., Bayón, C., Rodríguez-Vega, B., Bravo-Ortiz, M.-F., González-Pinto, A. M., ... Group, B. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy versus psychoeducational intervention in bipolar outpatients: Results from a randomized controlled trial. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 1–15. doi: S1888989121000951.
- EDC., C. E. D. C. C. (2019). Castor Electronic Data Capture (Castor EDC). Retrieved from <https://www.castoredc.com/>.
- Feldman, G. C., Joormann, J., & Johnson, S. L. (2008). Responses to positive affect: A self report measure of rumination and dampening. *Cognitive Therapy and Research*, 32(4), 507–525. doi:10.1007/s10608-006-9083-0.
- Ferrari, A. J., Stockings, E., Khoo, J., Erskine, H. E., Degenhardt, L., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2016). The prevalence and burden of bipolar disorder: Findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Bipolar Disorders*, 18(5), 440–450.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured clinical interview for the DSM-IV axis I disorders (SCID-I)*. New York: Biometric Research.
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2016). *Structured clinical interview for DSM-5 disorders, clinician version (SCID-5-CV)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Gliddon, E., Cosgrove, V., Berk, L., Lauder, S., Mohebbi, M., Grimm, D., ... Suppes, T. (2019). A randomized controlled trial of MoodSwings 2.0: An internet-based self-management program for bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 21(1), 28–39.
- Godfrin, K., & van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 738–746.
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 59, 52–60. doi:10.1016/j.cpr.2017.10.011.

- Hakkaart, V. R. L., Van Straten, A., Donker, M., & Tiemens, B. (2002). *Trimbos/iMTA questionnaire for costs associated with psychiatric illness (TIC-P)*. Trimbos: Institute for Medical Technology Assessment.
- Hanssen, I., Huijbers, M. J., Lochmann-van Bennekom, M., Regeer, E., Stevens, A., Evers, S., ... Speckens, A. (2019). Study protocol of a multicenter randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy and treatment as usual in bipolar disorder. *BMC Psychiatry*, 19(130), 1–10. doi:10.1186/s12888-019-2115-6.
- Hanssen, I., Scheepbouwer, V., Huijbers, M., Regeer, E., Lochmann van Bennekom, M., Kupka, R., & Speckens, A. (2021a). Adverse or therapeutic? A mixed-methods study investigating adverse effects of mindfulness-based cognitive therapy in bipolar disorder. *PLoS One*, 16 (11), e0259167.
- Hanssen, I., van der Horst, N., Boele, N., Lochmann van Bennekom, M., Regeer, E., & Speckens, A. (2021b). The feasibility of mindfulness-based cognitive therapy for people with bipolar disorder: A qualitative study. *International Journal of Bipolar Disorders*, 8, 2–12. doi: 10.1186/s40345-020-00197-y.
- IBM Corp. (2017). *IBM SPSS statistics for windows, version 25.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Judd, L. L., Schettler, P. J., Akiskal, H. S., Maser, J., Coryell, W., Solomon, D., Keller, M. (2003). Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 6(2), 127–137.
- Kupka, R. W., Goossens, P., van Bendegem, M., Daemen, P., Daggenvoorde, T., Daniels, M., ... Stevens, A. (2015). *Multidisciplinaire Richtlijn Bipolaire Stoornissen (derde herziene versie)*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Kuyken, W., Warren, F., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., ... Dalgleish, T. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*, 73(6), 565–574. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0076.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., ... Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1105–1112. doi:10.1016/j.brat.2010.08.003.
- Lamers, S., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99–110. doi:10.1002/jclp.20741.
- Lovas, D. A., & Schuman-Olivier, Z. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 240, 247–261. doi:10.1016/j.jad.2018.06.017.
- Miklowitz, D. J., Efthimiou, O., Furukawa, T. A., Scott, J., McLaren, R., Geddes, J. R., & Cipriani, A. (2021). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: A systematic review and component network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 78(2), 141–150.
- Murray, G., Thomas, N., Michalak, E. E., Jones, S. H., Lapsley, S., Bowe, S. J., Johnson, S. L. (2021). Mindfulness-based online intervention to improve quality of life in late-stage bipolar disorder: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(10), 830.

- Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
- Perich, T., Manicavasagar, V., Mitchell, P. B., Ball, J. R., & Hadzi-Pavlovic, D. (2013). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(5), 333–343. doi:10.1111/acps.12033.
- Raes, F., Hermans, D., & Eelen, P. (2003). De Nederlandstalige versie van de Ruminative Response Scale (RRS-NL) en de Rumination on Sadness Scale (RRS-NL). *Gedragstherapie*, 36, 97–104.
- Rosa, A., Martínez-Aran, A., Torrent, C., Vieta, E., Kapczinski, F., Colom, F., Reinares, M. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(1), 5. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-3-5>.
- Rosa, A., Reinares, M., Michalak, E. E., Bonnín, C. M., Sole, B., Franco, C., Vieta, E. (2010). Functional impairment and disability across mood states in bipolar disorder. *Value in Health*, 13(8), 984–988.
- Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kinderman, P., Johnson, T., ... Hayhurst, H. (2006). Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 188(4), 313–320. doi:10.1192/bjp.188.4.313.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- van Aalderen, J. R., Donders, A. R., Giommi, F., Spinhoven, P., Barendregt, H. P., & Speckens, A. E. (2012). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(5), 989–1001. doi:10.1017/S0033291711002054.
- Van der Ploeg, H. (2000). *Een Nederlandse bewerking van de Spielberger state-trait anxiety inventory*. Lisse, the Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- van der Velden, A. M., Roepstorff, A., Mia, S., Fjorback, L. O., Sumbundu, A., Piet, J., Kuyken, W. (2022). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for recurrent depression: A Danish population study.
- Verhagen, S. J., Hasmi, L., Drukker, M., van Os, J., & Delespaul, P. A. (2016). Use of the experience sampling method in the context of clinical trials. *Evidence-Based Mental Health*, 19(3), 86–89.
- World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Switzerland: World Health Organization.
- Xuan, R., Li, X., Qiao, Y., Guo, Q., Liu, X., Deng, W., ... Zhang, L. (2020). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 290, 113116.
- Young, R., Biggs, J., Ziegler, V., & Meyer, D. (1978). A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133, 429–435.

De temporele dynamiek van dagelijkse stress, affect en verschillende affectregulerende processen bij patiënten met chronische stemmings- en angststoornissen voor en na een mindful yoga interventie

Nina K. Vollbehr*, Sanne H. Booij, H.J. Rogier Hoenders, Brian D. Ostafin, Agna A. Bartels-Velthuis

Samenvatting

Achtergrond en Doelstellingen

Patiënten met chronische stemmings- en angststoornissen ervaren veel stressoren in hun leven en zijn reactiever op deze stressoren. Hoewel mindful yoga stressreactiviteit kan verminderen, is er weinig bekend over de betrokken affectregulatiemechanismen, zoals herhaald negatief denken, angst voor emoties, handelen met bewustzijn en lichaamsbewustzijn.

Ontwerp en Methoden

12 patiënten met chronische stemmings- en angststoornissen vulden met behulp van ervaringssteekproeven gedurende 15 dagen vijf dagelijkse onderzoeken in voorafgaand en na een 9 weken durende mindful yoga interventie. Er werden onderbroken tijdreeksanalyses gebruikt om de gemiddelde verandering van voor tot na de interventie te beoordelen, en vector autoregressieve modellen om de verandering in de temporele associaties te beoordelen.

Resultaten

De meeste individuen ervoeren positieve veranderingen in affect en in affectregulatie. Bij de meeste deelnemers veranderde de angst voor emoties (67%) van voor tot na de interventie, gevolgd door handelen met bewustzijn (58%), lichaamsbewustzijn (58%) en herhaald negatief denken (50%). In de dynamische relaties tussen stressoren, de vier affectregulatieprocessen en affect, waren er individuele verschillen in de mate en in de manier van veranderen.

* Corresponderende auteur: Nina K. Vollbehr, n.vollbehr@lentis.nl

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

Conclusies

Na een mindful yoga interventie verbeterde het affect en verschillende affectregulatieprocessen bij de meeste deelnemers. Het lijkt ingewikkelder te zijn deze verandering te bereiken te midden van de stress in het dagelijks leven.

Registratie onderzoek

ISRCTN-register (studie-ID ISRCTN13612864).

Trefwoorden

Chronische stemmings- en angststoornissen, Mindful yoga, Tijdreeksanalyse, Dagboek, Affectregulatieprocessen

Inleiding

Stress (reactiviteit) bij chronische stemmings- en angststoornissen

Bijna de helft van de bevolking krijgt in zijn leven te maken met een stemmings- of angststoornis [1]. Voor veel mensen hebben deze stoornissen een chronisch beloop [2]. Recent onderzoek heeft gemeenschappelijke factoren in plaats van verschillen tussen stemmings- en angststoornissen benadrukt, zoals onderliggende transdiagnostische processen die betrokken zijn bij het ontstaan en in stand houden van beide stoornissen [3-5]. Eén zo'n transdiagnostisch proces is stressreactiviteit: individuen met chronische stemmings- en angststoornissen zijn gevoeliger voor stressoren. Zo zijn depressieve symptomen in verband gebracht met een verhoogde negatieve affectieve respons op stress [6], en reageren zowel individuen met stemmings- als met angststoornissen met een verhoogde angstige stemming op dagelijkse negatieve gebeurtenissen in het leven [7]. Bovendien lijkt een verhoogde reactiviteit op stress aanhoudende of verergerende symptomen van angst en depressie te voorspellen [8]. Deze studies suggereren dat individuen met chronische stemmings- en angststoornissen reactiever zijn op stressoren en dat een dergelijke reactiviteit slechte langetermijnresultaten voorspelt. Daarom is het van groot belang om manieren te vinden om de affectieve reactiviteit op stressoren bij chronische stemmings- en angststoornissen te verminderen.

Mindful yoga als interventie tegen stressreactiviteit

Mindful yoga is een mogelijke manier om de reactiviteit op stressoren te verminderen, door de combinatie van yogahoudingen, ademhaling en meditatieve technieken met een focus op het ontwikkelen van een mindful bewustzijn van lichamelijke sensaties, emoties en gedachten. Deze componenten blijken stress te verminderen bij gezonde volwassenen [9-11]. Bij gezonde volwassenen hebben yoga-interventies geleid tot verminderde subjectieve gevoelens van stress [12], en bij gezonde volwassenen en individuen met somatische of psychiatrische aandoeningen bleek yoga stressgerelateerde fysiologische parameters te verbeteren [13]. Deze resultaten wijzen erop dat mindful yoga stressreactiviteit kan verbeteren. Er is weinig bekend over de affectregulatieprocessen waardoor mindful yoga stressreactiviteit zou kunnen verminderen. Theoretisch gezien zou mindful yoga stressreactiviteit kunnen verminderen door mechanismen aan te pakken die

geassocieerd zijn met stressreactiviteit en betrokken zijn bij het in stand houden van symptomen van depressie en angst. Eén zo'n mogelijk proces is herhaald negatief denken, gedefinieerd als "overmatig en repetitief denken over [...] huidige zorgen, problemen, ervaringen uit het verleden of zorgen over de toekomst" [14]. Daarvan is aangetoond dat het bijdraagt aan het in stand houden van zowel depressie als angst [14,15], en dat het betrokken is bij de relatie tussen stress en symptomen van depressie en angst [16]. Een tweede mogelijk proces is angst voor emoties, wat een angst is voor "het verlies van controle over je emoties en je reactie op die emoties" [17]. Daarvan is aangetoond dat het geassocieerd wordt met copingstrategieën zoals onderdrukking en vermijding. Van deze strategieën is vastgesteld dat ze zowel stemmings- als angststoornissen in stand houden [18], en geassocieerd zijn met een hogere stressreactiviteit [19]. Een derde potentieel proces is handelen met bewustzijn, een aspect van mindfulnessvaardigheden, gedefinieerd als "versterkte aandacht voor en bewustzijn van de huidige ervaring of realiteit" [20]. Handelen met bewustzijn blijkt negatief samen te hangen met stressreactiviteit [21]. Het blijkt ook de relatie tussen levensmoeilijkheden en symptomen van depressie te matigen [22], en geassocieerd te zijn met zowel symptomen van depressie als angst [23]. Een vierde potentieel proces is lichaamsbewustzijn, het vermogen om interne lichamelijke signalen te herkennen en adequaat te reageren op deze sensaties, waarbij een niet-oordelende observatie van de signalen een belangrijke factor is [24]. Van deze accepterende houding werd aangetoond dat het een beschermende factor is in stressreactiviteit [25], en dat het de relatie tussen mindfulness training en symptomen van depressie en angst medieert [26]. Samenvattend zouden deze vier affectregulerende processen, betrokken bij stressreactiviteit en geassocieerd met symptomen van zowel stemmings- als angststoornissen, beïnvloed kunnen worden door mindful yoga.

Initiële experimentele studies hebben inderdaad bewijs gevonden dat yoga-interventies elk van de voorgestelde affectregulatieprocessen kunnen veranderen. Deelnemers aan yoga rapporteren met name minder piekeren [27], minder vermijding en onderdrukking [28], meer handelen met bewustzijn [29] en meer lichaamsbewustzijn [30]. Het meeste bestaande bewijs is echter afkomstig van onderzoeken met niet-klinische steekproeven of individuen met acute depressie en angst in plaats van een chronische vorm. Dit maakt het moeilijk om conclusies te trekken over individuen met chronische stemmings- en angststoornissen, en om het potentieel van yoga-interventies te bepalen om stressreactiviteit bij deze groep aan te pakken. Bovendien maakt bestaand onderzoek gebruik van cross-sectionele en experimentele designs met evaluaties voor en na de interventie. Daarom blijft er veel onduidelijk over de rol van deze processen in stressreactiviteit in het dagelijks leven. Om te onderzoeken of een mindful yoga-interventie stressreactiviteit verandert door middel van de voorgestelde factoren, is het belangrijk om deze processen in het dagelijks leven te beoordelen, in reactie op daadwerkelijke stressoren [31]. Dit kan gedaan worden met de ervaringsrapportage ('experience sampling method', ESM), een methode om moment-tot-moment veranderingen in emoties, ervaringen en gedragingen in het dagelijks leven in kaart te brengen, wat een hoge naturalistische validiteit oplevert [32]. Het beoordelen van dergelijke dynamieken op groepsniveau kan relevante individuele verschillen verdoezelen [33] en daarom kan een studie met ESM nuttig zijn.

Huidige studie

We onderzochten intrapersoonlijke temporele associaties tussen stressvolle ervaringen, negatief affect en vier affectregulatieprocessen vlak voor en na een negen weken durende mindful yoga-interventie. Met behulp van ESM werden deelnemers meerdere keren per dag gemeten, waardoor longitudinale intensieve tijdreeksgegevens werden gecreëerd. Dit maakt het mogelijk om temporele variaties binnen het individu te onderzoeken [33]. We stelden de hypothese dat er na de mindful yoga-interventie deelnemers zijn die een verbeterd affect vertonen (H1a), en dat er veranderingen ontstaan in de beschreven processen, waaronder minder herhaaldelijk negatief denken en angst voor emoties, en meer handelen met bewustzijn en lichaamsbewustzijn (H1b). We stelden ook de hypothese dat er individuen zullen zijn bij wie de temporele associaties tussen de variabelen zouden veranderen in gunstige richtingen (bv. een verzwakking van de positieve associatie tussen stressvolle ervaringen en herhaaldelijk negatief denken) (H2). Ter illustratie van H2 laat Fig. 1 (links) de voorgestelde dynamische verbanden zien vóór de mindful yoga-interventie, terwijl Fig. 1 (midden) dezelfde voorgestelde dynamische verbanden laat zien na de mindful yoga-interventie, en Fig. 1 (rechts) de verwachte veranderingen laat zien. Aan het begin van het onderzoek verwachtten we dat, wanneer zich een stressvolle gebeurtenis voerdeed, het herhaaldelijk negatief denken en de angst voor emoties zouden toenemen, en het handelen met bewustzijn en lichaamsbewustzijn zouden afnemen, wat zou leiden tot een lagere affectbalans (links). Na de interventie verwachtten we dat, in het geval van een stressvolle gebeurtenis, alle vier affectregulerende processen in een positieve richting zouden veranderen (d.w.z. herhaald negatief denken en angst voor emoties zouden niet erg toenemen, en handelen met bewustzijn en lichaamsbewustzijn zouden niet erg afnemen; midden), wat zou leiden tot een betere affectbalans. Kortom, in het geval van een stressvolle gebeurtenis zouden we verwachten dat herhaald negatief denken en angst voor emoties zouden zijn afgenomen na de mindful yoga-interventie, en dat handelen met bewustzijn en lichaamsbewustzijn zouden toenemen, wat zou leiden tot een betere affect balans (rechts).

In dit onderzoek was de focus op individuele verschillen belangrijk, omdat we ten minste drie bronnen van relevante heterogeniteit verwachtten die in een onderzoek op groepsniveau verborgen zouden kunnen blijven. Ten eerste is het, gezien het chronische karakter van de aandoeningen van de deelnemers, te verwachten dat niet alle individuen baat zullen hebben bij de interventie, zoals bij de meeste interventies het geval is [34]. Ten tweede bestaat mindful yoga uit verschillende componenten (bijv. verschillende yogahoudingen, ademhalings- en meditatie-oefeningen) die elk een ander effect kunnen hebben [34], en sommige deelnemers kunnen de voorkeur geven aan de ene oefening boven de andere. Ten derde richt mindful yoga zich op meerdere mogelijke mechanismen om stressreactiviteit te verminderen, en sommige individuen kunnen meer baat hebben bij één bepaald mechanisme, terwijl anderen baat kunnen hebben bij meerdere of alle mechanismen.

Methode

Deelnemers

Deze studie werd gepland en uitgevoerd volgens de richtlijnen van de CONSORT statement extension for N-of-1 trials [35]. Deelnemers werden geworven in november en december 2015 in het Centrum voor Integrale Psychiatrie van Lentis Psychiatrisch Instituut in Groningen, Nederland, een polikliniek waar voornamelijk patiënten met chronische stemmings- en angststoornissen worden geholpen.

Inclusiecriteria waren (1) het hebben van een stemmings- of angststoornis of posttraumatische stressstoornis (gebaseerd op DSM-IV aangezien DSM-5 nog niet in Nederland was geïntroduceerd), (2) een ziekte duur van ten minste twee jaar, (3) het ontvangen van huidige behandeling zoals gebruikelijk, (4) bereidheid om negen wekelijkse sessies mindful yoga bij te wonen, (5) vloeiend Nederlands spreken, en (6) ≥ 18 jaar zijn. Exclusiecriteria waren (1) acute suïcidaliteit, (2) psychotische symptomen en (3) middelenmisbruik. Patiënten

die aan de inclusiecriteria voldeden, werden door hun therapeuten uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Schriftelijke geïnformeerde toestemming werd verkregen van alle deelnemers aan het onderzoek. Na het verkrijgen hiervan vulden de deelnemers de vragenlijsten in en kregen ze uitleg over de dagelijkse dagboekprocedure (en smartphone, indien nodig).

Voorgestelde dynamische verbanden voor (links) en na (midden) de mindful yoga-interventie en verwachte veranderingen (rechts). NB: een rode pijl staat voor een verwachte negatieve associatie; groen staat voor een verwachte positieve associatie; oranje staat voor een verwachte negatieve associatie die positief veranderd wordt; dikkere pijlen staan voor sterkere associaties. (Voor interpretatie van de kleurverwijzingen in deze figuurlegenda wordt de lezer verwezen naar de webversie van dit artikel).

Vijftien deelnemers deden mee aan het onderzoek, van wie er twaalf de interventie en ten minste 60 van de 75 dagelijkse dagboekmetingen vóór en na de interventie voltooiden. Drie deelnemers haakten af vanwege respectievelijk ziekenhuisopname, gebrek aan motivatie en somatische aandoeningen. De Medisch Ethische Commissie van het Universitair Medisch Centrum Groningen oordeelde dat het studieprotocol was vrijgesteld van toetsing door de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO) omdat het een niet-gerandomiseerde open studie betrof (registratienummer 2015/387). De studie is geregistreerd in het ISRCTN register (ISRCTN13612864).



individueen met stemmings- en angststoornissen, eerder getest in een pilotstudie [37]. Op dit moment is er nog geen informatie beschikbaar over de optimale duur van een yoga interventie [38]. Daarom was de duur en frequentie van de mindful yoga interventie gebaseerd op vergelijkbare mindfulness-gebaseerde trainingsprotocollen, die effectief zijn bevonden in het verminderen van depressie bij volwassenen [10]. Daarnaast kwam de mindful yoga-interventie overeen met de duur en frequentie van yoga-interventies voor (mentale) gezondheidsaandoeningen gebruikt in eerdere studies [38]. De interventie was geseculariseerd, in die zin dat verwijzingen naar de hindoeïstische achtergrond van yoga werden weggelaten. De deelnemers werden geïnformeerd over deze achtergrond, maar kregen informatie dat de interventie zou bestaan uit ademhalingsoefeningen, yogahoudingen en meditatie-oefeningen, zonder verwijzing naar de religieuze achtergrond of andere ethische of filosofische opvattingen die deel uitmaken van traditionele yoga. De eerste auteur (een psycholoog en een Registered Yoga Teacher 200 met meer dan tien jaar yoga-ervaring en meer dan twee jaar ervaring als yogadocent) gaf de sessies. Deelnemers ontvingen een handleiding met wekelijkse huiswerk oefeningen en video's. We adviseerden dagelijkse 30-45 minuten thuis te oefenen; dit werd echter niet bijgehouden. Indien nodig werden houdingen aangepast (bijv. geen volledige staande voorwaartse buiging voor een deelnemer met hoge bloeddruk). Materialen die nodig waren om yogahoudingen aan te passen waren beschikbaar. Meer gedetailleerde informatie over de interventie is elders gepubliceerd [37]. Omdat de yogadocente ook betrokken was als onderzoeker, was zij op geen enkel meetmoment betrokken geweest bij de screening of het verzamelen van gegevens. Na de interventie werd de deelnemers gevraagd om de mindful yoga-interventie te evalueren in termen van (1) algehele kwaliteit en (2) kwaliteit van de docent (beide op een schaal van 1-10). Daarnaast inventariseerden we hoeveel de deelnemers hadden geoefend en gebruikten we verschillende vragen om te beoordelen of de mindful yoga-interventie inderdaad leidde tot meer mindfulness. We inventariseerden de twee belangrijkste facetten van mindfulness: bewustzijn en een niet-oordelende en accepterende houding [39]. Voor het eerste aspect (bewustzijn) gebruikten we drie vragen om het bewustzijn van (1) lichamelijke sensaties, (2) gevoelens en (3) gedachten en gedragsneigingen te beoordelen. Voor het tweede aspect (niet-oordelende en accepterende houding) gebruikten we drie vragen om de acceptatie/niet-beoordelen van (1) zichzelf, (2) innerlijke ervaringen, en (3) in welke mate een deelnemer in staat was om een niet-oordelende houding in het hier en nu te handhaven, te inventariseren. Voor al deze vragen gebruikten we een 5-punts Likert-schaal variërend van (1) helemaal mee eens tot (5) helemaal mee oneens.

Maatregelen

Vragenlijsten

De baselinemeting bestond onder andere uit het inventariseren van demografische gegevens. Informatie over diagnose, ziekte duur en huidige behandelingsduur werd uit het medisch dossier van elke deelnemer gehaald. Het affect bij aanvang en na afloop van de interventie werd gemeten met de Depression, Anxiety and Stress Scales-short form, een vragenlijst met 21 items [40]. Deelnemers werd gevraagd om de manier waarop ze zich de afgelopen week voelden te beoordelen op een 4-punts Likert-schaal, variërend van nooit (0) tot bijna altijd (3). De schaal vertoonde een goede interne consistentie (Cronbach's $\alpha = 0,91$).

Dagelijkse beoordelingen

Omdat gebleken is dat kortere dagboeken tot een betere naleving leiden [41], besloten we acht affectitems, één stressitem en twee items voor elk affectregulatieproces op te nemen. Deelnemers werd gevraagd om deze items te beoordelen op een 7-punts Likert-schaal, variërend van 1 (helemaal niet) tot 7 (heel erg veel), behalve voor het stressitem, waarvoor we een schaal van -3 (zeer ontspannen) tot 3 (zeer stressvol) gebruikten.

Om een indicatie te krijgen van de samengestelde betrouwbaarheid van de domeinscores van positief en negatief affect en elk van de affectregulatieprocessen, berekenden we de intrapersoonlijke omega (ω) met de functie 'omegaSEM' van het R-pakket 'multilevelTools' [42], dat rekening houdt met de multilevelstructuur van de data [43]. Omdat er een gebrek aan overeenstemming bestaat wat betreft de beste manier om betrouwbaarheid te beoordelen voor constructen met twee items [44], berekenden we bovendien de Spearman-Brown correlaties van de persoonsgerichte gemiddelden voor de affectregulerende processen.

Affect. Affect items waren 'somber', 'vermoeid', 'angstig', 'rusteloos', 'energiek', 'vrolijk', 'ontspannen' en 'kalm'. Deze werden gekozen langs twee bipolaire dimensies van affect: onaangenaam - aangenaam en gedeactiveerd - geactiveerd [45] met de hoogste factorladingen van de Profile of Mood States Short Form [46] en de schaal voor laag negatief affect van Watson en Tellegen [47]. De intrapersoonlijke ω was 0,712 (95 % CI [0,685, 0,740]) voor de positief (een construct waarvan is gevonden dat het samenhangt met dagelijkse emotionele ervaring [48]) berekend door de positieve affectitems af te trekken van de negatieve affectitems, waarbij een positieve score duidt op meer positief affect.

Stressvolle gebeurtenissen. Stressvolle gebeurtenissen werden beoordeeld met één item: "Denk aan de belangrijkste gebeurtenis die heeft plaatsgevonden sinds het laatste meetmoment (of sinds het opstaan [voor het eerste meetmoment van de dag]). Hoe stressvol was deze gebeurtenis?".

Herhaald negatief denken. Herhaald negatief denken werd beoordeeld met een item uit de Perseverative Thinking Questionnaire [49], aangepast om de focus op negatieve gedachten weer te geven: "Er gaan veel negatieve gedachten door mijn hoofd". Het andere item kwam uit de Penn State Worry Questionnaire [50]: "Ik maak me veel zorgen". De intrapersoonlijke ω was 0,788 (95 % CI [0,762, 0,813]). De Spearman-Brown correlatie van het persoonsgerichte gemiddelde was 0,681.

Angst voor emoties. Gezien het gevoel geen controle te hebben over de eigen emoties [17] en ervaringsvermijding [51] (evenals het tegenovergestelde, acceptatie van emoties) beide aspecten zijn van angst voor emoties, besloten we dit construct te operationaliseren door beide aspecten te gebruiken. Daarom werd angst voor emoties geïnventariseerd met één item dat focust op de angst om de controle over emoties te verliezen [17]: "Ik voel me overweldigd door mijn emoties", en één item dat zich richt op het accepteren van bewustzijn van emoties [39]: "Ik accepteer hoe ik me voel". De waarden van het tweede item werden gehercodeerd, zodat een hogere score meer angst voor emoties betekende. De intrapersoonlijke ω was 0,540 (95 % CI [0,484, 0,595]). De Spearman-Brown correlatie van het persoonsgerichte gemiddelde was 0,326.

Handelen met bewustzijn. Voor handelen met bewustzijn selecteerden we twee items uit de Mindful Attention and Awareness Scale met een hoge factorlading [52]: “In de afgelopen periode deed ik taken en boodschappen automatisch, zonder me bewust te zijn van wat ik deed” en “In de afgelopen periode leefde ik in het moment”. De waarden van het eerste item werden gehercodeerd, zodat een hogere score meer handelen met bewustzijn betekende. De intrapersoonlijke ω was 0,344 (95 % CI [0,263, 0,424]). De Spearman-Brown correlatie van het persoonsgerichte gemiddelde was 0,296.

Lichaamsbewustzijn. Lichaamsbewustzijn werd geïnventariseerd met twee items uit de Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness [24]. Het eerste item weerspiegelde het opmerken van innerlijke gewaarwordingen: “In de afgelopen periode was ik me bewust van dingen die in mijn lichaam gebeurden, bijvoorbeeld spanning, emotionele reacties of andere sensaties”. Het tweede item richtte zich op belichaming: “De afgelopen periode voelde ik me thuis in mijn lichaam”. De intrapersoonlijke ω was 0,062 (95 % CI [-0,051, 0,174]). De Spearman-Brown correlatie van het persoonsgerichte gemiddelde was 0,127.

Behandeling zoals gebruikelijk

Omdat dit een open studie was, verzamelden we informatie uit de medische dossiers van de deelnemers om (1) veranderingen in diagnose of (2) veranderingen in behandeling of medicatie tijdens de studie te inventariseren.

Gegevensanalyse

Voor onze eerste hypothese werd de gemiddelde verandering in affect en de affectregulatieprocessen van voor tot na de interventie geëvalueerd met onderbroken tijdreeksanalyse (interrupted time series analysis) met behulp van ARMA-modellen (Autoregressive Moving Average), omdat deze modellen rekening houden met seriële afhankelijkheid en niet-stationariteit [53]. Hoewel onderbroken tijdreeksanalyse vaak wordt gebruikt voor het beoordelen van effecten op gemiddeld niveau en geleidelijke verandering (helling), verwachtten we dat eventuele hellingeffecten zouden optreden tijdens de interventieperiode, toen de dagboeken niet werden afgenomen. Daarom richtten we ons op veranderingen op gemiddeld niveau. Voor onze tweede hypothese, om de temporele associaties tussen stress- en affectregulatieprocessen, en deze processen en affect te bestuderen, voerden we vector autoregressieve modellering (VAR) uit, met behulp van StataCorp STATA, versie 14.0. Een VAR-model bestaat uit een reeks regressievergelijkingen voor twee of meer variabelen, waarbij voor elk van de endogene variabelen zowel een regressievergelijking wordt gemaakt op zijn eigen vertraagde waarden (autocorrelatie) als op de vertraagde waarden van andere variabelen (kruiscorrelatie) [54]. Dit maakt het mogelijk om het dynamische effect van elke variabele op de andere variabelen te bestuderen en tegelijkertijd te corrigeren voor autocorrelatie [54]. Voor elk individu werden afzonderlijke VAR-modellen geconstrueerd voor elk affectregulatieproces (d.w.z. een VAR-model met stress, één affectregulatieproces en affect), zowel voor als na de interventie. Veranderingen van voor tot na de interventie werden onderzocht voor zowel temporele (vertraagde, ‘lagged’) als gelijktijdige associaties. Voor een uitgebreide uitleg over de constructie van de ARMA- en VAR-modellen, zie Elektronisch aanvullend materiaal 1.

Resultaten

Tabel 1: Kenmerken van de deelnemers.

Variable	Mean (SD)
Age, years	39.83 (12.03)
Gender, <i>n</i>	
Male	3
Female	9
Diagnosis, <i>n</i>	
Depressive disorder	4
Bipolar disorder	3
Anxiety disorder	2
PTSD	3
Illness duration, years	13.25 (7.76)
Current treatment duration, years	3.61 (3.59)
DASS	46.67 (19.23)
Depression	14.33 (7.48)
Anxiety	13.67 (7.95)
Stress	18.67 (8.88)

Note. DASS = Depression, Anxiety and Stress Scales; PTSD = post-traumatic stress disorder;

N.B. DSM classifications are based on DSM-IV, DSM-5 was introduced in mental health care in the Netherlands in 2017, after the study was completed.

Elektronisch aanvullend materiaal 2 toont de deelnemersstroom door het onderzoek. Tabel 1 toont de basiskkenmerken van de deelnemers. Symptomen van depressie en angst werden als matig ernstig beschouwd, symptomen van stress als mild [40].

Behandeling zoals gebruikelijk, evaluatie van de interventie en praktijk

Voor de meeste deelnemers waren er geen veranderingen in diagnose, behandeling of medicatie tijdens het onderzoek. Bij één deelnemer werd de diagnose veranderd van sociale angststoornis en depressieve stoornis naar posttraumatische stressstoornis. Bij drie deelnemers veranderde de medicatie. Geen van de deelnemers startte een nieuwe behandeling of zette de behandeling stop.

Elf deelnemers vulden de evaluatie na de interventie in. Deelnemers beoordeelden de totale kwaliteit van de mindful yoga-interventie met 9,2 (SD = 0,41; range 9-10) en de kwaliteit van de docent met 8,5 (SD = 0,69; range 8-10).

Wat betreft het eerste aspect van mindfulness, verhoogd bewustzijn, waren de meeste deelnemers het er enigszins of helemaal mee eens dat ze in staat waren om (1) lichamelijke gewaarwordingen op te merken (enigszins: *n* = 7; helemaal: *n* = 3; neutraal: *n* = 1), (2) gevoelens (enigszins: *n* = 5; helemaal: *n* = 2; neutraal: *n* = 3; enigszins mee oneens: *n* = 1), en (3) gedachten en gedragsneigingen (enigszins: *n* = 7; helemaal: *n* = 3; helemaal mee oneens: *n* = 1). Wat betreft het tweede aspect van mindfulness, een accepterende, niet-oordelende houding, waren de deelnemers het meestal enigszins of helemaal eens of voelden zich neutraal over het accepteren van zichzelf (enigszins: *n* = 4; helemaal: *n* = 2; neutraal: *n* = 3; enigszins oneens: *n* = 2), hun innerlijke ervaringen (enigszins: *n* = 7; neutraal: *n* = 2; enigszins oneens: *n* = 2), en hun vermogen om een niet-oordelende houding in het hier en nu te handhaven (enigszins: *n* = 8; neutraal: *n* = 2; helemaal oneens: *n* = 1).

Het gemiddelde aantal voltooide sessies van de negenweekse mindful yoga-interventie was 7,8 (SD = 0,83, range 6-9). Het zelfgerapporteerde niveau van thuis oefenen was over het algemeen laag (en lager dan de aanbevolen hoeveelheid van 45 minuten per dag): 4 deelnemers beoefenden 15-30 min per dag en 7 deelnemers beoefenden minder dan 15 min per dag (één deelnemer vulde de evaluatie na afloop niet in).

Verandering van voor tot na de interventie in affectbalans, herhaald negatief denken, angst voor emoties, handelen met bewustzijn en lichaamsbewustzijn (H1a en H1b)
Tabel 2 toont de schattingen en het significantieniveau voor de vergelijking van de individuele gemiddelden op basis van de tijdreeks van voor tot na de interventie. Bij zes deelnemers was er een significante toename in affectbalans. Bij vier deelnemers nam stress significant af. Herhaald negatief denken nam af bij zes deelnemers en angst voor emoties bij acht deelnemers. Handelen met bewustzijn nam toe bij zeven deelnemers en lichaamsbewustzijn bij zeven deelnemers. Bij één deelnemer was er significant minder lichaamsbewustzijn na de interventie.

Verandering van voor tot na de interventie wat betreft associaties tussen stress in het dagelijks leven en herhaald negatief denken, angst voor emoties, handelen met bewustzijn en lichaamsbewustzijn (H2)

Fig. 1 toont de verwachte veranderingen na de mindful yoga-interventie. We verwachtten dat, in het geval van een stressvolle gebeurtenis, herhaald negatief denken en angst voor emoties zouden zijn afgenomen, en dat handelen met bewustzijn en lichaamsbewustzijn zouden zijn toegenomen, wat zou leiden tot een betere affectbalans. Figuren 2a-d tonen de werkelijke veranderingen in gestandaardiseerde effectgroottes voor temporele (boven) en gelijktijdige (onder) relaties voor elk van de paden. Elke staaf vertegenwoordigt de verandering in sterkte van de relaties tussen stress en die variabele (links) of tussen die variabele

Tabel 2: Veranderingen in de gemiddelde niveaus van de onderzoeksvariabelen voor en na de interventie.

PP	Affect balance	Rep. negative thinking	Fear of emotion	Acting with awareness
	Estimate (SE)	Estimate (SE)	Estimate (SE)	Estimate (SE)
01	1.710 (0.318)***	0.062 (0.198)	-0.254 (0.098)*	0.241 (0.279)
02	1.411 (0.239)***	-1.230 (0.342)***	-1.352 (0.420)**	0.448 (0.107)***
03	0.377 (0.256)	-0.388 (0.160)*	-0.431 (0.180)*	0.066 (0.193)
04	1.902 (0.556)**	-1.894 (0.343)***	-1.018 (0.368)**	0.914 (0.270)**
05	0.673 (0.363) ^x	0.378 (0.324)	-0.529 (0.227)*	0.563 (0.235)*
06	-0.22 (0.243)	-0.103 (0.157)	-0.578 (0.233)*	0.086 (0.164)
07	-0.066 (0.402)	-0.040 (0.412)	-0.037 (0.250)	0.169 (0.156)
08	1.594 (0.355)***	-0.799 (0.275)**	-0.525 (0.124)***	1.453 (0.103)***
09	1.831 (0.427)***	0.062 (0.380)	-0.391 (0.267)	0.625 (0.235)**
10	-0.113 (0.607)	-1.213 (0.426)**	-0.961 (0.374)*	0.818 (0.202)***
11	0.282 (0.317)	-0.395 (0.269)	-0.042 (0.215)	0.009 (0.067)
12	1.441 (0.343)**	-1.038 (0.303)**	-0.558 (0.432)	0.594 (0.219)**
Total [†]	6	6	8	6

Note. PP = participant number; SE = standard error.

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$, ^x $p < 0.10$ (trend).

[†] number of significant changes in the expected direction

en affectbalans (rechts) voor en na de mindful yoga-interventie voor één individu. Op de x-as staan de individuele deelnemers, gerangschikt naar afnemende gestandaardiseerde effectgrootte in de verwachte richting. Op de y-as wordt de sterkte van de relatie weergegeven, met behulp van de gestandaardiseerde verschilscore van het verschil van voor tot na de interventie in de relaties (zie Elektronisch aanvullend materiaal 1). Tabel 3 toont een overzicht van de veranderingen in elke onderzochte relatie voor elk individu. Alle individuen vertoonden een verandering in één van de paden. Geen van de individuen vertoonde echter veranderingen in alle paden. Hieronder beschrijven we de veranderingen voor elk pad.

Herhaald negatief denken

Figuur 2a laat de veranderingen zien voor de route van stress naar affectbalans via herhaald negatief denken.

Temporele associaties. De temporele (vertraagde, 'lagged') associatie voor stress - herhaald negatief denken toonde bij vier individuen verandering in de verwachte richting, namelijk minder herhaald negatief denken na stress (range: -0,44--0,13), en bij twee individuen in de tegenovergestelde richting (range: 0,16-1,68). Op groepsniveau was de gemiddelde verandering 0,075 (SD = 0,53, $p = ,64$). Voor de associatie herhaald negatief denken - affectbalans werd geen verandering gevonden in de verwachte richting, maar bij zes individuen werd verandering gevonden in de tegenovergestelde richting, namelijk een lagere affectbalans na herhaald negatief denken (range: -0,13 tot -0,28). Op groepsniveau was de gemiddelde verandering -0,105 (SD = 0,12, $p = ,012$).

Gelijktijdige associaties. De gelijktijdige associatie stress - herhaald negatief denken toonde bij drie individuen verandering in de verwachte richting, namelijk

Body awareness	Stress
Estimate (SE)	Estimate (SE)
0.289 (0.309)	-0.612 (0.277)*
0.168 (0.052)**	-0.374 (0.256)
0.125 (0.078)	-0.136 (0.136)
0.887 (0.229)***	-0.160 (0.427)
0.664 (0.154)***	-0.407 (0.250)
0.722 (0.163)***	-0.257 (0.270)
-0.851 (0.296)**	1.015 (0.304)**
1.094 (0.135)***	-0.614 (0.345) ^x
0.676 (0.134)***	-0.984 (0.297)**
-0.011 (0.255)	-0.780 (0.269)**
0.108 (0.172)	-0.112 (0.208)
0.682 (0.200)**	-0.213 (0.242)
7	4

Tabel 3: Veranderingen voor en na de interventie in elk van de dynamische relaties.

PP	Stress – rep. negative thinking		Stress – fear of emotion		Stress – acting with awareness		Stress – body awareness		Rep. negative thinking – affect balance		Fear of emotion – affect balance	
	Temp	Cont	Temp	Cont	Temp	Cont	Temp	Cont	Temp	Cont	Temp	Cont
01	–	–	0	–	–	0	0	0	–	+	0	0
02	0	0	0	0	0	–	n/a*	n/a*	0	–	0	–
03	0	+	0	–	0	+	0	0	–	+	0	+
04	+	+	+	0	–	0	–	–	0	–	+	+
05	–	–	–	–	+	0	+	–	–	+	–	+
06	0	0	0	+	0	0	0	0	–	–	+	–
07	–	+	–	–	0	–	–	–	0	0	+	–
08	+	+	n/a*	n/a*	0	–	–	0	–	+	n/a*	n/a*
09	0	+	–	0	0	+	0	+	0	–	+	0
10	–	–	0	+	0	0	+	+	–	–	+	0
11	0	0	–	–	+	0	0	0	0	0	–	0
12	0	+	+	–	0	–	0	–	0	–	0	+

Note. + represents effect size ≥ 0.10 ; 0 represents effect size between -0.10 and 0.10 ; – represents effect size ≤ -0.10 ; n/a = no significant associations; Cont = contemporaneous associations; * for two VAR models of two participants (PP = 02, body awareness; PP = 03, body awareness).

minder herhaald negatief denken tijdens stress (range: $-0,11$ tot $-0,38$), en bij zes individuen in de tegenovergestelde richting (range: $0,10$ – $0,47$). Op groepsniveau was de gemiddelde verandering $0,050$ ($SD = 0,24$, $p = ,48$). Voor de associatie herhaald negatief denken - affectbalans werd bij vier individuen verandering gevonden in de verwachte richting, namelijk een betere affectbalans tijdens herhaald negatief denken (range: $0,10$ – $0,34$), en bij zes individuen in de tegenovergestelde richting (range: $0,10$ – $0,34$). Op groepsniveau was de gemiddelde verandering $-0,016$ ($SD = 0,22$, $p = ,80$).

Angst voor emotie

Figuur 2b toont de veranderingen voor het proces van stress naar affectbalans via angst voor emotie.

Temporele associaties. De temporele (vertraagde, ‘lagged’) associatie voor stress - angst voor emoties toonde bij vier individuen verandering in de verwachte richting, d.w.z. minder angst voor emoties na stress (bereik: $-0,20$ tot $-0,27$), en bij twee individuen in de tegenovergestelde richting (bereik: $0,20$ – $0,32$). Op groepsniveau was de gemiddelde verandering $-0,032$ ($SD = 0,19$, $p = ,59$). Voor de associatie angst voor emoties - affectbalans werd bij vijf individuen verandering gevonden in de verwachte richting, namelijk een betere affectbalans na angst voor emoties (bereik: $0,12$ – $0,28$), en bij twee individuen in de tegenovergestelde richting (bereik: $-0,14$ tot $-0,20$). Op groepsniveau was de gemiddelde verandering $0,076$ ($SD = 0,16$, $p = ,16$).

Gelijktijdige associaties. De gelijktijdige associatie stress - angst voor emoties toonde bij zes individuen verandering in de verwachte richting, d.w.z. minder angst voor emoties tijdens stress (bereik: $-0,10$ tot $-0,29$), en bij twee individuen in de tegenovergestelde richting (bereik: $0,13$ – $0,22$). Op groepsniveau was de gemiddelde verandering $-0,069$ ($SD = 0,15$, $p = ,16$). Voor de associatie angst voor emoties - affectbalans werd bij vier individuen verandering gevonden in de verwachte

Acting with awareness – affect balance		Body awareness – affect balance	
Temp	Cont	Temp	Cont
+	+	–	+
0	–	n/a*	n/a*
0	0	0	0
+	+	+	–
0	–	0	+
0	0	0	+
–	–	0	0
+	+	0	0
–	–	+	+
+	+	–	+
–	+	–	–
0	0	0	0

PP = participant number; Temp = temporal

PP = 08, fear of emotion) the assumption of

richting, d.w.z. een betere affectbalans tijdens angst voor emoties (bereik: 0,11-0,29), en bij drie individuen in de tegenovergestelde richting (bereik: -0,13 tot -0,43). Op groepsniveau was de gemiddelde verandering -0,011 (SD = 0,19, $p = .85$).

Handelen met bewustzijn

Figuur 2c toont de veranderingen voor het proces van stress naar affectbalans via handelen met bewustzijn.

Temporele associaties. De temporele (vertraagde, ‘lagged’) associatie voor stress - handelen met bewustzijn toonde bij drie individuen verandering in de verwachte richting, d.w.z. meer handelen met bewustzijn na stress (range: 0,20-0,29), en bij één individu in de tegenovergestelde richting (-0,18). Op groepsniveau was de gemiddelde verandering 0,056 (SD = 0,12, $p = .15$). Voor de associatie handelen met bewustzijn - affectbalans werd bij vier individuen verandering gevonden in de verwachte richting, d.w.z. een betere affectbalans na handelen met bewustzijn (range: 0,11-0,57), en bij drie individuen in de tegenovergestelde richting (range: -0,12 tot -0,22). Op groepsniveau was de gemiddelde verandering 0,040 (SD = 0,21, $p = .53$).

Gelijktijdige associaties. De gelijktijdige associatie stress - handelen met bewustzijn toonde bij twee individuen verandering in de verwachte richting, d.w.z. meer handelen met bewustzijn tijdens stress (range: 0,22-0,23), en bij vier individuen in de tegenovergestelde richting. (bereik: -0,22 tot -0,38). Op groepsniveau was de gemiddelde verandering -0,068 (SD = 0,19, $p = .25$). Voor de associatie handelen met bewustzijn - affectbalans werd bij vijf individuen verandering gevonden in de verwachte richting, d.w.z. een betere affectbalans tijdens handelen met bewustzijn (range: 0,10-0,44), en bij vier individuen in de tegenovergestelde richting (range: -0,10 tot -0,74). Op groepsniveau was de gemiddelde verandering 0,017 (SD = 0,30, $p = .85$).

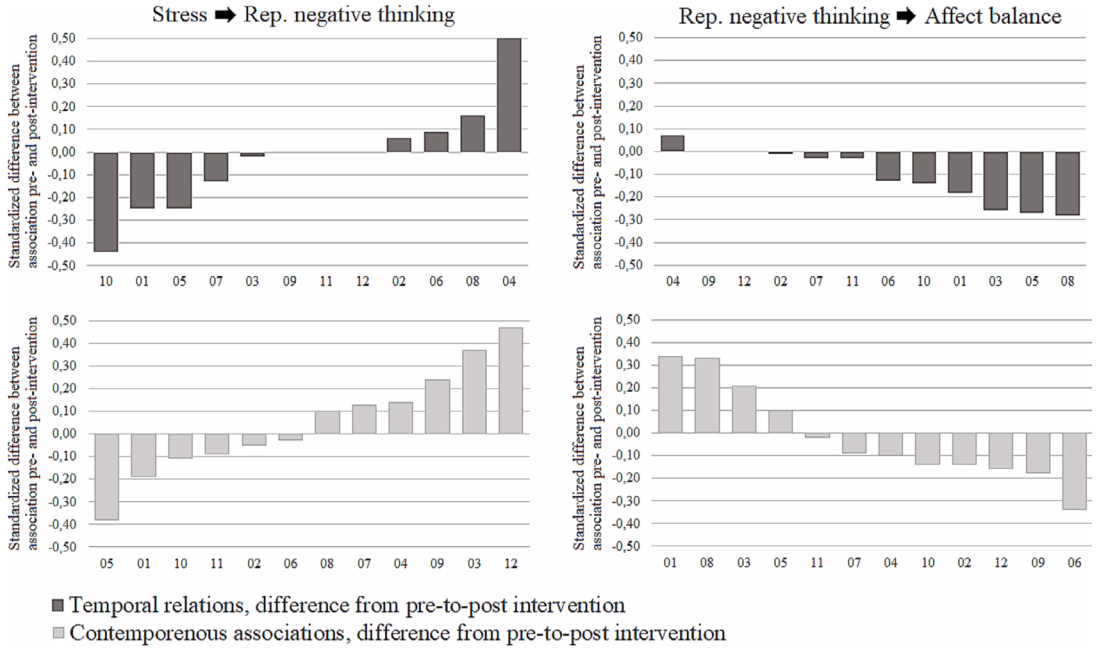


Fig. 2a. Changes in standardized effect sizes for temporal (top) and contemporaneous (bottom) relationships for each individual for the stress-repetitive negative thinking-affect balance pathway.

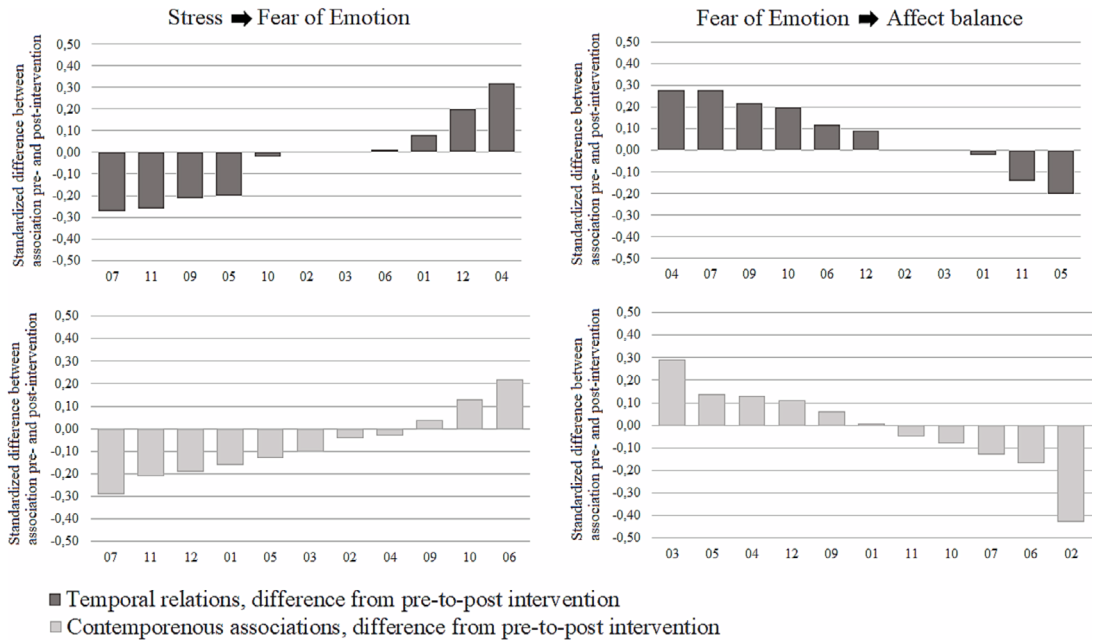


Fig. 2b. Changes in standardized effect sizes for temporal (top) and contemporaneous (bottom) relationships for each individual for the stress-fear of emotion-affect balance pathway.

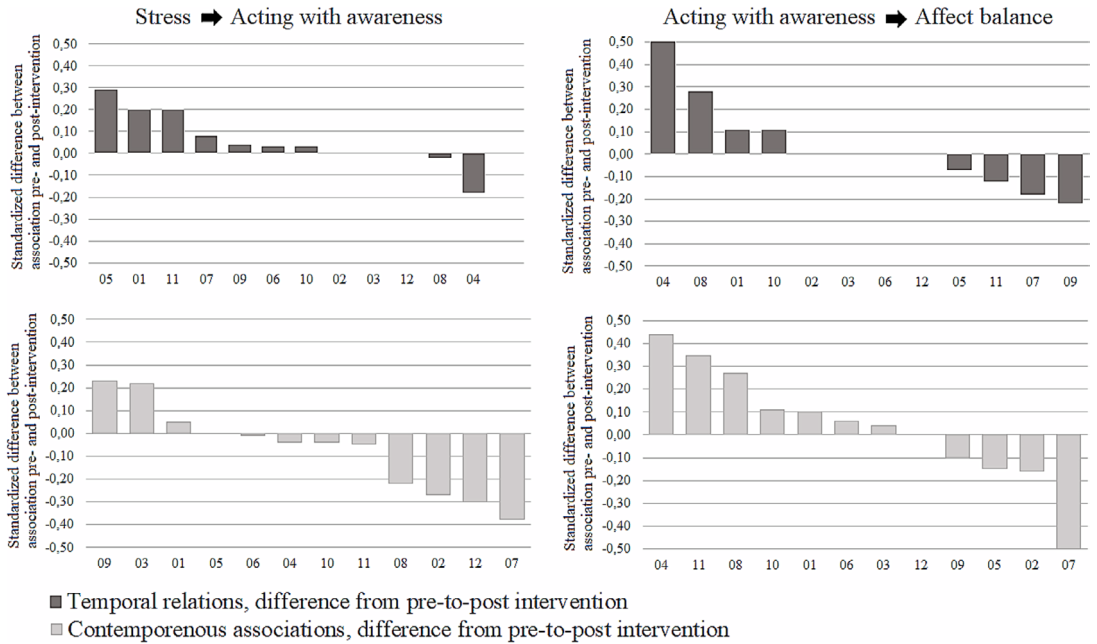


Fig. 2c. Changes in standardized effect sizes for temporal (top) and contemporaneous (bottom) relationships for each individual for the stress-acting with awareness-affect balance pathway.

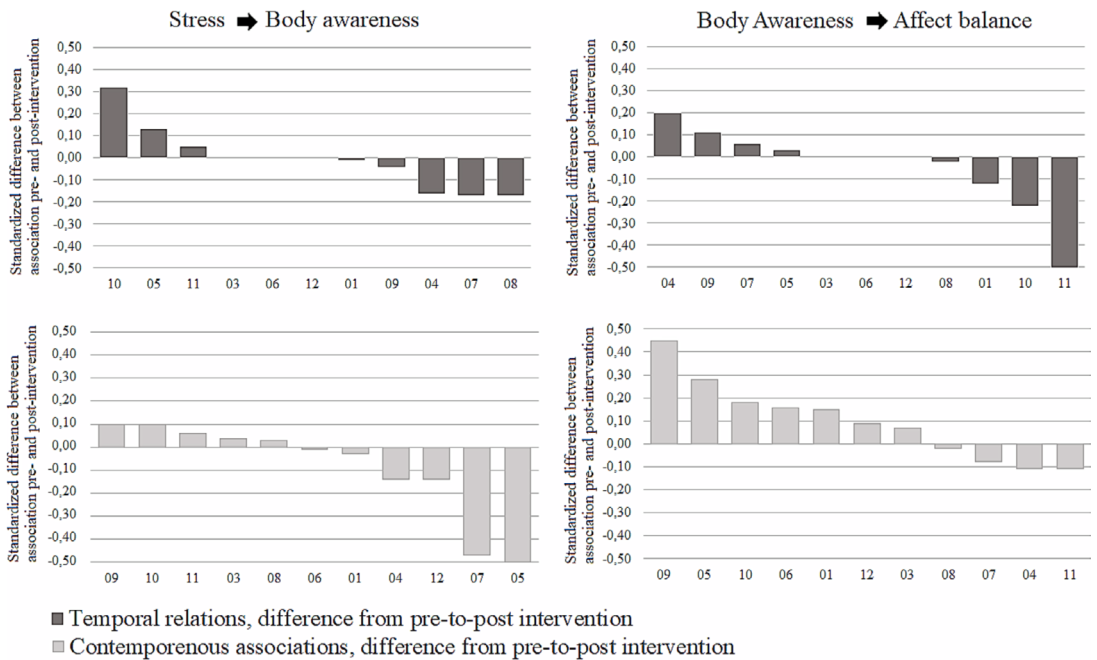


Fig. 2d. Changes in standardized effect sizes for temporal (top) and contemporaneous (bottom) relationships for each individual for the stress-body awareness-affect balance pathway.

Lichaamsbewustzijn

Fig. 2d laat de veranderingen zien voor het proces van stress naar affectbalans via lichaamsbewustzijn.

Temporele associaties. De temporele (vertraagde, 'lagged') associatie voor stress - lichaamsbewustzijn toonde bij twee individuen verandering in de verwachte richting, d.w.z. meer lichaamsbewustzijn na stress (bereik: 0,13-0,32), en bij drie individuen in de tegenovergestelde richting (bereik: -0,16 tot -0,17). Op groepsniveau was de gemiddelde verandering -0,005 (SD = 0,22, $p = ,92$). Voor de associatie lichaamsbewustzijn - affectbalans werd bij twee individuen verandering in de verwachte richting gevonden, namelijk een betere affectbalans na lichaamsbewustzijn (range: 0,11-0,20), en bij drie individuen in de tegenovergestelde richting (range: -0,12 tot -0,56). Op groepsniveau was de gemiddelde verandering -0,047 (SD = 0,20, $p = ,46$).

Gelijktijdige associatie. De gelijktijdige associatie tussen stress en lichaamsbewustzijn toonde bij twee individuen verandering in de verwachte richting, namelijk meer lichaamsbewustzijn tijdens stress (0,10), en bij vier individuen in de tegenovergestelde richting (bereik: - 0,14 tot -0,50). Op groepsniveau was de gemiddelde verandering -0,086 (SD = 0,21, $p = ,20$). Voor de associatie lichaamsbewustzijn - affectbalans was er bij vijf individuen verandering in de verwachte richting, d.w.z. een betere affectbalans tijdens lichaamsbewustzijn (range: 0,15-0,45), en bij twee individuen in de tegenovergestelde richting (-0,11). Op groepsniveau was de gemiddelde verandering 0,098 (SD = 0,17, $p = ,09$).

Discussie

We vonden een positieve verandering in affectbalans na mindful yoga bij negen van de twaalf deelnemers (H1a). Voor de meeste deelnemers vonden we ook positieve veranderingen in de mogelijke affectregulatieprocessen: angst voor emotie vertoonde veranderingen van voor tot na de interventie voor de meeste deelnemers, gevolgd door handelen met bewustzijn, lichaamsbewustzijn, en vervolgens herhaald negatief denken (H1b). Deze resultaten zijn in lijn met studies die veranderingen voor en na een yoga- of mindfulness interventie van vergelijkbare duur op groepsniveau evalueerden, met betrekking tot positieve veranderingen in stemming [13], piekeren [27,55], vermijding en onderdrukking [28], handelen met bewustzijn [29], en lichaamsbewustzijn [30].

Voor zover wij weten is dit de eerste studie die intrapersoonlijke veranderingsprocessen voor en na een mindful yoga-interventie onderzocht. Voor mindfulnessinterventies vonden we verschillende studies die ESM gebruikten om veranderingen te onderzoeken, maar zij beoordeelden verandering meestal op groepsniveau. Zo vonden twee studies een toename in positieve emoties na een mindfulnessstraining [56,57] en één studie een afname in negatief affect tijdens de training [58]. Eén studie waarbij ESM werd gebruikt om verandering te onderzoeken tijdens een mindfulness training bij zes deelnemers (met uiteenlopende psychiatrische aandoeningen) vond positieve veranderingen in symptomen van depressie bij de helft van hen [59]. In die studie, ook in lijn met onze resultaten,

vertoonde de helft van de deelnemers minder piekeren en meer mindfulness. Gezien de dynamische relaties tussen stress, de vier voorgestelde affectregulatieprocessen en affectbalans, vonden we individuele verschillen in het type proces dat veranderde en hoe het veranderde (H2). Het vinden van individuele verschillen in de relaties tussen de door ons voorgestelde processen is in lijn met andere studies die dynamische relaties na een mindfulnessinterventie onderzochten. Bijvoorbeeld, in een studie waarin verandering tijdens een mindfulnessinterventie met ESM werd geëvalueerd, werd gevonden dat de sterkte van de relatie tussen mindfulness en affect substantieel verschilde tussen deelnemers [60]. De individuele verschillen gevonden in onze studie benadrukken het belang van het bestuderen van psychologische processen op het niveau van het individu. Deze zouden worden verdoezeld in studies op groepsniveau. Het is ook belangrijk op te merken dat de mindful yoga-interventie veel verschillende componenten had (zoals yogahoudingen, ademhalingsoefeningen en meditatie) die allemaal verschillende effecten kunnen hebben gehad [34,61]. Het kan dus zijn dat niet alle componenten werken voor elk individu, of dat de verschillende componenten verschillend werken voor verschillende individuen.

In onze studie werden de sterkste positieve veranderingen (d.w.z. verbetering in de verwachte richting) gevonden voor handelen met bewustzijn, gevolgd door angst voor emoties, zowel in de route van stress naar het affectregulatieproces, als in de route van het affectregulatieproces naar affectbalans. Voor herhaald negatief denken en lichaamsbewustzijn waren er verschillende individuen met positieve veranderingen in het stress-pad maar niet in het affectbalans-pad. Er waren ook verschillende individuen met onverwachte veranderingen in het stress-pad voor herhaald negatief denken, angst voor emoties en lichaamsbewustzijn, vooral bij de gelijktijdige associaties. In het affectbalans-pad waren er verschillende individuen met onverwachte veranderingen voor herhaald negatief denken, angst voor emoties, handelen met bewustzijn en lichaamsbewustzijn, zowel voor vertraagde als voor gelijktijdige associaties. Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat, wanneer de context van stress in het dagelijks leven in ogenschouw wordt genomen, het voor sommige individuen moeilijk lijkt om een betere affectbalans te bewaren met betrekking tot de beschreven processen. Dit is in lijn met een andere studie, waarin ESM werd gebruikt om mindfulnessvaardigheden in het dagelijks leven te onderzoeken. Er werd gevonden dat individuen meer moeite hebben met mindfulnessvaardigheden wanneer ze het druk hebben, en de neiging hebben meer mindful te zijn wanneer ze zich goed voelen [62]. In een ander onderzoek met een stressinductietaak rapporteerden deelnemers een betere affectbalans na een korte mindfulnessinterventie, vergeleken met een controle-interventie van in stilte zijn, toch werd er geen verschil gevonden in intrusieve gedachten over de stressvolle gebeurtenis 24 uur later [63]. Gezien het feit dat veel individuen wel verbeterden in gemiddelde niveaus van affectbalans en affectregulatieprocessen, kunnen ze toch meer momenten van herstel hebben ervaren tussen stressvolle gebeurtenissen in, waardoor de kans op herstel van stress na een mindful yoga-interventie mogelijk toeneemt.

De onverwachte veranderingen voor herhaald negatief denken, angst voor emoties en lichaamsbewustzijn (zowel in het stress-pad als in het affectbalans-pad) en voor handelen met bewustzijn (in het affectbalans-pad) kunnen deels te maken hebben met onze keuze van items: deze weerspiegelden vaak een vorm van bewustwording

van iemands ervaringen (bijvoorbeeld, het opmerken van negatieve gedachten en zorgen voor herhaald negatief denken, het opmerken van overweldigd zijn door emoties voor angst voor emoties, het opmerken van gedrag op de automatische piloot voor handelen met bewustzijn en het opmerken van lichamelijke sensaties of een gevoel van 'thuis' zijn in het lichaam voor lichaamsbewustzijn). We namen slechts één item op om acceptatie te beoordelen (d.w.z. de acceptatie van gevoelens in plaats van angst voor emoties). Terwijl bewustzijn één aspect is van vaardigheden die zouden kunnen verbeteren na een mindfulnessinterventie, is acceptatie een ander belangrijk aspect, en beide kunnen nodig zijn om affect te verbeteren [39]. Direct na de mindful yoga-interventie, toen het post-interventie-ESM meetmoment was, zouden individuen zich meer bewust kunnen zijn geworden van bepaalde soorten gedachten of sensaties, zonder al een accepterende houding ten opzichte van deze gedachten of sensaties te hebben ontwikkeld. Hier is inderdaad enig bewijs voor dat suggereert dat vaardigheden om aandacht te monitoren direct beginnen te verbeteren na een interventie, terwijl acceptatie langer kan duren om te ontwikkelen [64]. Met de items in onze huidige studie kunnen we niet veel conclusies trekken over acceptatievaardigheden. Toekomstige studies zouden daarom veranderingen in acceptatie naast bewustwordingsprocessen moeten onderzoeken en een langere follow-up periode moeten gebruiken.

Sterke punten en beperkingen

Door gebruik te maken van dagelijkse metingen voor en na een mindful yoga-interventie, konden we veranderingen in dynamische relaties in de loop van de tijd zorgvuldig bekijken. Ook konden we individuele verschillen in veranderingen laten zien bij individuen met chronische stemmings- en angststoornissen, een groep waarbij het belangrijk is om individuele paden tot verandering te onderzoeken. Door de chronische aard van de aandoening is het te verwachten dat niet alle individuen veranderingen zullen ervaren. Gezien het feit dat we een kleine steekproef gebruikten, kunnen we echter niet concluderen dat deze bevindingen generaliseren naar alle individuen met chronische stemmings- en angststoornissen. Een andere beperking is dat we vertraagde associaties beoordeelden die tot één dag duurden, terwijl er ook nog sterker vertraagde effecten kunnen zijn opgetreden. Een andere studie die intrapersoonlijke veranderingen beoordeelde, vond bijvoorbeeld dat een verandering in piekeren of mindfulness resulteerde in een verandering in affectbalans tot twee dagen later [59]. Bovendien kan het zijn dat de periode na de interventie te kort was om een verandering in stressreactiviteit en affectbalans te kunnen waarnemen. Andere studies die verandering na een yoga-interventie onderzochten, vonden dat er direct na de interventie geen verandering zichtbaar was, maar dat er bij een follow-up van 6 of 12 maanden wel een verandering werd gevonden [65,66]. Daarnaast, zoals vermeld in de vorige paragraaf, kan ons gebrek aan het meten van acceptatievaardigheden onze conclusies beperken voor deze processen, die ook belangrijk zijn in (langere termijn) veranderingen na een mindful yoga interventie [64]. Gezien de lage interne consistentie binnen personen voor sommige van de geïnventariseerde processen, hebben we mogelijk aspecten van deze processen gemeten die vrij onafhankelijk van elkaar zijn, vooral voor handelen met bewustzijn en lichaamsbewustzijn. We baseerden de twee items voor lichaamsbewustzijn op theorie en namen ze over van een gevalideerde vragenlijst die wordt gebruikt voor onderzoeken tussen personen (op groepsniveau) en die

belangrijk is bij het beoordelen van lichaamsbewustzijn. De lage interne consistentie van de twee items roept echter vragen op over de validiteit van het construct lichaamsbewustzijn op het niveau van de persoon zelf. Toch vertegenwoordigen alle beoordeelde items even belangrijke componenten van de bestudeerde processen, en daarom besloten we deze zoals gepland samen te houden. Bovendien waren de methoden die we gebruikten misschien niet optimaal voor het beoordelen van de interne consistentie voor constructen met twee items. Toch veranderde het gebruik van eenvoudige correlaties onze resultaten niet. Een andere beperking zou kunnen zijn dat sommige onderzoeken aantonen dat het gebruik van frequente metingen in het dagelijks leven deelnemers bewuster kan maken van de onderzochte variabelen, waardoor de natuurlijke omgeving verandert [67-69]. Het bewijs hiervoor is echter gemengd [70-73]. Om een mogelijk verhoogd bewustzijn als beïnvloedende factor te beperken, gebruikten we een design met een onderzoeksperiode voor en na de interventie. Als er sprake zou zijn van een verhoogd bewustzijn, dan zou dit al voor de interventie zijn gebeurd, dus zouden we verwachten dat eventuele veranderingen in de onderzochte variabelen na de interventie toe te schrijven zijn aan de interventie en niet aan een verhoogd bewustzijn. Een andere beperking is dat onze onderzoeksperiode liep van januari tot april, seizoenen die overgaan van de winter (met donkere dagen) naar de lente (met meer daglicht). We kunnen daarom niet uitsluiten dat het moment van het onderzoek een factor is die bijdraagt aan de veranderingen. Daarnaast kunnen we, gezien het feit dat dit een onderzoek was in een naturalistische setting en sommige individuen een verandering in hun medicatie doormaakten, niet uitsluiten dat dit ook een effect kan hebben gehad op de uitkomsten voor deze individuen. Ten slotte voltooide geen van de deelnemers de aanbevolen hoeveelheid thuisoefeningen tijdens de training. Aangezien onderzoek een kleine maar significante relatie laat zien tussen het niveau van oefenen en de studieresultaten [74], zou het mogelijk kunnen zijn dat deelnemers niet optimaal hebben geprofiteerd van de mindful yoga interventie.

Conclusies

We moeten toegeven dat door de onderzoeksopzet we de geobserveerde resultaten niet toe kunnen schrijven aan het specifieke effect van de mindful yoga-interventie, aangezien wekelijkse yogasessies mogelijk niet intensief genoeg zijn om individuen met (chronische) stemmings- en angststoornissen te helpen. Bovendien kunnen niet-specifieke effecten zoals het Hawthorne-effect de geobserveerde voordelen verklaren door het gebrek aan een controlegroep. Met deze studie suggereren we echter dat een negenweekse mindful yoga-interventie voordelen kan bieden aan sommige individuen met chronische stemmings- of angststoornissen wat betreft een algehele betere affectbalans, minder herhaald negatief denken en angst voor emoties, en meer handelen met bewustzijn en lichaamsbewustzijn na de interventie. Toch lijkt het veranderen van deze affectregulatieprocessen onder stressvolle omstandigheden voor de meeste individuen moeilijk. Verder onderzoek zou zich moeten richten op de daadwerkelijke toepassing van nieuwe vaardigheden in het dagelijks leven om individuen met chronische stemmings- en angststoornissen verder te laten profiteren van mindful yoga-interventies en in staat te stellen deze vaardigheden te integreren in hun dagelijks leven. Grotere steekproeven met een lange termijn follow-up, waarbij items worden gebruikt die zowel het bewustzijnsaspect van de processen als het aspect van de accepterende houding vastleggen, worden

aanbevolen. Dit zou licht kunnen werpen op de generaliseerbaarheid van de effecten en op de aard van de gevonden individuele verschillen.

CRedit-auteursbijdrageverklaring

Nina K. Vollbehrr: Schrijven - oorspronkelijk ontwerp, Projectadministratie, Methodologie, Formele analyse, Conceptualisatie. Sanne H. Booij: Schrijven - review & redactie, Supervisie, Methodologie, Formele analyse, Conceptualisatie. H.J. Rogier Hoenders: Schrijven - review & redactie, Supervisie, Conceptualisatie. Brian D. Ostafin: Schrijven - beoordeling & redactie, Supervisie, Conceptualisatie. Agna A. Bartels-Velthuis: Schrijven - beoordeling & redactie, Supervisie, Methodologie, 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.

Erkenningen

De auteurs willen graag alle deelnemers van het onderzoek bedanken voor het investeren van hun tijd en energie in de dagelijkse dagboekmetingen. We bedanken in het bijzonder Rieka Maring en Wilma de Vries voor hun hulp bij de metingen.

Verklaring van openbaarmaking.

Deze studie ontving geen subsidie van financieringsinstanties in de publieke, commerciële of non-profitsector. De auteurs hebben geen potentiële belangenconflicten te melden. Bijlage A. Aanvullende gegevens

Aanvullende gegevens bij dit artikel zijn online te vinden op:
<https://doi.org/10.1016/j.pmip.2024.100123>

References

- 1 Kessler R, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(6):593–602.
- 2 Torpey DC, Klein DN. Chronic depression: update on classification and treatment. *Cur Psychiatry Rep* 2008;10:458–64.
- 3 Goldberg DP, Krueger RF, Andrews G, Hobbs MJ. Emotional disorders: cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med* 2009;39(12): 2043–59.
- 4 Cuijpers P, Cristea IA, Weitz E, Gentili C, Berking M. The effects of cognitive and behavioural therapies for anxiety disorders on depression: a meta-analysis. *Psychol Med* 2016;46(16):3451–62.

- 5 Cludius B, Mennin D, Ehring T. Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion* 2020;20(1):37–42.
- 6 Booij SH, Snippe E, Jeronimus BF, Wichers M, Wigman JTW. Affective reactivity to daily life stress: relationship to positive psychotic and depressive symptoms in a general population sample. *J Affect Disord* 2018;225:474–81.
- 7 Lamers F, Swendsen J, Cui L, et al. Mood reactivity and affective dynamics in mood and anxiety disorders. *J Abnorm Psychol* 2018;127:659–69.
- 8 Vaessen T, van Nierop M, Decoster J, et al. Is sensitivity to daily stress predictive of onset or persistence of psychopathology? *Eur Psychiatry* 2017;45:167–73.
- 9 Zou L, Sasaki JE, Wei G, et al. Effects of mind-body exercises (tai Chi/Yoga) on heart rate variability parameters and perceived stress: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Med* 2018;7(11):404.
- 10 Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *J Altern Complement Med* 2009;15(5): 593–600.
- 11 Hunt MG, Rushton J, Shenberger E, Murayama S. Positive effects of diaphragmatic breathing on physiological stress reactivity in varsity athletes. *J Clin Sport Psychol* 2018;12(1):27–38.
- 12 Fang R, Li X. A regular yoga intervention for staff nurse sleep quality and work stress: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs* 2015;24(23–24):3374–9.
- 13 Pascoe MC, Bauer IE. A systematic review of randomised control trials on the effects of yoga on stress measures and mood. *J Psychiatr Res* 2015;68:270–82.
- 14 Ehring T, Watkins ER. Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *Int J Cogn Ther* 2008;1(3):192–205.
- 15 Watkins ER. Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychol Bull* 2008;134(2):163–206.
- 16 Kertz SJ, Stevens KT, Klein KP. The association between attention control, anxiety, and depression: the indirect effects of repetitive negative thinking and mood recovery. *Anxiety Stress Coping* 2017;30(4):456–68.
- 17 Williams K, Chambless D, Ahrens A. Are emotions frightening? an extension of the fear of fear construct. *Behav Res Ther* 1997;35(3):239–48.
- 18 Ouimet AJ, Kane L, Tutino JS. Fear of anxiety or fear of emotions? anxiety sensitivity is indirectly related to anxiety and depressive symptoms via emotion regulation. *Cogent Psychology* 2016;3:1249132.
- 19 Roos LG, Levens SM, Bennett JM. Stressful life events, relationship stressors, and cortisol reactivity: the moderating role of suppression. *Psychoneuroendocrinology* 2018;89:69–77.
- 20 Brown K, Ryan R. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003;84(4):822–48.
- 21 Lu J, Mumba MN, Lynch S, Li C, Hua C, Allen RS. Nursing students' trait mindfulness and psychological stress: a correlation and mediation analysis. *Nurse Educ Today* 2019;75:41–6.
- 22 Marks ADG, Sobanski DJ, ZHine DW. Do dispositional rumination and/or mindfulness moderate the relationship between life hassles and psychological dysfunction in adolescents? *Aust NZJ Psychiatry* 2010;44:831–8.
- 23 Brown DB, Bravo AJ, Roos CR, Pearson MR. Five facets of mindfulness and psychological health: evaluating a psychological model of the mechanisms of mindfulness. *Mindfulness* 2015;6:1021–32.

- 24 Mehling WE, Price C, Daubenmier JJ, Acree M, Bartmess E, Stewart A. The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). *PLoS One* 2012;7 (11):e48230.
- 25 Shallcross AJ, Troy AS, Boland M, Mauss IB. Let it be: accepting negative emotional experiences predicts decreased negative affect and depressive symptoms. *Behav Res Ther* 2010;48(9):921–9.
- 26 De Jong M, Lazar SW, Hug K, et al. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on body awareness in patients with chronic pain and comorbid depression. *Front Psychol* 2016;7:967.
- 27 Schuver KJ, Lewis BA. Mindfulness-based yoga intervention for women with depression. *Complement Ther Med* 2016;26:85–91.
- 28 Sherman KJ, Wellman RD, Cook AJ, Cherkin DC, Ceballos RM. Mediators of yoga and stretching for chronic low back pain. *Evid Based Complement Alternat Med* 2013;130818.
- 29 Lemay V, Hoolahan J, Buchanan A. Impact of a yoga and meditation intervention on students' stress and anxiety levels. *Am J Pharm Educ* 2019;83(5):7001.
- 30 Cramer H, Thoms MS, Anheyer D, Lauche R, Dobos G. Yoga in women with abdominal obesity—a randomized controlled trial. *Dtsch Arztebl Int* 2016;113(39): 645.
- 31 Kazdin AE. Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu Rev Clin Psychol* 2007;3:1–27.
- 32 Myin-Germeys I, Oorschot M, Collip D, Lataster J, Delespau P, van Os J. Experience sampling research in psychopathology: opening the black box of daily life. *Psychol Med* 2009;39(9):1533–47.
- 33 Hamaker EL, Dolan CV, Molenaar PCM. Statistical modeling of the individual: rationale and application of multivariate stationary time series analysis. *Multivariate Behav Res* 2005;40(2):207–33.
- 34 Sauer-Zavala SE, Walsh EC, Eisenlohr-Moul TA, Lykins ELB. Comparing mindfulness-based intervention strategies: differential effects of sitting meditation, body scan, and mindful yoga. *Mindfulness* 2013;4(4):383–8.
- 35 Vohra S, Shamseer L, Sampson M, et al. CONSORT extension for reporting N-of-1 trials (CENT) 2015 statement. *J Clin Epidemiol* 2016;2016(76):9–17.
- 36 Lütkepohl H. New introduction to multiple time-series analysis. Berlin, Germany: Springer Verlag; 2006.
- 37 Vollbehr NK, Hoenders HJR, Bartels-Velthuis AA, Ostafin BD. Feasibility of a manualized mindful yoga intervention for patients with chronic mood disorders. *J Psychiatr Pract* 2021;27:212–23.
- 38 Sherman KJ. Guidelines for developing yoga interventions for randomized trials. *Evid Based Complement Alternat Med* 2012;143271. <https://doi.org/10.1155/2012/143271>.
- 39 Bishop SR, Lau M, Shapiro S, et al. Mindfulness: a proposed operational definition. *Clin Psychol* 2004;11(3):230–41.
- 40 Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the depression anxiety stress scales. 2nd ed. Sydney, Australia: Psychology Foundation; 1995.
- 41 Morren M, van Dulmen S, Ouwerkerk J, Bensing J. Compliance with momentary pain measurement using electronic diaries: a systematic review. *Eur J Pain* 2009;13 (4):354–65.

- 42 Wiley JF. MultilevelTools: multilevel and mixed effects model diagnostics and effect sizes. <https://CRAN.R-project.org/package=multilevelTools>. 2020;0.1.1.
- 43 Geldhof GJ, Preacher KJ, Zyphur MJ. Reliability estimation in a multilevel confirmatory factor analysis framework. *Psychol Methods* 2014;19(1):72–91.
- 44 Eisinga R, te Grotenhuis M, Pelzer B. The reliability of a two-item scale: Pearson, cronbach, or spearman-Brown? *Int J Public Health* 2013;58(4):637–42.
- 45 Yik MSM, Russell JA, Feldman BL. Structure of self-reported current affect: integration and beyond. *J Pers Soc Psychol* 1999;77:600–19.
- 46 Baker F, Denniston M, Zabora J, Polland A, Dudley W. A POMS short form for cancer patients: psychometric and structural evaluation. *Psychooncology* 2002;11 (4):273–81.
- 47 Watson D, Tellegen A. Toward a consensual structure of mood. *Psychol Bull* 1985; 98(2):219–35.
- 48 Veilleux JC, Lankford NM, Hill MA, et al. Affect balance predicts daily emotional experience. *Pers Individ Differ* 2020;154:109683.
- 49 Ehring T, Zetsche U, Weidacker K, Wahl K, Schoenfeld S, Ehlers A. The perseverative thinking questionnaire (PTQ): validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2011;42(2): 225–32.
- 50 Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State worry questionnaire. *Behav Res Ther* 1990;28(6):487–95.
- 51 Sauer-Zavala S, Boswell JF, Gallagher MW, Bentley KH, Ametaj A, Barlow DH. The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behav Res Ther* 2012;50(9):551–7.
- 52 Osman A, Lamis DA, Bagge CL, Freedenthal S, Barnes SM. The mindful attention awareness scale: further examination of dimensionality, reliability, and concurrent validity estimates. *J Pers Assess* 2016;98(2):189–99.
- 53 Hoffart A, Lysebo H, Sommerfeldt B, Rø Ø. Change processes in residential cognitive therapy for bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2010;18(5):367–75.
- 54 Brandt PT, Williams JT. Multiple time series models. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2007.
- 55 Mao L, Li P, Wu Y, Luo L, Hu M. The effectiveness of mindfulness-based interventions for ruminative thinking: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Affect Disord* 2023;321:83–95.
- 56 Geschwind N, Peeters F, Drukker M, van Os J, Wichers M. Mindfulness training increases momentary positive emotions and reward experience in adults vulnerable to depression: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2011;79(5): 618–28.
- 57 Garland EL, Geschwind N, Peeters F, Wichers M. Mindfulness training promotes upward spirals of positive affect and cognition: multilevel and autoregressive latent trajectory modeling analyses. *Front Psychol* 2015;6:15.
- 58 Snippe E, Dziak JJ, Lanza ST, Nyklicek I, Wichers M. The shape of change in perceived stress, negative affect, and stress sensitivity during mindfulness-based stress reduction. *Mindfulness* 2017;8(3):728–36.
- 59 Snippe E, Bos EH, van der Ploeg KM, Sanderman R, Flier J, Schroevers MJ. Time- series analysis of daily changes in mindfulness, repetitive thinking, and depressive symptoms during mindfulness-based treatment. *Mindfulness* 2015;6(5):1053–62.

- 60 Snippe E, Nyklicek I, Schroevers MJ, Bos EH. The temporal order of change in daily mindfulness and affect during mindfulness-based stress reduction. *J Couns Psychol* 2015;62(2):106–14.
- 61 Carmody J, Baer RA. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *J Behav Med* 2008;31(1):23–33.
- 62 Suelmann H, Brouwers A, Snippe E. Explaining variations in mindfulness levels in daily life. *Mindfulness* 2018;9(6):1895–906.
- 63 Ramos Diaz NS, Jimenes Jimenez O, Lopes PN. The role of mindfulness in coping with recollections of acute stressors: a laboratory study. *Psicothema* 2014;26(4): 505–10.
- 64 Baer RA, Carmody J, Hunsinger M. Weekly change in mindfulness and perceived stress in a mindfulness-based stress reduction program. *J Clin Psychol* 2012;68(7): 755–65.
- 65 Uebelacker LA, Tremont G, Gillette LT, et al. Adjunctive yoga v. health education for persistent major depression: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2017; June 30..
- 66 Kinser PA, Elswick RK, Kornstein S. Potential long-term effects of a mind-body intervention for women with major depressive disorder: sustained mental health improvements with a pilot yoga intervention. *Arch Psychiatr Nurs* 2014;28(6): 377–83.
- 67 Kauer SD, Reid SC, Crooke AHD, Khor A, Hearps SJC, Jorm AF, et al. Self-monitoring using Mobile phones in the early stages of adolescent depression: randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2012;14(3):15–31.
- 68 Ludwigs K, Lucas R, Burger M, Veenhoven R, Arends L. How does more attention to subjective well-being affect subjective well-being? *Appl Res Qual Life* 2018;13(4): 1055–80.
- 69 Zawadzki MJ, Scott SB, Almeida DM, Lanza ST, Conroy DE, Sliwinski MJ, et al. Understanding stress reports in daily life: a coordinated analysis of factors associated with the frequency of reporting stress. *J Behav Med* 2019;42(3):545–60.
- 70 Cruise CE, Broderick J, Porter L, Kaell A, Stone AA. Reactive effects of diary self- assessment in chronic pain patients. *Pain* 1996;67(2–3):253–8.
- 71 Husky MM, Gindre C, Mazure CM, Brebant C, Nolen-Hoeksema S, Sanacora G, et al. Computerized ambulatory monitoring in mood disorders: feasibility, compliance, and reactivity. *Psychiatry Res* 2010;178(2):440–2.
- 72 Ebner-Priemer UW, Kuo J, Kleindienst N, Welch SS, Reisch T, Reinhard I, et al. State affective instability in borderline personality disorder assessed by ambulatory monitoring. *Psychol Med* 2007;37(7):961–70.
- 73 Palmier-Claus JE, Ainsworth J, Machin M, Barrowclough C, Dunn G, Barkus E, et al. The feasibility and validity of ambulatory self-report of psychotic symptoms using a smartphone software application. *BMC Psychiatry* 2012;12:172.
- 74 Parsons CE, Crane C, Parsons LJ, Fjorback LO, Kuyken W. Home practice in mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction: a systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behav Res Ther* 2017;95:29–41.

Vertaling en validatie van de Nederlandse versie van de Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ-NL)

Merel Schoot, Agna Bartels-Velthuis, Daniela Rodrigues Recchia, Eckhard Frick, Arndt Büssing en Rogier Hoenders*

Samenvatting

Het belang van zingeving en spiritualiteit bij de behandeling van psychische aandoeningen wordt steeds meer erkend, maar professionals in de geestelijke gezondheidszorg hebben vaak het gevoel dat ze specifieke competenties missen. Er ontbreekt een instrument om de spirituele zorgcompetentie van professionals in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Nederland te meten. Het doel van deze studie was dan ook om de Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ) te vertalen naar het Nederlands en te valideren voor gebruik in de Nederlandse GGZ. Na vertaling werd de SCCQ-NL in een cross-sectioneel design verspreid onder 3497 zorgprofessionals in twee GGZ instellingen (mental healthcare institutions, MHI's) in Nederland. In een steekproef van 730 ingevulde vragenlijsten kwamen met behulp van exploratieve factoranalyse zeven competentiefactoren naar voren: perceptie van spirituele behoeften, teamgeest, spiritueel zelfbewustzijn, documentatievaardigheden, empowerment en proactieve opening competenties, kennis over andere religies en gespreksvoering. Eén item werd verwijderd tijdens het proces. De interne consistentie voor de 25-items tellende SCCQ-NL subschalen is voldoende met Cronbach's alfa variërend van 0,64 tot 0,81. Gespreksvoering en perceptie van spirituele behoeften scoorden het hoogst in de steekproef, naast kennis over andere religies en empowerment competenties, terwijl spiritueel zelfbewustzijn, teamgeest en documentatievaardigheden het laagst scoorden. Kleine maar significante verschillen in verscheidene subschaalscores werden gevonden voor beroep, zichzelf identificeren als gelovige, het beoefenen van gebed en/of meditatie, leeftijd en aantal arbeidsjaren. De SCCQ-NL kan gebruikt worden voor de beoordeling van competenties in spirituele- en zingevingszorg en voor de organisatie en evaluatie van training en verbeteringsstrategieën.

Trefwoorden

zingeving; spirituele zorg; competentie; validatie; vragenlijst; geestelijke gezondheidszorg; professionals; vertaling; Nederlands

* Corresponderende auteur: Merel Schoot, m.schoot@altrecht.nl

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

Inleiding

Spiritualiteit is gekoppeld aan een lang leven (Alimujiang et al. 2019) en psychologisch welzijn (Greenfield et al. 2009) en er is een opvallende toename in wetenschappelijke studies naar de positieve effecten van religiositeit en spiritualiteit op de fysieke en mentale gezondheid (De Diego-Cordero et al. 2023; Hoenders en Braam 2020; Villas Boas et al. 2023). Daarnaast wordt erkend dat spiritualiteit en religie een belangrijke rol kunnen spelen in hoe patiënten omgaan met lichamelijke en geestelijke ziekten (Koenig 2012; Brewer-Smyth en Koenig 2014; Koenig et al. 2020). Zowel positieve als negatieve religieuze/spirituele (R/S) coping zou gerelateerd zijn aan verschillende gezondheidsuitkomsten zoals ernst van symptomen bij bijvoorbeeld depressie (Koenig 2012), bipolaire stoornissen (Stroppa et al. 2018) en PTSS (Trevino et al. 2016; Chen en VanderWeele 2018; zoals geciteerd in Koenig et al. 2020). Ook kunnen R/S vraagstukken leiden tot ernstige distress en de geestelijke gezondheid en het welzijn negatief beïnvloeden (Stauner et al. 2016). In Nederland wordt het belang van spiritualiteit en zingeving in het herstel van psychische aandoeningen steeds meer erkend door professionals en beleidsmakers. Dit vertaalt zich bijvoorbeeld in de opkomst van positieve gezondheid, waarin spiritualiteit wordt gezien als een van de belangrijke bijdragende factoren aan lichamelijke en geestelijke gezondheid (Huber en Garssen 2016) en in de recente publicatie van een klinische kwaliteitsstandaard voor zingeving in de psychische hulpverlening (AKWA GGZ 2023). Dit is in overeenstemming met de ‘position paper’ van de World Psychiatric Association, waarin gesteld wordt dat spiritualiteit een geïntegreerd onderdeel moet zijn van de geestelijke gezondheidszorg (Moreira-Almeida et al. 2016), ook al is er nog veel onduidelijk over hoe spiritualiteit toe te passen in de psychiatrie (Hoenders en Braam 2020).

Spiritualiteit kan op vele manieren gedefinieerd worden en wordt erkend als een multifactorieel construct en complex fenomeen, waarbij definities per cultuur kunnen verschillen (De Brito Sena et al. 2021). Wat in Engelstalige literatuur met spirituality wordt aangeduid lijkt het beste te passen bij de Nederlandse term zingeving, echter beide worden op verschillende manieren gebruikt en uitgelegd¹. Hiervoor zullen we de definitie gebruiken die de afgelopen 15 jaar veel gebruikt is in de westerse onderzoeksliteratuur: ‘Spiritualiteit is de dimensie van het menselijk bestaan die verwijst naar de manier waarop personen betekenis en doel zoeken en uitdrukking geven, en de manier waarop ze verbondenheid ervaren met het moment, met zichzelf, met anderen, met de natuur en met het significante of heilige’ (Puchalski et al. 2009). Recent onderzoek laat zien dat beleidsmakers, patiënten en professionals in de geestelijke gezondheidszorg in Nederland zingeving (als spiritueel-existentiële dimensie) in gelijke mate waarderen als een belangrijke factor in de geestelijke gezondheid (Van de Loo et al. 2022). Dit komt bovenop een groeiende hoeveelheid onderzoek waaruit blijkt dat een groot deel van de patiënten een sterke interesse heeft om spiritualiteit te bespreken met hun medisch specialist (Best et al. 2015; Büssing et al. 2009). De meerderheid van de patiënten in de geestelijke gezondheidszorg vindt integratie van spiritualiteit en zingeving in ontvangen zorg belangrijk en hoopt spirituele kwesties in hun therapieën aan

1 Voor meer gedetailleerde informatie over begrippen en definities zie onder andere: <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/zingeving-in-de-psychische-hulpverlening/begrippenkader>

de orde te kunnen stellen (Currier et al. 2020; Oxhandler et al. 2018). En hoewel onderzoek aantoonde dat religieuze en spirituele patiënten meer baat hebben bij een R/S-gerichte therapie, vergeleken met een niet-R/S-gerichte therapie (Bouwhuis-van Keulen et al. 2023), is de behoefte om te praten over spirituele zorgen niet beperkt tot religieuze patiënten die behandeling zoeken in religieuze gelieerde instellingen. Veel niet-religieuze gelieerde patiënten zijn ook geïnteresseerd in R/S-geïntegreerde therapieën (Rosmarin et al. 2015), maar hun behoeften zijn hoogstwaarschijnlijk meer impliciet in seculiere settings (Van Nieuw Amerongen-Meeuwse et al. 2019), wat andere competenties van zorgprofessionals vereist. Onderzoek in Nederland heeft aangetoond dat een substantieel aantal patiënten in een seculiere setting ook willen dat hun R/S zorgen worden geadresseerd door hun therapeut, maar vaak ervaren dat hun behoeften niet worden vervuld (Van Nieuw Amerongen-Meeuwse et al. 2020). Dit komt overeen met internationaal onderzoek waarin patiënten rapporteren dat ze minder spirituele zorg krijgen dan ze zouden willen in de door hen ontvangen medische zorg (Fuchs et al. 2021).

Hoewel professionals die werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg veel waarde hechten aan spiritualiteit voor geestelijke gezondheid, lijken ze terughoudend om dit toe te passen in de klinische praktijk. Een van de redenen hiervoor kan zijn dat professionals het gevoel hebben dat zij niet de juiste persoon zijn om over deze onderwerpen te praten en vinden dat patiënten moeten worden doorverwezen naar geestelijk verzorgers. De behoefte van patiënten om R/S vragen aan de orde te stellen is echter niet beperkt tot geestelijk verzorgers; patiënten die psychische problemen hebben willen ook hun R/S zorgen bespreken, uitgebreider dan alleen het laten beoordelen van hun spirituele en religieuze achtergrond, met hun psychologen, psychiaters en verpleegkundigen (Mohr en Huguelet 2014; Van Nieuw Amerongen-Meeuwse et al. 2020). Wanneer R/S zorgen worden geïntegreerd in de behandeling, wordt dit spirituele zorg genoemd, die kan worden gedefinieerd als 'een soort zorg die existentiële en spirituele behoeften en uitdagingen in verband met ziekte en crisis aanpakt en tracht hieraan tegemoet te komen' (Hvidt et al. 2020; 2, zoals geciteerd in Pastrana et al. 2021). Spirituele zorg kan gezien worden als een complex en interactief proces dat gegrond is in de therapeutische context (Tavares et al. 2022).

Onderzoek suggereert dat een gebrek aan competentie en goede training de belangrijkste reden is voor professionals in de (geestelijke) gezondheidszorg om geen spirituele zorg te verlenen (Green et al. 2020; Magaldi-Dopman et al. 2011; Villas Boas et al. 2023). Nederlandse GGZ verpleegkundigen gaven bijvoorbeeld aan behoefte te hebben aan meer competenties en praktische richtlijnen voor het beoefenen van spirituele zorg in het klinische werk (Schep-Akkerman en Van Leeuwen 2009). Ook ervaren veel psychotherapeuten, psychologen en psychiaters zelf persoonlijke R/S of existentiële identiteitsvragen. Deze kunnen (onbewust) interfereren met hun houding ten opzichte van de R/S vraagstukken van hun patiënten of met het zich competent voelen in hun professionele rol (Magaldi-Dopman e.a. 2011; Glas 2014). In de manier waarop de professional zijn rol in het algemeen vervult, wordt er altijd (indirect) iets gecommuniceerd over hoe de professional zich verhoudt tot zijn rolvulling (Glas 2017). Bijvoorbeeld door niet te spreken over R/S vragen van patiënten, wordt impliciet gecommuniceerd dat 'we het hier niet over die onderwerpen hebben' (Glas 2020). Patiënten maken op hun beurt subtiele evaluaties door hun behandelaars

te observeren om te bepalen of het delen van spirituele of religieuze inhoud al dan niet wordt verwelkomd (Bartoli 2007). Ook kunnen ze aarzelen om R/S behoeften of worstelingen te vermelden uit angst verkeerd begrepen te worden door hun therapeut (Magaldi-Dopman e.a. 2011; Worthington 1989). Deze dynamiek, waarbij zowel patiënten als zorgverleners aarzelen om R/S en existentiële behoeften in de behandeling aan de orde te stellen, ook al zien beiden het belang ervan in voor geestelijke gezondheid, kan een vicieuze cirkel creëren, die leidt tot vermijding van het onderwerp en dus tot het uitblijven van potentiële gezondheidsvoordelen. Waarbij onvervulde spirituele behoeften kunnen leiden tot onnodig fysiek en emotioneel lijden (Edwards et al. 2010; zoals geciteerd in Pastrana et al. 2021). Professionele competentie is nodig om de afstand tussen de existentiële en spirituele worstelingen en behoeften van patiënten enerzijds en de persoonlijke en professionele houding van therapeuten anderzijds te overbruggen (Van Nieuw Amerongen-Meeuwse et al. 2018). Spirituele zorgcompetentie wordt gedefinieerd als ‘het vermogen om spirituele behoeften van de patiënt te beoordelen en hiervoor interventies te bieden (Green et al. 2020), terwijl de veerkracht van zorgverleners wordt versterkt (Frick en Schiessl 2015) en de verbinding en samenwerking tussen professionele zorgverleners en hun patiënten wordt verbeterd’ (Paal et al. 2015; zoals geciteerd in Mandelkowitz et al. 2022). Het is een gedeelde verantwoordelijkheid van artsen, verpleegkundigen, psychotherapeuten, geestelijk verzorgers en andere zorgprofessionals (Frick 2017) en wordt gedefinieerd door specifieke kennis, vaardigheden en attitudes (Van Leeuwen et al. 2009; Green et al. 2020). Dit zijn echter competenties waarin GGZ-professionals in Nederland - met uitzondering van geestelijk verzorgers - meestal niet (voldoende) zijn getraind.

Het aankaarten van zingeving en religieuze, spirituele en existentiële thema's in therapie kan een uitdaging zijn in een Westers gezondheidszorgsysteem dat de afgelopen decennia ziektegericht is geworden, ook al vindt er gestaag een verschuiving plaats naar meer persoonsgerichte zorg (Bouwmeester-van Keulen et al. 2023). In veel westerse samenlevingen transformeert het religieuze en spirituele landschap bovendien door secularisatie, individualisering, globalisering en pluralisering (Woodhead et al. 2016; zoals geciteerd in Liefbroer et al. 2017). Dit leidt tot meer geïndividualiseerde spiritualiteit dan traditionele religiositeit en tot een diversiteit aan spirituele, religieuze en culturele behoeften onder patiënten, wat van professionals vraagt om met deze uiteenlopende behoeften om te gaan (Liefbroer et al. 2017). Dit is vooral relevant voor Nederland, waar in 2022 slechts 43% religieus verbonden was, een aantal dat elk jaar afneemt (Schmeets en Houben 2023). In vergelijking met 84% van de wereldbevolking die gelovig is (Pew Research Center 2012), is Nederland sterk gesecculariseerd. Door de secularisatie in Nederland zijn religieuze banden deels losgelaten en zoeken mensen naar nieuwe manieren om betekenis te vinden. Mogelijk vindt de behoefte aan zingeving nu ook zijn weg naar de geestelijke gezondheidszorg (Hoenders en Braam 2020). En ook al neemt religieuze verbondenheid af, er is een grote groep die zichzelf nog steeds spiritueel noemt, en degenen die niet verbonden zijn aan een religie of spirituele gemeenschap, kunnen ervaringen of een wereldbeeld hebben die als spiritueel kunnen worden geconceptualiseerd (Matise et al. 2017). Patiënten die klinische zorg zoeken, hebben ook ervaringen of overtuigingen gerelateerd aan spiritualiteit of religie die hun gezondheid kunnen bevorderen of belemmeren, naast het feit dat (psychisch) lijden onherroepelijk leidt tot existentiële vragen en zorgen (Hoenders en Braam 2020).

Mede daarom zouden clinici toegerust moeten zijn om deze kwesties binnen de psychotherapeutische context aan de orde te stellen (Gladding en Crockett 2019). Bij het bestuderen van wat clinici in Nederland nodig zouden hebben om spirituele zorg toe te passen, viel het ons op dat er op dit moment geen gevalideerde Nederlandse vragenlijst bestaat, die competenties in spirituele zorg in kaart kan brengen en die ook in onderzoek gebruikt kan worden. De Spiritual Care Competence Scale (Van Leeuwen et al. 2009) is een instrument om verpleegkundige competenties in spirituele zorg te beoordelen en is gevalideerd onder studenten verpleegkunde. Het is echter niet ontworpen om op meerdere beroepen in de gezondheidszorg toegepast te worden. Het doel van deze studie was het vertalen en valideren in het Nederlands van een andere vragenlijst, de Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ, Frick et al. 2019), die gebruikt kan worden voor verschillende beroepen en werkvelden in de gezondheidszorg en reeds in verschillende talen gevalideerd is. De SCCQ is ontwikkeld om de multiprofessionele, zelfgerapporteerde, spirituele zorgcompetenties van zorgprofessionals en zorgteams in een klinische context te beoordelen en te gebruiken bij de organisatie en evaluatie van trainingen op dit vlak. Een voordeel van de SCCQ is het vermogen om de complexiteit van spiritualiteit en religiositeit in hedendaagse seculiere samenlevingen te adresseren (Frick et al. 2019). Het instrument lijkt hiermee ideaal voor de Nederlandse situatie. We zullen onderzoeken of de onderliggende factorstructuur dezelfde is in de Nederlandse steekproef als in de oorspronkelijke Duitse steekproef. De SCCQ is inmiddels gevalideerd in het Duits (Frick et al. 2019), Frans (Neves Oliveira 2019), Noors (Mandelkowitz et al. 2022), Spaans (Pastrana et al. 2021) en Japans (Shimizu et al. 2023). Een aanvullend doel van het huidige onderzoek is om in kaart te brengen op welke gebieden van spirituele zorg, zorgprofessionals in verschillende beroepen in de GGZ vinden dat ze competentie missen en welke belemmeringen ze ervaren om zelf spirituele zorg te bieden.

Materialen en methoden

Opzet van het onderzoek

Er is een cross-sectionele studie uitgevoerd onder zorgprofessionals in twee GGZ-instellingen (Mental healthcare institutions, MHI's): Lentis (in 2022) in het noorden en Altrecht (in 2023) in het midden van Nederland. De Medisch Ethische Toetsingscommissie (METc) van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) concludeerde dat het protocol niet onder de reikwijdte van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) valt en registreerde het onder onderzoeksnummer 202100533.

Selectie van deelnemers

Deelnemers werden geworven met behulp van een 'convenience sampling'-methode. In beide MHI's werden de e-mailadressen van alle professionals (N = 3497) die direct met patiënten werken in een therapeutische context (d.w.z. psychiaters, psychotherapeuten, verpleegkundigen, woonbegeleiders, psychomotorische therapeuten, etc.) aan de eerste auteur verstrekt door de personeelsafdeling na toestemming van de raad van bestuur. De deelnemers werkten in een klinische, deeltijd of een ambulante setting voor de behandeling van mensen met lichte tot

ernstige en langdurige psychische problemen. Ze ontvingen een uitnodigingsmail om deel te nemen aan het onderzoek met een link naar het toestemmingsformulier en de online vragenlijst. In de daaropvolgende vier weken ontvingen ze twee herinneringsmails als ze nog niet met de vragenlijst waren begonnen of deze nog niet hadden afgerond. Voor de online afname werd Medoq van RoQua gebruikt. RoQua, onderdeel van het UMCG, ontwikkelde een systeem voor routinematige uitkomstmeting onder patiënten (zie: www.roqua.nl, geraadpleegd op 1 september 2020), maar biedt ook Medoq, een online onderzoekstool voor gegevensverzameling in niet-UMCG-gerelateerde populaties. De gegevens werden tijdens gegevensverzameling gepseudonimiseerd.

Maatregelen

Vragenlijst over competentie spirituele zorg

De oorspronkelijk 26-items tellende vragenlijst over spirituele zorgcompetentie (SCCQ) wordt gescoord met een 4-punts Likert-schaal (0 helemaal mee oneens, 1 mee oneens, 2 mee eens, 3 helemaal mee eens). In de originele Duitse versie identificeert de SCCQ zeven factoren: (1) perceptie van spirituele behoeften [5 items; Cronbachs alfa = 0,82]; (2) teamgeest [5 items; Cronbachs alfa = 0,81]; (3) documentatie [3 items; Cronbachs alfa = 0,84]; (4) spiritueel zelfbewustzijn [5 items; Cronbachs alfa = 0,83]; (5) kennis over andere religies [2 items; Cronbachs alfa = 0,73]; (6) interview competenties [2 items; Cronbachs alfa = 0,86]; en (7) empowerment [4 items; Cronbachs alfa = 0,79] (Frick et al. 2019).

De SCCQ beschikt daarnaast over items, die voor verdere analyses ingezet kunnen worden. Daarvan betreffen vier items ervaren belemmeringen voor het bieden van spirituele zorg (44. Ik weet te weinig over religie/spiritualiteit om competent te kunnen bijdragen; 46. Ik heb geen tijd voor religieuze/spirituele onderwerpen; 47. Er is geen geschikte ruimte beschikbaar om veilig over spirituele/religieuze onderwerpen (die immers privé zijn) te spreken; en 45. Ik voel me niet verantwoordelijk voor religieuze/spirituele onderwerpen). Deze items zijn oorspronkelijk gegroepeerd in een extra schaal (hindernissen, Cronbach's alpha = 0,72) in de initiële SCCQ, maar vertegenwoordigen geen competenties en zijn daarom niet meegenomen in de factoranalyse (Frick et al. 2019).

Extra variabelen

Aanvullende items werden gebruikt voor correlationele analyses en vergelijkingen tussen groepen om meer inzicht te krijgen in de verdeling van SCCQ-NL scores in de steekproef. Naast algemene sociodemografische gegevens (geslacht, leeftijd, burgerlijke staat) werden items over het beroep en het werkgebied van de deelnemers, het aantal jaren dat ze in dit beroep werkzaam waren, het aantal werkuren per week en hun professionele tevredenheid beoordeeld (5-punts Likertschaal: 4 zeer tevreden, 3 tevreden, 2-meer of minder tevreden, 1-niet tevreden, 0-zeer ontevreden). Twee andere items gingen over religieuze gezindheid (christendom, jodendom, islam, hindoeïsme, boeddhisme, overig) en of deelnemers zichzelf beschouwen als een (actief) gelovig persoon (3-ja, inderdaad, 2-ja, op de een of andere manier, 1-net niet, 0- helemaal niet). Tot slot werd respondenten gevraagd of en hoe vaak ze mediteren of bidden (3-ja, regelmatig; 2-af en toe, 1-zeer zelden, 0-nooit).]

Vertaling

De oorspronkelijke Duitstalige vragenlijst werd door de eerste en tweede auteur in het Nederlands vertaald (voorwaartse vertaling), waarbij de tweede auteur ervaring had met het vertalen van Duitse onderzoeksinstrumenten naar het Nederlands. Vervolgens werd de vragenlijst terugvertaald in het Duits (achterwaartse vertaling) door een moedertaalspreker met een master in Duitse literatuur die al 21 jaar in Nederland woont en dus tweetalig is. Om de nauwkeurigheid te garanderen, werd de vertaling beoordeeld door de twee SCCQ-ontwikkelaars en de hoofdonderzoeker, en eventuele inconsistenties werden besproken en aangepast door de Nederlandse onderzoekers. In een pilotstudie werd de vertaalde versie nagelezen en ingevuld door 10 gezondheidszorgpsychologen die in opleiding waren tot klinisch psycholoog. Dit leidde tot enkele laatste aanpassingen die voor de laatste keer door alle onderzoekers werden bekeken.

Aanvullende zelfinschattingsschaal bekwaamheid zorg voor zingevingsvragen

In MHI 2 voegden we zes items toe naast de SCCQ-NL. Drie items waren afgeleid van de Spiritual Care Competence Scale (SCCS) (Van Leeuwen et al. 2009), en drie andere items waren afgeleid van de Spiritual and Religious Competencies in Clinical Practice (Vieten en Scammell 2015) en in het Nederlands vertaald door De Bruijn (2020). De SCCS is oorspronkelijk ontwikkeld om zes kerndomeinen van spirituele zorg in de verpleegkunde te meten en is gevalideerd onder studenten verpleegkunde, met Cronbach's alpha variërend van 0,56 tot 0,82 (Van Leeuwen et al. 2009). De Spiritual and Religious Competencies in Clinical Practice zijn op onderzoek gebaseerde richtlijnen om professionals in de geestelijke gezondheidszorg te helpen op ethische en effectieve wijze om te gaan met R/S-kwesties in een klinische setting (Vieten en Scammell 2015). Deze zes items werden gebruikt in een ongepubliceerde voorstudie van Van den Bent et al. (2022). In hun studie werden de zes geselecteerde items vertaald, aangepast en (deels) gebruikt om de spirituele zorgcompetentie te meten in een diverse groep professionals in de geestelijke gezondheidszorg (psychiaters, psychologen, verpleegkundigen en anderen). De belangrijkste aanpassing die ze maakten in de items was het vervangen van 'spiritualiteit' door 'zoeken naar zingeving', een concept dat verondersteld wordt te overlappen met spiritualiteit (Hoenders en Braam 2020). Dit resulteerde in de volgende items: 1. Ik ben me bewust van hoe mijn eigen achtergrond en overtuigingen invloed kunnen hebben op mijn professionele houding, perceptie en aannames in het contact over zingeving met patiënten; 2. Ik kan zingevingsvraagstukken herkennen en benoemen; 3. Ik neem bij zingevingsvraagstukken een onbevooroordeelde houding aan, zonder direct op zoek te gaan naar antwoorden; 4. Ik weet dat er een grote diversiteit aan vormen van zingeving bestaat, met zowel positieve als negatieve eigenschappen; 5. Ik herken mijn persoonlijke grenzen bij het bespreken van zingevingsvraagstukken; 6. Ik kan zorg voor zingeving adequaat toewijzen aan een andere hulpverlener (d.w.z. geestelijk verzorger of maatschappelijk werker). In de initiële studie van Van den Bent e.a. werden de zes items beschouwd als één schaal, met een goede interne consistentie (Cronbach's alpha = 0,81). Voor de huidige studie zullen deze voorlopige items worden samengevat onder de zelfinschattingsschaal bekwaamheid zorg voor zingevingsvragen (Care for Meaning Competence, CMC), welke zal worden vergeleken met de SCCQ-factoren om te zien of het kan bijdragen aan de constructvaliditeit van de SCCQ-NL.

Statistische analyses

Analyses werden uitgevoerd met IBM SPSS Statistics for Windows, versie 28.0.1.

De analyses bestonden uit beschrijvende statistiek en analyses van de interne consistentie (Cronbach's alpha). Voor exploratieve factoranalyse en confirmatieve factoranalyse werd de steekproef willekeurig in twee deelsteekproeven verdeeld. Principale componentenanalyse (PCA) met oblimin rotatie en Kaiser's normalisatie werd gebruikt op de eerste deelsteekproef ($N = 368$), met 0,4 als cut-off voor factorladingen (Stevens 1992). Monte Carlo PCA voor parallelle analyse werd gebruikt als een extra stap voor exploratieve factoranalyse (Watkins 2005). Voor de identificatie van mogelijke factorstructuren in de gegevens kozen we ervoor om een PCA uit te voeren omdat deze methode de variantie in de gegevens vastlegt zonder een onderliggende structuur te veronderstellen, wat ons oorspronkelijke doel was. In tegenstelling tot factoranalyse (FA), die tot doel heeft latente factoren bloot te leggen die de covariantiestructuur tussen variabelen verklaren. Bovendien besloten we de analyse te roteren met oblimin rotatie, omdat deze techniek een eenvoudige en beter interpreteerbare structuur mogelijk maakt, omdat het ook toestaat dat de afgeleide componenten met elkaar gecorreleerd zijn, wat de onderliggende structuur van de gegevens beter reflecteert.

Confirmatieve factoranalyse werd uitgevoerd op de tweede deelsteekproef ($N = 362$) met R versie 4.3.1 en het Lavaan-pakket (Rosseel 2012) om te bevestigen welk model het best passend was, gebaseerd op de volgende fit-statistieken: RMSEA (root mean square error of approximation), SRMR (standardized root mean square residual), CFI (comparative fit index) en TLI (Tucker-Lewis-index). De drempelwaarden voor een goede fit waren CFI en TLI $> 0,95$, SRMR $< 0,07$ en RMSEA $< 0,05$.

Correlaties van de eerste orde werden berekend met behulp van Spearman's rho. Correlaties met $r > 0,5$ werden als sterk beschouwd, die met r tussen 0,3 en 0,5 werden als matige correlaties beschouwd, die met r tussen 0,1 en 0,3 werden als zwakke correlaties beschouwd en die met $r < 0,1$ werden als verwaarloosbaar of zonder correlatie beschouwd (Cohen 1988). Met independent-samples t-tests en one-way ANOVA werden vergelijkingen tussen groepen gemaakt voor SCCQ-NL scores. In sommige gevallen werden verschillen tussen groepen geanalyseerd met een Welch test volgend op ANOVA, nadat Levene's test een schending van de aanname van gelijke varianties voor ANOVA liet zien. Het significantieniveau werd vastgesteld op $p < 0,05$ (tweezijdig). Voor effectgroottes gebruikten we Cohen's d en eta-kwadraat. Cohen's $d = 0,2$ werd beschouwd als een klein effect, Cohen's $d = 0,5$ als een gemiddeld effect en Cohen's $d = 0,8$ als een groot effect. Voor eta-kwadraat gebruikten we 0,01 = klein effect, 0,06 = matig effect, en 0,14 = groot effect (Cohen 1988). Twee van de onafhankelijke variabelen werden gedichotomiseerd om groepsvergelijkingen mogelijk te maken. Het item 'Ik ben een (actief) gelovig persoon' werd gedichotomiseerd in gelovigen (3-ja, inderdaad, en 2-ja, op de een of andere manier) en niet-gelovigen (1-helemaal niet en 0-niets). Het item 'Ik bid of mediteer' werd onderverdeeld in bidden/mediteren (3-ja, regelmatig; 2-af en toe) en niet bidden/mediteren (1-zeer zelden, 0-nooit). Er werden ook drie leeftijdsgroepen gevormd op basis van visuele binning, waarbij elke groep 33,3% van de steekproef bevatte, oplopend in leeftijd.

Resultaten

Demografie

Van de 833 zorgprofessionals die hun toestemming gaven en aan de vragenlijst begonnen (responspercentage = 23,8%), vulden 730 de enquête volledig in (voltooingspercentage = 87,6%). In Tabel 1 is te zien dat 72,6% van de respondenten vrouw was (N = 530), 27% man (N = 197), en 0,4% vermeldde 'anders' of wilde geen antwoord geven voor geslacht (N = 3). De gemiddelde leeftijd was 44,6 jaar (SD = 12,3), variërend van 21 tot 78 jaar. De meeste respondenten werkten in de psychiatrie (95,5%) en waren verpleegkundige (39,2%); psycholoog, inclusief psychotherapeut (26,9%); arts, inclusief psychiater (10,5%); (creatief/psychomotorisch) therapeut (4,5%); of 'anders' (18,9%). Deelnemers werkten gemiddeld 30,1 uur per week (SD 5,5) en werkten 17,3 jaar in dit beroep/vakgebied (SD 12,0). De werktevredenheid was hoog met een gemiddelde score van 4,2 (SD 0,6) op een vijfpuntsschaal. De religieuze gezindheid van de deelnemers was voornamelijk christelijk (23,3%), gevolgd door een gezindheid beschreven als anders (12,1%) dan de vijf wereldreligies jodendom, islam, hindoeïsme en boeddhisme, die respectievelijk door 0,1%, 0,4%, 1,0% en 1,1% van de respondenten werden gerapporteerd. Antwoorden in de groep 'andere' waren zeer divers. Respondenten voegden bijvoorbeeld het volgende toe: humanistisch, heidens, Jehova's getuige, 'Ik geloof in liefde', 'Ik geloof in de bron', enz. De grootste groep (62,1%) gaf echter aan geen religieuze overtuiging te hebben. Slechts 25,8% antwoordde dat ze gelovig waren (ja, enigszins; ja, inderdaad), terwijl 47,7% van de respondenten aangaf te binnen of mediteren (ja, soms, en ja, regelmatig). Er waren geen significante verschillen in demografische variabelen tussen de twee MHI's, behalve voor beroep ($X^2(4, n = 730) = 34,30, p \leq 0,001$).

Factoranalyse

Onderliggende Factoranalyse

De interne consistentie van de 26 items was goed (Cronbach's alfa = 0,88). Met principale componentenanalyse (PCA) met oblimin rotatie en Kaiser-normalisatie op de eerste deelsteekproef werd een Kaiser-Meyer-Olkin-waarde van 0,85 gevonden, wat hoger is dan de vereiste waarde van 0,6 (Kaiser 1970, 1974 zoals geciteerd in Pallant 2020, p. 208). Ook de Bartlett's (1954) test voor sfericiteit was significant ($p < 0,000$). Beide parameters gaven aan dat de itemset geschikt was voor factoranalyse.

Er werd twee keer een PCA uitgevoerd. De eerste PCA onthulde zeven factoren met eigenwaarden $> 1,0$, die vrijwel identiek waren aan de factoren in de oorspronkelijke Duitse steekproef en 61,3% van de variantie verklaarden. Item 42 ('Ik benader patiënten regelmatig om hun spirituele behoeften ter sprake te brengen') en 43 ('Ik bied verbaal maar ook non-verbaal een ruimte waarin de patiënt eventueel spirituele kwesties kan inbrengen, maar hiertoe niet wordt gedwongen') laadden op de factor empowerment, in plaats van op hun oorspronkelijke factor spiritueel zelfbewustzijn, en werden dienovereenkomstig herverdeeld, waardoor de factor empowerment en proactieve opening competenties ontstond. Item 28 ('Ik ben in staat om pijn/leed van patiënten en hun naasten te verdragen') werd verwijderd omdat, hoewel de factorlading van het item goed was (0,59), het item niet op zijn oorspronkelijke factor maar op gespreksvoering laadde. Ook leek item 28 een ander construct te meten dan de andere items in deze factor (gecorrigeerde item-totaal correlatie $< 0,3$). Ten slotte

Tabel 1: Demografische variabelen en kenmerken van deelnemers. (uit engelse versie overnemen)

	Lentis (N = 338)	Altrecht (N = 392)	Total (N = 730)
Variable	%/mean ± SD	%/mean ± SD	%/mean ± SD
<i>Gender (%)</i> ¹			
Women	76.0	69.6	72.6
Men	23.4	30.1	27.0
Other	0.3	0.3	0.3
Prefer not to answer	0.3	-	0.1
<i>Mean age (years)</i>	44.6 ± 12.2	44.6 ± 12.4	44.6 ± 12.3
<i>Marital status (%)</i>			
Married	45.0	45.4	45.2
Unmarried, living together	29.0	29.3	29.2
Divorced	7.4	5.6	6.4
Single	13.3	15.8	14.7
Widowed	0.6	-	0.3
Other	4.7	3.8	4.2
<i>Work experience (years)</i>	18.0 ± 11.9	16.8 ± 12.0	17.3 ± 12.0
<i>Weekly working time (hours)</i>	30.3 ± 5.4	31.0 ± 5.5	30.1 ± 5.5
<i>Profession (%)</i>			
Physician	5.0	15.3	10.5
Nurse	47.6	32.1	39.3
Psychologist	23.4	29.8	26.8
Therapist (i.e., creative or psychomotor)	3.6	5.4	4.5
Other	20.4	17.4	18.9
	Lentis (N = 338)	Altrecht (N = 392)	Total (N = 730)
<i>Discipline (%)</i>			
Internal medicine	0.3	-	0.1
Geriatrics	1.8	0.3	1.0
Psychiatry/psychotherapy	94.7	96.2	95.5
Other	3.3	3.6	3.4
<i>Job satisfaction (1–5)</i>	4.1 ± 0.6	4.2 ± 0.6	4.2 ± 0.6
<i>Religious affiliation (%)</i>			
Christianity	21.9	24.7	23.4
Judaism	0	0.3	0.1
Islam	0.6	1.3	1.0
Hinduism	0.3	0.5	0.4
Buddhism	0.6	1.5	1.1
Other	12.7	11.2	12.1
None	63.9	60.5	62.1
<i>Believing person (%)</i>			
Not at all/rather not	73.4	75.0	74.2
Yes, somewhat/yes, indeed	26.6	25.0	25.8
<i>Praying and/or meditating (%)</i>			
No, not at all/rarely	50.9	53.6	52.3
Sometimes/yes, regularly	49.1	46.4	47.7

¹ Sub headings are presented in italics.

nam de interne consistentie van de factor aanzienlijk toe na het verwijderen van het item: Cronbach's $\alpha = 0,74$ als het item werd verwijderd, vergeleken met $0,64$ als het item werd behouden. De interne consistentie van de zeven factoren was matig (Cronbach's $\alpha = 0,64$ voor documentatiecompetenties) tot goed (Cronbach's $\alpha = 0,81$ voor perceptie van spirituele behoeften) (Tabel 2).

De scree plot gaf echter geen uitsluitsel over het optimale aantal factoren.

Aanvullende parallelle analyse onthulde vijf factoren met initiële eigenwaarden, die hoger waren dan de corresponderende criteriumwaarden voor een willekeurig gegenereerde gegevensmatrix van dezelfde grootte (26 variabelen $\times$ 368 respondenten), wat erop duidde dat een vijf-factormodel het beste zou passen bij de gegevens.

In een tweede PCA met oblimin rotatie voor de primaire 26 items werd de factoranalyse herhaald op de eerste deelsteekproef met een vast aantal van vijf extraheerbare factoren. Item 28 werd opnieuw verwijderd omdat het niet paste bij de andere items in de toegewezen factor (gecorrigeerde item-totaal correlatie $< 0,3$). Item 43 ('Ik bied verbaal maar ook non-verbaal een ruimte waarin de patiënt eventueel spirituele kwesties kan inbrengen, maar hiertoe niet wordt gedwongen') werd verwijderd als gevolg van een lage factorlading. Het resterende 24-item model onthulde vijf factoren, die 53,0% van de variantie verklaarden. In de eerste factor werden de items van de primaire Duitse SCCQ-factoren perceptie van spirituele behoeften en gespreksvaardigheden gecombineerd in één factor. Items in factoren 2, 3 en 4 kwamen respectievelijk overeen met de oorspronkelijke SCCQ-factoren teamgeest, spiritueel zelfbewustzijn en proactieve opening, en documentatie. Net als in de eerste factor, combineerde de vijfde factor ook items van twee oorspronkelijke factoren, namelijk empowerment en kennis over andere religies. De scores voor interne consistentie waren matig tot goed, met Cronbach's α variërend van $0,64$ tot $0,76$.

In zowel het zeven-factorenmodel als in het vijf-factorenmodel overschreed de betrouwbaarheidsscore voor documentatiecompetenties de kritische waarde van $0,6$ voor Cronbach's α , maar een waarde hoger dan $0,7$ heeft de voorkeur. Het verwijderen van item 5 zou de betrouwbaarheidsscore van documentatiecompetenties aanzienlijk verhogen (Cronbach's α als item verwijderd wordt = $0,796$), maar de itemlading was goed ($>0,5$), en de inter-item correlaties waren boven de vereiste waarde van $0,3$ (El Hajjar 2018). Inspectie van de inhoud van de items in documentatiecompetenties liet zien dat item 5 kennis meet over het documenteren van de spirituele achtergrond, terwijl items 3 en 4 kennis meten over beoordelingsinstrumenten voor het afnemen van de spirituele achtergrond. Beide zijn belangrijke aspecten van documentatiecompetenties, dus item 5 werd om inhoudelijke redenen behouden.

Voor de factorenstructuur van het zeven-factoren model, zie Tabel 2. De factorenstructuur van het vijf-factoren model kan worden opgevraagd bij de onderzoekers.

Confirmatieve factoranalyse

Aangezien verkennende factoranalyse twee modellen opleverde, die beide een aanzienlijke overlap vertoonden met de oorspronkelijke Duitse zeven-factor SCCQ, werd confirmatieve factoranalyse (CFA) uitgevoerd op de tweede deelsteekproef ($N = 362$) om het beste model vast te stellen, nadat de geschiktheid van de tweede

Tabel 2: Factorenstructuur van de 25 items van de SCCQ-NL.

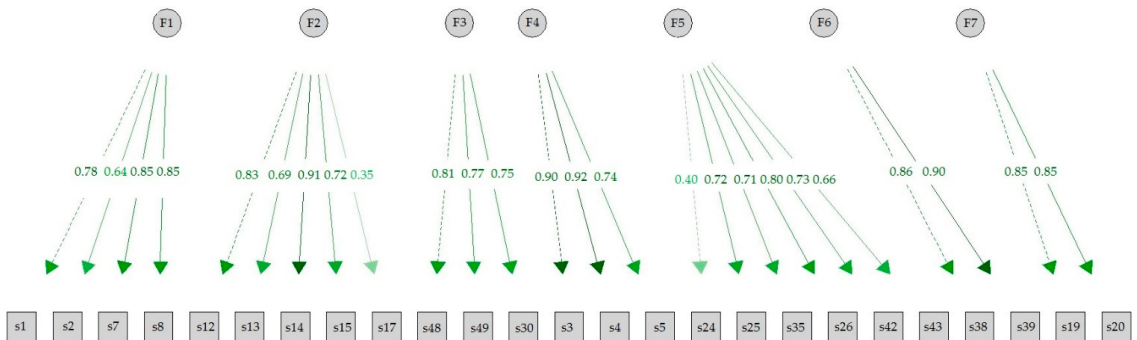
	Mean [0–3]	Corrected Item-Scale Correlation	Cronbach's α if Item Deleted	Factor Loading						
				1	2	3	4	5	6	7
Factor 1. Perception of spiritual needs (eigenvalue 6.7, Cronbach's α = 0.810) ¹										
1. I am confident I can perceive the spiritual needs of patients	2.02 $\pm$ 0.60	0.636	0.764	0.697						
2. I am confident I can perceive the spiritual needs of patients' relatives	1.96 $\pm$ 0.66	0.589	0.780	0.664						
7. I am able to perceive existential/spiritual needs even if patients have little relation to religion	1.69 $\pm$ 0.77	0.665	0.744	0.594						
8. I can also talk with nonreligious patients about their existential/spiritual needs	1.88 $\pm$ 0.80	0.643	0.757	0.536						
Factor 2. Team spirit (eigenvalue 2.2, Cronbach's α = 0.753)										
14. In the team, we exchange regularly about spirituality in patient support	0.93 $\pm$ 0.71	0.687	0.654		0.806					
12. In our team, we speak regularly about patient's spiritual needs	0.90 $\pm$ 0.74	0.630	0.671		0.733					
13. In our institution there is a great openness to the topic of spirituality	1.40 $\pm$ 0.73	0.531	0.706		0.733					
15. In the team, we regularly exchange about our own spirituality	0.92 $\pm$ 0.75	0.515	0.711		0.655					
17. In the team, we have rituals (for example farewell and interruption rituals) to deal with problematic situations	1.10 $\pm$ 0.97	0.324	0.801		0.500					
Factor 3. Spiritual self-awareness (eigenvalue 1.9, Cronbach's α = 0.756)										
48. I regularly take care of deepening my own spirituality	1.23 $\pm$ 1.12	0.685	0.552			−0.862				
49. I regularly attend professional development sessions on spiritual topics	0.53 $\pm$ 0.88	0.570	0.700			−0.786				
30. My own spirituality shapes my dealings with others/sick people	1.50 $\pm$ 1.01	0.527	0.740			−0.711				
Factor 4. Documentation competencies (eigenvalue 1.5, Cronbach's α = 0.644)										
3. I am familiar with instruments (e.g., FICA, HOPE, ELMO) for creating a short spiritual history	0.14 $\pm$ 0.43	0.563	0.485				0.855			
4. I am familiar with instruments/questionnaires for structurally assessing spiritual needs	0.17 $\pm$ 0.47	0.559	0.463				0.842			
5. I know how to document the spiritual history of my patients in a comprehensible way	0.75 $\pm$ 0.83	0.407	0.797				0.597			
Factor 5. Empowerment and proactive opening competencies (eigenvalue 1.5, Cronbach's α = 0.731)										
25. In the case of therapeutic decisions, I pay attention to religious/spiritual attitudes and convictions of the individual patient	1.99 $\pm$ 0.77	0.518	0.681					0.713		
35. I pay attention to the appropriate framework for spiritual conversations	1.21 $\pm$ 0.87	0.536	0.673					0.635		
26. I encourage my patients to reflect their spiritual beliefs and attitudes	1.74 $\pm$ 0.80	0.531	0.676					0.597		
24. I enable my patients to participate in religious activities/celebrations	1.85 $\pm$ 1.08	0.322	0.751					0.518		
42. I regularly approach patients to talk with them about their spiritual needs	1.09 $\pm$ 0.77	0.478	0.692					0.429		
43. I open verbally, but also nonverbally, a “space” in which the patient may bring spiritual concerns—but is not forced to do so	1.73 $\pm$ 0.84	0.478	0.690					0.406		
Factor 6. Knowledge about other religions (eigenvalue 1.1, Cronbach's α = 0.744)										
38. I am well aware of the religious characteristics of patients from other religious communities	1.73 $\pm$ 0.66	0.592	NA						0.850	
39. I take care that the religious characteristics of patients from other religious communities are adequately considered	1.88 $\pm$ 0.66	0.592	NA						0.840	
Factor 7. Conversation competencies (eigenvalue 1.0, Cronbach's α = 0.735)										
19. I am able to conduct an open discussion on existential issues	2.46 $\pm$ 0.60	0.572	0.361							0.826
20. I am able to conduct an open discussion on religious issues	2.43 $\pm$ 0.59	0.513	0.455							0.796
Deleted item										
28. I am able to tolerate the pain/suffering of patients and their relatives	2.55 $\pm$ 0.53	0.292	0.735							

¹ Factor labels are presented in bold.

deelsteekproef voor CFA statistisch was bevestigd (Bartlett's test $p < 0,001$, KMO-waarde = 0,85).

De CFA toonde een superieure fit voor het zeven-factoren model (CFI = 0,988, TLI = 0,986, RMSEA = 0,047, en SRMR = 0,067) in vergelijking met het vijf-factoren model (CFI = 0,959, TLI = 0,953, RMSEA = 0,086, en SRMR = 0,087); zie Figuur 1. Het zeven-factoren model werd daarom gebruikt in verdere analyses.

Figuur 1: Resultaat van de bevestigende factoranalyse op de tweede deelsteekproef (N = 362). Factorladingen worden weergegeven met pijlen in één richting van factoren naar variabelen.



Sterke correlaties (d.w.z. $r \geq 0,5$) werden binnen de deelsteekproef gevonden voor factor 1 met factor 3 ($r_{F1,F3} = 0,51$), factor 5 ($r_{F1,F5} = 0,73$) en factor 7 ($r_{F1,F7} = 0,65$). Factor 2 correleerde sterk met factor 4 ($r_{F2,F4} = 0,50$) en factor 5 ($r_{F2,F5} = 0,58$). Factor 3 vertoonde een sterke correlatie met factor 5 ($r_{F3,F5} = 0,57$). Tot slot correleerde factor 5 sterk met factor 6 ($r_{F5,F6} = 0,68$) en factor 7 ($r_{F5,F7} = 0,56$).

Verdeling van de SCCQ-NL-scores in de steekproef

Het hoogst scorende item was item 19 ('Ik ben in staat om een open gesprek te voeren over existentiële onderwerpen'), gevolgd door item 20 ('Ik ben in staat om een open gesprek te voeren over religieuze onderwerpen'), dit zijn de gespreksvoering competentie items. De laagst scorende items behoorden tot de factor documentatievaardigheden, met als laagste item item 3 ('Ik ken instrumenten (bijv. FICA, HOPE, ELMO) voor het afnemen van een korte spirituele anamnese'). De factoren die het hoogst scoorden waren gespreksvoering en perceptie van spirituele behoeften, gevolgd door kennis over andere religies, empowerment, spiritueel zelfbewustzijn en tot slot teamgeest en documentatie competenties (zie Tabel 3). Respondenten in MHI 2 scoorden significant hoger dan die in MHI 1 op zowel teamgeest als kennis over andere religies, maar met kleine effectgroottes (Cohen's d = respectievelijk -0,20 en -0,33).

ANOVA toonde geen sekseverschillen in SCCQ-NL scores. De ANOVA was echter wel significant voor leeftijd voor alle SCCQ-NL factoren, behalve voor gespreksvoering. Post hoc vergelijkingen toonden aan dat perceptie van spirituele behoeften en spiritueel zelfbewustzijn hoger waren bij de oudere deelnemers in vergelijking met de jongere. Ook scoorden de jongste respondenten (d.w.z. ≤ 37 jaar) significant lager op teamgeest en empowerment vergeleken met oudere respondenten

(38 jaar en ouder). Respondenten jonger dan 53 jaar scoorden significant lager op kennis over andere religies. De effectgroottes waren significant maar klein voor teamgeest, kennis over andere religies, en empowerment ($\eta^2 = 0,02, 0,02$, en $0,03$, respectievelijk), en gemiddeld voor spiritueel zelfbewustzijn en perceptie van spirituele behoeften ($\eta^2 = 0,05$ en $0,07$, respectievelijk).

Er waren ook significante verschillen tussen beroepen in de meeste SCCQ-NL factoren, maar de effectgroottes waren klein, met een eta-kwadraat variërend van $0,01$ tot $0,04$. Psychologen scoorden significant lager op perceptie in vergelijking met artsen (inclusief psychiaters), verpleegkundigen en de groep 'andere', en significant lager op teamgeest dan artsen/psychiaters. Psychologen scoorden ook significant lager op spiritueel zelfbewustzijn dan verpleegkundigen, creatieve/psychomotorische therapeuten en de groep 'andere'. Verder scoorden psychologen significant lager op empowerment en proactieve opening in vergelijking met verpleegkundigen, en lager op kennis over andere religies in vergelijking met verpleegkundigen en de groep 'andere'. Voor documentatie was de gemiddelde score voor creatieve/psychomotorische therapeuten significant lager dan voor artsen/psychiaters en voor verpleegkundigen.

Tenslotte scoorden respondenten die zichzelf als gelovig identificeerden significant hoger op perceptie van spirituele behoeften, spiritueel zelfbewustzijn, empowerment, kennis over andere religies en gespreksvoering. De effectgroottes waren klein voor empowerment, kennis en gespreksvoering (Cohen's $d =$ respectievelijk $0,3$, $0,3$ en $0,4$), middelgroot voor perceptie (Cohen's $d = 0,5$), en aanzienlijk groot voor spiritueel zelfbewustzijn (Cohen's $d = 1,3$). Respondenten die aan gebed/meditatie deden scoorden ook hoger op deze competenties dan degenen die dat niet deden, behalve voor kennis over andere religies, met kleine effectgroottes voor empowerment en gespreksvoering (Cohen's $d = 0,3$ voor beide) en een zeer grote effectgrootte voor spiritueel zelfbewustzijn (Cohen's $d = 1,7$) (Tabel 3).

Belemmeringen

De interne consistentie van de niet-competentiegerelateerde belemmeringen schaal was niet voldoende in deze Nederlandse steekproef (Cronbach's $\alpha = 0,51$) en verbeterde niet als een van de vier items werd verwijderd. In plaats van het als schaal te gebruiken, werden de items afzonderlijk gebruikt om vier aspecten van belemmeringen te beoordelen die respondenten kunnen ervaren bij het verlenen van spirituele zorg. Tabel 3 toont ook itemscores en vergelijkingen tussen groepen voor de belemmeringen items. Het item dat het hoogst scoorde (d.w.z. gebieden waarop respondenten ervaren het meest belemmerd te worden) was 44 ('Ik weet te weinig over religie/spiritualiteit om competent te kunnen bijdragen'), gevolgd door 45 ('Ik voel me niet verantwoordelijk voor religieuze/spirituele onderwerpen'). Items 46 ('Ik heb geen tijd voor religieuze/spirituele onderwerpen') en 47 ('Er is geen geschikte ruimte beschikbaar om veilig over religieuze/spirituele onderwerpen (die immers privé zijn te spreken') scoorden het laagst.

Er waren geen significante verschillen in de itemscores tussen MHI 1 en MHI 2. Vrouwen ($M = 1,46$, $SD = 0,88$) ervoeren een gebrek aan kennis over religie/spiritualiteit meer dan mannen ($M = 1,22$, $SD = 0,89$; $t(725) = 3,27$, $p = 0,001$), maar de effectgrootte was klein (eta-kwadraat: $0,01$). ANOVA liet zien dat jongere respondenten (≤ 37) significant hoger scoorden voor gebrek aan kennis en zich niet verantwoordelijk voelen dan de leeftijdsgroepen 38-52 en 53 jaar-en-ouder,

Tabel 3: Itemscores op de SCCQ-NL en ‘belemmeringen’ items en verschillen voor MHI, leeftijd, beroep, gelovigen/niet-gelovigen, beoefenen/niet beoefenen van gebed/meditatie. (uit Engelse versie overnemen)

		Perception	Team Spirit	Spiritual Self-Awareness	Documentation	Empowerment	Knowledge Religions	Conversation	Hindrances Items			
									44. Knowledge	45. Responsible	46. Time	47. Space
All (N = 730)	Mean	2.07	1.03	1.14	0.34	1.61	1.80	2.42	1.40	1.06	0.92	0.62
	SD	0.49	0.56	0.80	0.45	0.57	0.63	0.55	0.89	0.85	0.82	0.81
Institution												
MHI 1 (N = 338)	Mean	1.87	0.97	1.17	0.31	1.57	1.69	2.44	1.46	0.99	0.86	0.65
	SD	0.56	0.57	0.83	0.43	0.61	0.64	0.53	0.88	0.83	0.81	0.86
MHI 2 (N = 392)	Mean	1.92	1.08	1.12	0.36	1.65	1.898	2.51	1.35	1.11	0.97	0.59
	SD	0.58	0.54	0.79	0.46	0.54	0.60	0.59	0.90	0.86	0.83	0.78
F value		0.01	3.89	0.84	0.89	5.89	7.61	1.59	0.52	4.599	0.41	3.39
p-value		n.s.	0.007	n.s.	n.s.	n.s.	<0.001	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Age												
21–37 (N = 249)	Mean	1.71	0.91	0.92	0.28	1.48	1.69	2.43	1.55	1.20	0.99	0.59
	SD	0.55	0.49	0.73	0.36	0.53	0.61	0.53	0.87	0.84	0.83	0.799
38–52 (N = 248)	Mean	1.89	1.07	1.17	0.36	1.66	1.82	2.39	1.36	0.97	0.87	0.58
	SD	0.56	0.57	0.78	0.47	0.58	0.59	0.55	0.89	0.799	0.82	0.79
>53 (N = 233)	Mean	2.09	1.10	1.36	0.37	1.699	1.91	2.46	1.27	1.00	0.89	0.69
	SD	0.54	0.595	0.84	0.498	0.58	0.67	0.56	0.89	0.89	0.82	0.85
F value		28.7	8.6	19.3	3.61^a	10.98	7.4	0.77	10.25	7.598	2.16	1.77
p-value		<0.001	<0.001	<0.001	0.03	<0.001	<0.001	n.s.	0.001	0.005	n.s.	n.s.
Profession												
Physician/psychiatrist (N = 77)	Mean	1.94	1.14	1.14	0.394	1.60	1.79	2.42	1.16	1.09	1.14	0.43
	SD	0.51	0.54	0.76	0.52	0.51	0.65	0.51	0.92	0.85	0.87	0.72
Nurse (N = 287)	Mean	1.94	1.05	1.17	0.36	1.68	1.85	2.38	1.40	0.89	0.86	0.77
	SD	0.55	0.54	0.79	0.49	0.55	0.60	0.57	0.91	0.81	0.82	0.85
Psychologist (N = 196)	Mean	1.72	0.91	0.94	0.31	1.53	1.69	2.45	1.55	1.22	0.98	0.47
	SD	0.595	0.53	0.71	0.36	0.57	0.59	0.50	0.82	0.83	0.79	0.79
Therapist (creative/psychomotor) (N = 33)	Mean	2.00	1.10	1.495	0.13	1.59	1.68	2.47	1.39	1.27	0.79	0.52
	SD	0.55	0.52	0.71	0.24	0.42	0.54	0.499	0.86	0.91	0.78	0.71
Other (N = 137)	Mean	2.01	1.06	1.299	0.35	1.61	1.90	2.49	1.30	1.09	0.85	0.66
	SD	0.57	0.64	0.93	0.43	0.66	0.72	0.59	0.90	0.88	0.83	0.79
F value		6.79	3.36^a	7.00^a	6.16^a	2.05 ^a	3.36	1.16	3.35	5.26	2.51	5.43
p-value		<0.001	0.01	<0.001	<0.001	n.s.	0.01	n.s.	0.01	<0.001	0.04	<0.001
Believers (N = 188)	Mean	2.11	1.08	1.82	0.37	1.72	1.93	2.56	0.96	0.77	0.83	0.69
	SD	0.54	0.58	0.69	0.49	0.59	0.64	0.52	0.83	0.82	0.81	0.82
Non-believers (N = 542)	Mean	1.82	1.01	0.91	0.33	1.57	1.76	2.38	1.55	1.15	0.95	0.59
	SD	0.56	0.55	0.71	0.43	0.56	0.62	0.55	0.86	0.84	0.83	0.81
F value		0.07	0.68	0.77	3.196	0.36	0.02	0.59	4.86	0.43	0.84	0.03
p-value		<0.001	n.s.	<0.001	n.s.	0.002	0.002	<0.001	<0.001	<0.001	n.s.	n.s.
“I pray or meditate”												
Practicing prayer/meditation (N = 348)	Mean	2.02	1.05	1.67	0.37	1.696	1.85	2.51	1.20	0.93	0.91	0.68
	SD	0.55	0.58	0.69	0.48	0.58	0.61	0.54	0.86	0.84	0.84	0.83
Not practicing prayer/meditation (N = 382)	Mean	1.79	1.00	0.67	0.31	1.53	1.76	2.35	1.58	1.18	0.92	0.57
	SD	0.57	0.54	0.58	0.41	0.55	0.64	0.55	0.88	0.84	0.80	0.79
F value		1.05	2.52	5.896	3.32	0.02	1.07	1.46	0.58	0.41	4.56	1.57
p-value		<0.001	n.s.	<0.001	n.s.	<0.001	n.s.	<0.001	<0.001	<0.001	n.s.	n.s.

^a based on Welch test for profession, because Levene's test showed violation of the assumption of equal variances for ANOVA. Significant differences are highlighted (bold). n.s.—not significant.

maar de effectgroottes waren klein ($\eta^2 = 0,10$ en $0,02$, respectievelijk). Er waren ook significante maar kleine (η^2 variërend van $0,01$ tot $0,03$) verschillen tussen beroepen voor alle vier items. Psychologen ervoeren, meer dan artsen/psychiaters, het gevoel dat ze kennis over spiritualiteit en religie missen om een competente bijdrage te leveren. Ook voelden psychologen zich significant minder verantwoordelijk dan verpleegkundigen om over spirituele en religieuze onderwerpen te praten. Tenslotte ervoeren verpleegkundigen significant meer dan artsen en psychologen dat ze geen geschikte ruimte hadden om over religieuze/spirituele onderwerpen te praten.

Er werd ook een onafhankelijke t-test uitgevoerd voor respondenten die zich identificeerden als gelovig versus niet-gelovig en respondenten die bidden/mediteren versus niet bidden/mediteren. Niet-gelovigen scoorden significant hoger op het ontbreken van kennis om competent te kunnen bijdragen (item 44) dan gelovigen. Hetzelfde werd gevonden voor zich niet verantwoordelijk voelen en niet de geschikte persoon zijn om over religieuze/spirituele onderwerpen te praten (item 45). Niet-gelovigen scoorden significant hoger op dit belemmeringen item dan gelovigen, waarbij beide items een gemiddelde effectgrootte hadden (Cohen's $d =$ respectievelijk $-0,5$ en $-0,7$). Dit verschil werd ook gevonden bij degenen die geen gebed/meditatie beoefenden, die significant hoger scoorden op het item gebrek aan kennis (44) dan respondenten die wel gebed/meditatie beoefenden. Ook scoorden degenen die geen gebed/meditatie beoefenden significant hoger op zich niet verantwoordelijk voelen en niet de aangewezen persoon zijn om over religieuze/spirituele onderwerpen te praten (item 45), maar de effectgroottes waren klein (Cohen's $d =$ respectievelijk $-0,4$ en $-0,3$).

Zelfwaargenomen competentie op de SCCQ-NL was negatief en significant gecorreleerd met de belemmeringenitems 44, 45 en 46, die respectievelijk gebrek aan kennis, zich niet verantwoordelijk voelen en geen tijd hebben om over religieuze/

Tabel 4: Correlatieanalyse voor SCCQ-NL factoren en beperkende items.

	44. My Knowledge [...]	45. I Do Not Perceive Myself as [...]	46. I Do Not Have Time [...]	47. No Suitable Room [...]
44. My knowledge about religion/spirituality is too poor to get involved in a competent manner	1.000			
45. I do not perceive myself as an appropriate person for religious/spiritual topics	0.288 **	1.000		
46. I do not have time for religious/spiritual topics	0.226 **	0.277 **	1.000	
47. No suitable room is available for talking privately about religious/spiritual topics	0.096 **	0.070	0.311 **	1.000
Perception competencies	-0.488 **	-0.268 **	-0.195 **	-0.012
Team spirit	-0.205 **	-0.146 **	-0.121 **	-0.023
Spiritual self-awareness	-0.358 **	-0.312 **	-0.103 **	0.094
Documentation competencies	-0.208 **	-0.149 **	-0.114 **	-0.037
Empowerment and proactive opening competencies	-0.390 **	-0.302 **	-0.163 **	-0.010
Knowledge about other religions	-0.340 **	-0.178 **	-0.129 **	-0.033
Conversation competencies	-0.346 **	-0.165 **	-0.202 **	-0.107 **

** Spearman's rho is significant at the $p = 0.01$ level; moderate correlations are highlighted (bold).

spirituele onderwerpen te praten meten. Item 47 ('er is geen geschikte ruimte beschikbaar om over spirituele/religieuze onderwerpen te praten') correleerde met spiritueel zelfbewustzijn en gespreksvaardigheden (Tabel 4).

Correlatie van de SCCQ-NL-factoren met andere variabelen

Zelfinschattingsschaal bekwaamheid zorg voor zingevingsvragen

De zes items van de zelfinschattingsschaal bekwaamheid zorg voor zingevingsvragen (Care for Meaning Competence, CMC) werden alleen voorgelegd aan de MHI 2-steekproef. Van de 392 SCCQ-NL respondenten in MHI 2 vulden 381 (97%) ook de CMC items in. Net als in de ongepubliceerde Nederlandse studie van Van den Bent et al. (2022) hadden de items voldoende interne consistentie om door te gaan voor één schaal (Cronbach's alpha = 0,72). De itemscores varieerden van 2 tot 5; de gemiddelde score voor de CMC-schaal voor de MHI 2-steekproef was 4,01 met een standaarddeviatie van 0,55. Alle zeven SCCQ-NL factoren correleerden positief en significant met de CMC-schaal, net als met de andere SCCQ-NL schalen, met zwakke tot sterke correlaties (Tabel 5).

Tabel 5: Correlatieanalyse van SCCQ-NL subschalen met CMC items en werkvariabelen.

	Perception	Team Spirit	Self-Awareness	Documentation	Empowerment	Knowledge Religions	Conversation
Perception competencies	1.000						
Team spirit	0.332 ***	1.000					
Spiritual self-awareness	0.383 ***	0.184 ***	1.000				
Documentation competencies	0.292 ***	0.298 ***	0.126 ***	1.000			
Empowerment competencies	0.524 ***	0.423 ***	0.335 ***	0.344 ***	1.000		
Knowledge about other religions	0.357 ***	0.233 ***	0.167 ***	0.157 ***	0.461 ***	1.000	
Conversation competencies	0.471 ***	0.155 ***	0.218 ***	0.159 ***	0.370 ***	0.277 ***	1.000
Care for Meaning Competence (CMC) ^a	0.527 ***	0.221 ***	0.179 ***	0.218 ***	0.472 ***	0.473 ***	0.458 ***
Working hours	0.014	0.019	-0.123 ***	0.090	0.006	0.077	0.085
Job satisfaction	0.033	0.070	-0.036	0.042	0.051	0.058	0.128 ***
Working years	0.193 ***	0.115 **	0.149 ***	0.028	0.114 **	0.133 ***	-0.020

*** correlation is significant at the 0.001 level; ** correlation is significant at the 0.01 level; moderate and strong correlations are highlighted (bold); ^a. N = 381 for correlations with CMC construct (only MHI 2 respondents were presented the CMC items).

Werkgerelateerde variabelen

Tot slot berekenden we de correlaties tussen drie werkgerelateerde variabelen, namelijk wekelijkse werkuren, werktevredenheid en jaren werkzaam in dit beroep (Tabel 5). Wekelijkse werkuren waren negatief gecorreleerd met spiritueel zelfbewustzijn. Werktevredenheid was positief gecorreleerd met gespreksvaardigheden. Het aantal jaren dat professionals werkzaam waren in dit beroep vertoonde significante positieve correlaties met de SCCQ-NL factoren, behalve voor documentatie vaardigheden en gespreksvoering.

Discussie

Een gevalideerd instrument om spirituele zorgcompetentie onder zorgprofessionals te meten ontbreekt in Nederland. Daarom hebben we de Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ) (Frick et al. 2019) vertaald en gevalideerd in het Nederlands. In een steekproef van 730 GGZ-professionals werkzaam in twee grote instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (MHI's) in Nederland, vonden we een zeven-factorestructuur met een vergelijkbare verdeling van items als in de originele Duitse SCCQ. Na het verwijderen van één item op basis van statistische overwegingen, waren de zeven factoren die we vonden voor de 25-item SCCQ-NL als volgt: perceptie van spirituele behoeften, teamgeest, spiritueel zelfbewustzijn, documentatievaardigheden, empowerment en proactieve opening competenties, kennis over andere religies en gespreksvoering. De overeenkomst van de itemverdeling van de SCCQ-NL over de factoren, met de itemverdeling in de oorspronkelijke SCCQ-factoren, wijst op een goede inhoudsvaliditeit. Er zijn aanwijzingen voor voldoende constructvaliditeit omdat alle zeven SCCQ-NL factoren significant correleerden met de Care for Meaning Competence (CMC) schaal in de MHI 2 steekproef. Hoewel de CMC-items slechts één keer eerder werden gebruikt in een ongepubliceerde studie, werden de CMC-items gedeeltelijk verkregen en aangepast uit de Spiritual Care Competencies Scale (Van Leeuwen et al. 2009), die een van de vragenlijsten was die werden geraadpleegd bij de ontwikkeling van de SCCQ (Frick et al. 2019). Daarom zouden de CMC-schaal en SCCQ-factoren theoretisch aan elkaar gerelateerd moeten zijn. Bij het testen waren ze dat inderdaad, wat een indicatie is voor een goede convergente validiteit (Trochim 2006; zoals geciteerd in El Hajjar 2018). Hetzelfde geldt voor de items die ervaren belemmeringen meten, die theoretisch (negatief) gecorreleerd zouden moeten zijn aan de SCCQ-NL factoren, wat ze ook waren voor drie van de vier belemmeringen items. Discriminante validiteit werd geïmpliceerd door de afwezigheid van correlaties tussen werktevredenheid en werkuren en de SCCQ-NL factoren (met uitzondering van zeer kleine correlaties tussen werktevredenheid en gespreksvaardigheden, en tussen werkuren en spiritueel zelfbewustzijn). Dit is in overeenstemming met Frick et al., die bij het ontwikkelen van de SCCQ de discriminante validiteit testten door deze te correleren met een theoretisch niet-gerelateerde variabele (Frick et al. 2019; El Hajjar 2018). Bijgevolg meet de SCCQ-NL, met een acceptabele tot goede betrouwbaarheid, spirituele zorgcompetentie op zeven subschalen.

De respondenten in onze steekproef waren niet bekend met instrumenten om de spirituele behoeften van patiënten structureel te beoordelen en wisten nauwelijks hoe ze hun bevindingen moesten documenteren (documentatiecompetenties). Dit laat zien dat het documenteren van spirituele behoeften specifieke vaardigheden vereist en complex is. De literatuur laat zien dat dit te maken heeft met privacy van patiënten, verschillen in opleiding en onduidelijke verantwoordelijkheden in de spirituele zorg van verschillende disciplines (Ross en McSherry 2020) en dus verder onderzoek en training vereist. Opvallend waren de relatief lage scores op teamgeest en spiritueel zelfbewustzijn, omdat deze niet individuele en professionele competenties op zich beoordelen, maar gerelateerd zijn aan het kennen van zichzelf en iemands persoonlijke religieuze/spirituele identiteit en het bewust zijn van iemands houding ten opzichte van spiritualiteit en spirituele zorg. Een gebrek

aan bewustzijn van iemands R/S-identiteit kan leiden tot tegenoverdracht of het vermijden van spirituele behoeften en R/S-onderwerpen van patiënten (Magaldi-Dopman et al. 2011; Hengeveld-Sloëttjes et al. 2020; Magaldi en Trub 2018), waardoor het therapeutische proces mogelijk wordt ondermijnd.

Gespreksvoering, perceptie van spirituele behoeften, kennis over andere religies en empowerment en proactieve opening competenties scoorden het hoogst in de steekproef, wat duidt op zelfgepercipieerde competentie op deze gebieden. Echter, aangezien perceptie van behoeften, gespreksvoering, en empowerment competenties zijn waar professionals in de geestelijke gezondheidszorg juist in getraind zijn en de SCCQ zelfgerapporteerde competenties meet, kunnen deze competenties mogelijk over gerapporteerd worden waarin sociale wenselijkheid een rol kan spelen (Frick et al. 2019), terwijl respondenten mogelijk niet op de hoogte zijn van het vocabulaire dat specifiek is voor R/S behandelingen en die niet gebruikt wordt in reguliere psychotherapie (Bouwhuis-van Keulen et al. 2023). Ook kunnen relatief lage scores op spiritueel zelfbewustzijn en teamgeest in combinatie met hoge scores op gespreksvoering, perceptie en empowerment duiden op de neiging van professionals naar een expertpositie in de therapeutische relatie. Dit neigt meer naar het medische model, terwijl spirituele zorg persoonsgerichte zorg is die 'prioriteit geeft aan de behoeften, voorkeuren en levensdoelen van de individuen en families die gezondheidsdiensten ontvangen' (Doherty et al. 2020, p. 1). Dit vraagt om een open, niet-oordelende houding ten opzichte van religie en spiritualiteit, met een bewustzijn van de eigen (niet-)religieuze achtergrond, normen, waarden en vooroordelen van de professionals (Verhagen 2012; Magaldi en Trub 2018). Onderwijs in spirituele zorg kan deze houding faciliteren en competentie en spiritueel zelfbewustzijn vergroten (Magaldi-Dopman et al. 2011).

Integratie van zingeving en spirituele zorg in de opleiding van zorgprofessionals in Nederland lijkt te ontbreken. In het bijzonder lijken psychologen volgens dit onderzoek op te vallen binnen het professionele landschap, met lagere scores op verschillende SCCQ-NL schalen vergeleken met psychiaters en verpleegkundigen, en vooral met een lager zelfgerapporteerd spiritueel zelfbewustzijn vergeleken met artsen/psychiaters, verpleegkundigen en creatieve en psychomotorische therapeuten. Psychologen rapporteren ook meer barrières, zoals een gebrek aan kennis om op competente wijze R/S behoeften te bespreken en zichzelf niet als de aangewezen persoon te beschouwen om spirituele zorg te verlenen. Dit kan het gevolg zijn van een gebrek aan specifieke opleiding over dit onderwerp of onderwijs kan de aandacht van psychologen voor spirituele of zingeving zorg ontmoedigen. Zo blijkt uit internationaal onderzoek dat, ook al staan psychologen open voor spirituele onderwerpen, ze zich terughoudend voelen om het erover te hebben met patiënten (Mandelkow et al. 2022). Psychologen rapporteren bovendien dat hun academische programma's spirituele en religieuze onderwerpen veronachtzamen en men ervaart dat de opleiding vijandig kan staan tegenover het bespreken en verkennen van de religieuze of spirituele identiteit van studenten, wat impliceert dat het taboe is (Magaldi-Dopman et al. 2011). Wij veronderstellen dat het gebrek aan opleiding of een ontmoedigende academische omgeving eraan bijdraagt dat ook psychologen in Nederland relatief meer belemmeringen en lagere competentie ervaren in vergelijking met andere beroepsgroepen, om aandacht te hebben voor zingeving, spiritualiteit en religie.

Ook al krijgen andere beroepsgroepen ook niet veel opleiding in spirituele zorg,

toch zou het kunnen dat er een toegankelijker klimaat is zijn ten opzichte van R/S onderwerpen bij de opleidingen. Zo werd bijvoorbeeld onlangs een onderwijsmodule over filosofie, ethiek en levensbeschouwing, inclusief spiritualiteit en religie, toegevoegd aan het curriculum van psychiaters in opleiding in Nederland (Braam zoals geciteerd in Lansink 2020). Tevens zijn psychiaters - meer dan andere artsen - geneigd om R/S worstelingen en behoeften met hun patiënten te bespreken, vooral in gevallen van angst of depressie (Verhagen 2012). Ook verpleegkundigen worden doorgaans getraind in spirituele zorg, vooral met betrekking tot palliatieve zorg. Tot slot staat creatieve therapie van oudsher open voor spiritualiteit; 'het houdt een therapeutische relatie in die het mogelijk maakt om geestelijke en spirituele behoeften uit te drukken en te verkennen door middel van kunst' (Bell 2011; in Laranjeira en Querido 2023, p. 1).

Over het algemeen is er echter weinig bekend over hoe het onderwijs zich verhoudt tot competenties in spirituele zorg voor de verschillende beroepen in de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Er is behoefte aan verder onderzoek naar de rol van opleiding in het ontwikkelen van vaardigheden in spirituele zorg. Omdat de effectgroottes voor verschillen tussen groepen klein waren, is volgens ons een breed opgezet onderzoek nodig om verschillen in vaardigheden in spirituele zorg en opleidingen te bestuderen, alsmede de rol van R/S identiteit en spiritueel zelfbewustzijn voor Nederlandse professionals in de geestelijke gezondheidszorg. Interessant is dat leeftijd en arbeidsjaren een positieve correlatie vertoonden met SCCQ-NL scores, wat aangeeft dat senioriteit geassocieerd is met verhoogde spirituele competentie. Naast opleiding is er een schijnbaar natuurlijk proces in het spel: wijsheid komt met de jaren.

Afgezien van het beroep of het rijpingsproces van de professional dat samenhangt met leeftijd en arbeidsjaren, gaat gelovig zijn en het beoefenen van gebed en/of meditatie gepaard met een hoger zelfgerapporteerd spiritueel zelfbewustzijn en perceptie-, gespreks- en empowermentvaardigheden dan hun tegenhangers. Gezien sterke effectgroottes zijn deze verschillen betekenisvol. Dit geeft aan dat professionals die een persoonlijke interesse hebben en/of R/S belangrijk vinden in hun leven, zich comfortabeler en kompetenter voelen om spirituele zorg te verlenen, ook al kunnen we aannemen dat ze dezelfde opleiding hebben gehad als niet-gelovigen. De items van de spirituele zelfbewustzijn schaal, vooral item 48 ('Ik zorg regelmatig voor verdieping van mijn eigen spiritualiteit') en 49 ('Ik woon regelmatig professionele ontwikkelingssessies bij over spirituele onderwerpen'), kunnen echter leiden tot bias, omdat agnosten of atheïsten deze uitspraken eerder zullen afwijzen. Atheïsten en agnosten kunnen zich bewust zijn van hun normen, waarden, standpunten of (niet-)religieuze/spirituele achtergrond en identiteit en hoe deze hun professionele rol beïnvloeden, maar ze kunnen te maken krijgen met andere uitdagingen bij het verlenen van spirituele zorg (Magaldi-Dopman et al. 2011) in vergelijking met hun gelovige en praktiserende collega's die bidden en/of mediteren. Onderzoek toont ook aan dat de persoonlijke spiritualiteit van de zorgprofessional cruciaal is voor het verlenen van geestelijke zorg, en dit vraagt om verder onderzoek (Mächler et al. 2022). Eén studie toonde bijvoorbeeld aan dat, ook over culturen heen, jezelf identificeren als niet- of nauwelijks spiritueel voorspellend was voor het niet verlenen van spirituele zorg (Bar-Sela et al. 2019). In onze steekproef beoefende 52,3% van de respondenten geen gebed en/of meditatie en identificeerde 74,2% zich als niet-gelovig. Deze percentages kunnen nog hoger liggen in de gehele

professionele GGZ-populatie vanwege de mogelijke selectiebias in onze studie (d.w.z. deelnemers aan de studie waren mogelijk al geïnteresseerd in het onderwerp en/of hadden er een positief beeld van).

De bovengenoemde percentages laten zien dat jezelf identificeren als een (actief) gelovig persoon niet hetzelfde is als bidden of mediteren. Achteraf gezien kan het plaatsen van 'actief' in het item voor onduidelijkheid hebben gezorgd. Er is meer onderzoek nodig naar de definitie en operationalisering van termen als gelovig, spiritueel en religieus, en hoe deze zich verhouden tot vaardigheden in zingeving- en spirituele zorg.

De verdeling van scores op de SCCQ-NL-schalen was vergelijkbaar met die van de Duitse steekproef in termen van hoog-laag scorende competenties, hoewel de items voor proactieve openingscompetenties (d.w.z. 42 en 43) in de Nederlandse steekproef werden verdeeld over de subschaal van empowermentcompetenties. Zowel in de Nederlandse als in de Duitse steekproef scoorden gesprekscompetenties het hoogst, gevolgd door de perceptie van spirituele behoeften. Kennis over andere religies scoorde op de derde plaats in de Nederlandse steekproef, gevolgd door empowermentcompetenties. In de Duitse steekproef waren deze posities omgekeerd. Spiritueel zelfbewustzijn, teamgeest en documentatiecompetenties scoorden respectievelijk als vijfde, zesde en zevende in beide steekproeven. Deze overeenkomsten waren te verwachten, want hoewel er culturele verschillen zijn tussen beide landen (Blom 2019), zijn de Duitse en Nederlandse samenlevingen op zijn minst gedeeltelijk vergelijkbaar, omdat ze naburige West-Europese landen zijn met een bepaalde gedeelde geschiedenis, een van oorsprong christelijke identiteit, en westerse, hedendaagse culturele veranderingen ondergaan, zoals secularisatie en multiculturalisatie. Toch is Nederland geseculariseerder dan Duitsland, met respectievelijk 43% versus 58,2% van de bevolking met een religieuze achtergrond. In geseculariseerde samenlevingen maakt traditionele religie plaats voor meer individuele spiritualiteit, bijvoorbeeld in de zoektocht naar zingeving, doel en betekenis. Hierdoor zijn concepten als zingeving, doelgerichtheid en spiritualiteit voor professionals en patiënten in Nederland wellicht passender en herkenbaarder dan het concept religie. Er is echter discussie over hoe spiritualiteit, religie, geloof en zingeving gedefinieerd moeten worden (Paul Victor en Treschuk 2020; Hoenders en Braam 2020). Spiritualiteit kan geassocieerd worden met vaagheid, en religie kan voor veel mensen in Nederland geassocieerd worden met repressieve instituties. Het gebruik van deze concepten zonder een duidelijke theoretische definitie kan mogelijk tegenoverdracht creëren, wat conceptuele en praktische uitdagingen met zich meebrengt voor het trainen van competenties in spirituele zorg en het implementeren van spirituele zorg in de Nederlandse GGZ. Omdat onduidelijke definities van het concept spiritualiteit en verwarrende overeenkomsten met andere concepten een barrière kunnen opwerpen voor het implementeren van spirituele zorg (Tavares et al. 2022), zou een verduidelijking van deze concepten de praktijk en het onderzoek kunnen faciliteren (Clark en Emerson 2021; Tavares et al. 2022; Paul Victor en Treschuk 2020; Villas Boas et al. 2023) en zou dus onderdeel moeten zijn van de competentieopleiding spirituele zorg.

Sterke punten en beperkingen

Een sterk punt van dit onderzoek is de grote steekproefomvang, die twee steekproeven uit twee grote GGZ-instellingen uit verschillende regio's omvat,

met minimale verschillen in SCCQ-NL-scores, waardoor de generaliseerbaarheid en toepasbaarheid van de bevindingen in heel Nederland wordt vergroot. Een ander sterk punt van deze studie is de inclusie van professionals uit verschillende disciplines, waardoor een waardevol inzicht wordt verkregen in de competentie op het gebied van zingeving en spirituele zorg binnen de context van multiprofessionele geestelijke gezondheidszorg. De bevindingen dragen niet alleen bij aan het begrip van competentie in spirituele zorg, maar hebben ook implicaties voor de ontwikkeling en evaluatie van training in vaardigheden die nodig zijn voor zingeving- en spirituele zorg, waarvoor de SCCQ-NL gebruikt kan worden. Een beperking van deze studie is dat sprake is van zelfrapportage, wat mogelijk overschatting van werkelijke competenties in de hand werkt. Frick et al. (2019) suggereren dat dit probleem moet worden geobjectiveerd door middel van observationeel onderzoek of het raadplegen van behandelde patiënten. Een tweede beperking is dat beide GGZ instellingen seculiere instellingen zijn. Eerder onderzoek dat is uitgevoerd in Nederland geeft aan dat patiënten, die behandeling kregen bij een religieus (d.w.z. christelijk) gelieerde GGZ instelling, over het algemeen meer spirituele behoeften rapporteren, en deze vaker worden geadresseerd door GGZ-professionals in vergelijking met patiënten die een seculiere instelling bezoeken (Van Nieuw Amerongen- Meeuwse et al. 2020). Door onze studie alleen in seculiere instellingen uit te voeren, kunnen vraagtekens gezet worden bij de generaliseerbaarheid naar andere settings. Een derde beperking is dat de CMC-schaal alleen werd gebruikt in een eerdere, ongepubliceerde studie, en in onze steekproef alleen werd toegepast in MHI 2. Aanvullend onderzoek waarin de SCCQ-NL-items worden vergeleken met andere instrumenten die gericht zijn op het beoordelen van de spirituele competentie bij verschillende gezondheidszorgberoepen wordt aanbevolen, om ons onderzoek naar de constructvaliditeit te repliceren. Voor zover wij weten, zijn dergelijke instrumenten op dit moment echter niet beschikbaar in Nederland. Een laatste beperking is het gebrek aan diversiteit in onze steekproef, waarbij bijvoorbeeld slechts 0,5% van de respondenten aangaf moslim te zijn, vergeleken met 5% van de bevolking in Nederland (CBS 2020). Ook voor sekse speelt dat het overgrote deel van de respondenten vrouw was, bovendien identificeerde 0,4% in onze steekproef zich als 'overig', terwijl in de Nederlandse bevolking tussen 1,8% en 5% zich niet specifiek identificeert als man of vrouw (mensen jonger dan 34 jaar) (Van Kleef et al. 2023). Dit kan betekenen dat naast wat bekend staat als de 'religiositeitskloof', die verwijst naar het verschil in de mate van religiositeit van professionals en die van de patiënten die ze behandelen, er ook op andere gebieden zoals gender verschillen zijn tussen de zorgprofessionals en de patiënten, die van invloed zijn op hoe de behandeling aansluit op R/S behoeften van patiënten..

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Kwalitatief onderzoek wordt aanbevolen naar de religieuze/spirituele identiteit en attitude van professionals in de geestelijke gezondheidszorg en hoe deze hun spirituele zorgcompetentie beïnvloeden. Dit kan helpen de wisselwerking tussen persoonlijke overtuigingen en professionele rolvulling te begrijpen en kan waardevolle inzichten opleveren voor het verbeteren van spirituele zorg. Ook wordt kwalitatief onderzoek aanbevolen dat gericht is op het verduidelijken van de belemmeringen die GGZ professionalservaren bij het toepassen van spirituele- en zingevingszorg. Meer inzicht krijgen in deze factoren, zoals kennishiaten, die

een gevoel van bekwaamheid in het leveren van spirituele zorg in de weg staan, kan bijdragen aan het vormgeven van de juiste opleiding en training.

Ten slotte zou verder onderzoek zich moeten richten op de validiteit en betrouwbaarheid van de SCCQ-NL in gezondheidszorg settings buiten de GGZ, zoals ziekenhuizen of verpleeghuizen. Het onderzoeken van de betrouwbaarheid en validiteit van het instrument (inclusief confirmatieve factoranalyse) in verschillende (multireligieuze) contexten zal de toepasbaarheid binnen multicultureel, seculariserend Nederland vergroten en kan daarmee bijdragen aan gestandaardiseerde evaluaties van spirituele zorgcompetentie van Nederlandse zorgprofessionals.

Conclusies

De SCCQ-NL is een valide en betrouwbaar instrument om competenties op het gebied van spirituele zorg te meten in multiprofessionele teams in de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Het kan gebruikt worden bij training, evaluatie en implementatiestrategieën voor spirituele- en zingevingszorg in de Nederlandse GGZ. Door spirituele zorg competenties te meten en te verbeteren kunnen professionals in de GGZ beter worden toegerust om de R/S strubbelingen en behoeften van hun patiënten te identificeren en te bespreken. Hierdoor kunnen patiënten ook in staat worden gesteld om in het reine te komen met R/S vraagstukken die bijdragen aan psychisch lijden, of om te leren hun R/S te gebruiken als hulpbronnen om het lijden te verlichten. Als er over gesproken kan worden, kan dit ook ervoor zorgen dat ze indien nodig verwezen kunnen worden naar de juiste zorgprofessional zoals een geestelijke verzorger.

Op basis van dit onderzoek, zou training vooral gericht moeten zijn op bewustwording van de eigen (niet-)R/S identiteit van professionals en de impact daarvan op de professionele rol, op het vergroten van het spirituele zelfbewustzijn en het voorkomen van tegenoverdracht en vermijding van R/S onderwerpen. Tegelijkertijd kan het de openheid en samenwerking binnen zorgteams bij het verlenen van spirituele zorg vergroten en lijkt training belangrijk om documentatie vaardigheden te bevorderen. Er moet aandacht worden besteed aan de vocabulaire, houding en (kennis over) onderwerpen die typisch zijn voor spirituele zorg. Idealiter zou training in spirituele zorg deel moeten uitmaken van de basisopleiding en scholing van zorgprofessionals.

Bijdragen van auteurs

Conceptualisatie, M.S., A.B.-V., E.F., A.B. en R.H.; methodologie, M.S., A.B. en D.R.R.; validatie, M.S., A.B. en D.R.R.; formele analyse, M.S., D.R.R. en A.B.; onderzoek, M.S. en R.H.; bronnen, M.S., A.B., E.F. en R.H.; data curation, M.S.; schrijven-ontwerpen-voorbereiding, M.S. en R.H.; schrijven-review en redactie, A.B.-V., A.B., E.F. en R.H.; visualisatie, M.S.; supervisie, R.H.; projectadministratie, M.S. Alle auteurs hebben de gepubliceerde versie van het manuscript gelezen en goedgekeurd.

Financiering:

Dit onderzoek ontving geen externe financiering.

Verklaring Institutional Review Board:

De Medisch Ethische Toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Groningen (METc UMCG) heeft geconcludeerd dat het protocol niet valt onder de reikwijdte van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) en heeft het geregistreerd onder onderzoeksnummer 202100533, goedgekeurd op 1 mei 2021.

Verklaring van geïnformeerde toestemming:

Geïnformeerde toestemming werd verkregen van alle proefpersonen die betrokken waren bij het onderzoek.

Verklaring beschikbaarheid gegevens:

Vanwege de regelgeving voor gegevensbescherming is het gegevensbestand niet openbaar beschikbaar.

Dankwoord:

Arjan W. Braam, Wilma Swildens, Anton Stegeman en Eva Ouwehand, voor het faciliteren van het onderzoek bij Altrecht. Kirsten Silke Landwehr, voor de terugvertaling van de SCCQ-NL in het Duits. Ellen Visser en Inge ten Vaarwerk bij RoQua voor hun dataondersteuning.

Belangenverstrengeling:

De auteurs verklaren geen belangenconflicten te hebben.

Referenties

- AKWA GGZ. 2023. Nieuwe Kwaliteitsstandaard Zingeving in de Psychische Hulpverlening. Available online: <https://akwaggz.nl/nieuwe-kwaliteitsstandaard-zingeving-in-de-psychische-hulpverlening> (accessed on 15 May 2023).
- Alimujiang, Aliya, Ashley Wiensch, Jonathan Boss, Nancy L. Fleisher, Alison M. Mondul, Karen McLean, Bhramar Mukherjee, and Celeste L. Pearce. 2019. Association between life purpose and mortality among US adults older than 50 Years. *JAMA Network Open* 2: e194270. [CrossRef] [PubMed]
- Bar-Sela, Gill, Michael J. Schultz, Karima Elshamy, Maryam Rassouli, Eran Ben-Arye, Myrna Doumit, Nahla Gafer, Alaa Albashayreh, Ibtasim Ghrayeb, Ibrahim Turker, and et al. 2019. Training for awareness of one's own spirituality: A key factor in overcoming barriers to the provision of spiritual care to advanced cancer patients by doctors and nurses. *Palliat Support Care* 17: 345–52. [CrossRef] [PubMed]
- Bartlett, Maurice Stevenson. 1954. A Note on the Multiplying Factors for various Chi Square Approximations. *Journal of the Royal Statistical Society* 16: 296–98.
- Bartoli, Eleonora. 2007. Religious and spiritual issues in psychotherapy practice: Training the trainer. *Psychotherapy* 44: 54–65. [CrossRef] [PubMed]
- Bell, Simon. 2011. Art Therapy and Spirituality. *Journal for the Study of Spirituality* 1: 215–30. [CrossRef]
- Best, Megan, Phyllis Butow, and Ian Olver. 2015. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review.
- *Patient Education and Counseling* 98: 1320–28. [CrossRef] [PubMed]

- Blom, Herman. 2019. Netherlands-Duitse Culturele Vergelijking als Opstap naar Zelfreflexie. In *Rijnland in de Regio*. Leeuwarden: Stenden Hogeschool, pp. 97–115.
- Bouwhuis-van Keulen, Annette J., Jurriijn Koelen, Liesbeth Eurelings-Bontekoe, Christien Hoekstra-Oomen, and Gerrit Glas. 2023. The evaluation of religious and spirituality-based therapy compared to standard treatment in mental health care: A multi-level meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy Research* 34: 339–52. [CrossRef] [PubMed]
- Brewer-Smyth, Kathleen, and Harold G. Koenig. 2014. Could spirituality and religion promote stress resilience in survivors of childhood trauma? *Issues in Mental Health Nursing* 35: 251–56. [CrossRef]
- Büssing, Arndt, Andreas Michalsen, Hans-Joachim Balzat, Ralf-Achim Grünther, Thomas Ostermann, Edmund A.M. Neugebauer, and Peter F. Matthiessen. 2009. Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? *Pain Medicine* 10: 327–39. [CrossRef]
- CBS. 2020. Religie in Nederland. Available online: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2020/religie-in-nederland> (accessed on 23 March 2023).
- Chen, Ying, and Tyler J. VanderWeele. 2018. Associations of Religious Upbringing with Subsequent Health and Well-Being From Adolescence to Young Adulthood: An Outcome-Wide Analysis. *American Journal of Epidemiology* 187: 2355–64. [CrossRef]
- Clark, Michelle, and Amanda Emerson. 2021. Spirituality in Psychiatric Nursing: A Concept Analysis. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 27: 22–32. [CrossRef]
- Cohen, Jacob W. 1988. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Science*, 2nd ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Currier, Joseph M., Laura T. Stevens, Stephen L. Isaak, Tracey Smith, and Kimberly Zlomke. 2020. Understanding Preferences for Addressing Spirituality Among Adults Seeking Outpatient Mental Health Care. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 208: 514–16. [CrossRef]
- De Brito Sena, Marina Aline, Rodolfo Furlan Damiano, Giancarlo Lucchetti, and Mario Ferando Prieto Peres. 2021. Defining Spirituality in Healthcare: A Systematic Review and Conceptual Framework. *Frontiers in Psychology* 12: 756080. [CrossRef]
- De Bruijn, Line. 2020. Eigenlijk is Mijn Hele Vak daar Gewoon voor. Een Empirische Studie naar Motivatie van Professionals in de Ambulante GGZ om al dan niet Aandacht te Geven aan Spiritualiteit/Zingeving in hun Zorg. Master's thesis, University of Humanistic Studies, Utrecht, The Netherlands.
- De Diego-Cordero, Rocío, Ángeles C. López-Tarrida, Carmen Linero-Narváez, and José María Galan González-Cerna. 2023. More Spiritual Health Professionals Provide Different Care: A Qualitative Study in the Field of Mental Health. *Healthcare* 11: 303. [CrossRef] [PubMed]
- Doherty, Meredith, Lynden Bond, Lauren Jessel, Julie Tennille, and Victoria Stanhope. 2020. Transitioning to Person-Centered Care: A Qualitative Study of Provider Perspectives. *Journal of Behavioral Health Services and Research* 47: 399–408. [CrossRef] [PubMed]

- Edwards, Adrian Gwyn, N. Pang, V. Shiu, and Cecilia Chan. 2010. The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: A meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine* 24: 753–70. [CrossRef]
- El Hajjar, Said T. 2018. Statistical Analysis: Internal-Consistency, Reliability and Construct validity. *International Journal of Quantitative and Qualitative Research Methods* 6: 46–57.
- Frick, Eckhard. 2017. Spiritual Care—How does it work? *Spiritual Care* 6: 223–24. [CrossRef]
- Frick, Eckhard, and Andreas Schiessl. 2015. Resilienz im ärztlichen Berufsalltag fördern. *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 61: 47–55. Frick, Eckhard, Mayla Theiss, Daniela Rodrigues Recchia, and Arndt Büssing. 2019. Validierung einer deutschsprachigen Spiritual
- Care-Kompetenz-Skala: Validation of a spiritual care competence scale in German language. *Spiritual Care* 8: 193–207. [CrossRef]
- Fuchs, Joseph R., Jeffrey W. Fuchs, Joshua M. Hauser, and Marilyn E. Coors. 2021. Patient desire for spiritual assessment is unmet in urban and rural primary care settings. *BMC Health Services Research* 21: 289. [CrossRef] [PubMed]
- Gladding, Samuel T., and Jamie E. Crockett. 2019. Religious and Spiritual Issues in Counseling and Therapy: Overcoming Clinical Barriers. *Journal of Spirituality in Mental Health* 21: 152–61. [CrossRef]
- Glas, Gerrit. 2014. Beyond Professionalism—Once More. *Psyche en Geloof* 25: 23–30.
- Glas, Gerrit. 2017. On the Existential Core of Professionalism in Mental Health Care. *Mental Health, Religion & Culture* 20: 536–43. [CrossRef]
- Glas, Gerrit. 2020. *De Behandelaar Zelf*. Utrecht: Lemion.
- Green, Alexis, Yeoun Soo Kim-Godwin, and Carolyn W. Jones. 2020. Perceptions of Spiritual Care Education, Competence, and Barriers in Providing Spiritual Care Among Registered Nurses. *Journal of Holistic Nursing* 38: 41–51. [CrossRef] [PubMed]
- Greenfield, Emily A., George E. Vaillant, and Nadine F. Marks. 2009. Do Formal Religious Participation and Spiritual Perceptions Have Independent Linkages with Diverse Dimensions of Psychological Well-Being? *Journal of Health and Social Behavior* 50: 196–212. [CrossRef]
- Hengeveld-Sloëttjes, Janneke, Gerrit Glas, Henri Sellies, and Jooske Van Busschbach. 2020. Existentiële Thema's in de Behandrelatie. Een Kwalitatief Onderzoek naar de Betekenis van Existentiële Thema's in de Behandrelatie (Existential themes in treatment relationships: A qualitative investigation into the role of existential themes in treatment relationships). *Psyche en Geloof* 31: 51–64.
- Hoenders, H.J. Rogier, and Arjan W. Braam. 2020. De Rol van Zingeving in de Psychiatrie: Belangrijk, maar nog Onduidelijk (The Role of Spirituality in Psychiatry: Important but still Unclear). *Tijdschrift Voor Psychiatrie* 62: 955–59.
- Huber, Machteld, and Bert Garssen. 2016. Relaties tussen Zingeving, Gezondheid en Welbevinden. In *De Mens Centraal. ZonMw- Signalement over Zingeving in Zorg*. Den Haag: ZonMw, pp. 16–23.
- Hvidt, Niels C., Kristina Tomra Nielsen, Alex K. Kørup, Christina Prinds, Dorte Gilså Hansen, Dorte Toudal Viftrup, Elisabeth Assing Hvidt, Elisabeth Rokkjær Hammer, Erik Falkø, Flemming Locher, and et al. 2020. What is spiritual care?

- Professional perspectives on the concept of spiritual care identified through group concept mapping. *BMJ Open* 10: e042142. [CrossRef]
- Kaiser, Henry F. 1970. A Second Generation Little Jiffy. *Psychometrika* 35: 401–15. [CrossRef] Kaiser, Henry F. 1974. An Index of Factorial Simplicity. *Psychometrika* 39: 31–36. [CrossRef]
 - Koenig, Harold G. 2012. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry* 16: 278730. [CrossRef] [PubMed]
 - Koenig, Harold G., Faten Al-Zaben, and Tyler J. VanderWeele. 2020. Religion and Psychiatry: Recent Developments in Research. *BJPsych Advances* 26: 262–72. [CrossRef]
 - Lansink, Bibejan. 2020. Betekenisverlening in de Psychiatrie. Maak Ruimte voor de Zeggingskracht en Functie van een Psychose. *De Psychiater*. Available online: <https://depsychiater.nl/artikelen/2020/juli/editie-5/maak-ruimte-voor-de-zeggingskracht-en-de-functie-van-een-psychose> (accessed on 1 September 2023).
 - Laranjeira, Carlos, and Ana Querido. 2023. An in-depth introduction to arts-based spiritual healthcare: Creatively seeking and expressing purpose and meaning. *Frontiers in Psychology* 14: 1132584. [CrossRef]
 - Liefbroer, Anke I., Erik Olsman, Ruard R. Ganzevoort, and Faridi S. Van Etten-Jamaludin. 2017. Interfaith Spiritual Care: A Systematic Review. *Journal of Religion and Health* 56: 1776–93. [CrossRef] Magaldi, Danielle, and Leora Trub. 2018. (What) do You Believe? Therapist Spiritual/Religious/Non-religious Self-disclosure *Psychotherapy Research* 28: 484–98. [CrossRef] [PubMed] Magaldi-Dopman, Danielle, Jennie Park-Taylor, and Joseph G. Ponterotto. 2011. Psychotherapists' Spiritual, Religious, Atheist or Agnostic Identity and their Practice of Psychotherapy: A Grounded Theory Study. *Psychotherapy Research* 21: 286–303. [CrossRef]
 - Mandelkow, Lars, Eckhard Frick, Arndt Büssing, and Silje Endresen Reme. 2022. Norwegian Psychotherapy: Religiosity Gap and Spiritual Care Competence. *Journal of Spirituality in Mental Health* 24: 359–80. [CrossRef]
 - Matise, Miles, Jeffery Ratcliff, and Flavia Mosci. 2017. A Working Model for the Integration of Spirituality in Counseling. *Journal of Spirituality in Mental Health* 20: 27–50. [CrossRef]
 - Mohr, Sylvia, and Philippe Huguelet. 2014. The wishes of outpatients with severe mental disorders to discuss spiritual and religious issues in their psychiatric care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 18: 304–7. [CrossRef] [PubMed]
 - Moreira-Almeida, Alexander, Avdesh Sharma, Bernard Janse van Rensburg, Peter J. Verhagen, and Christopher C.H. Cook. 2016. WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. *World Psychiatry* 15: 87–88. [CrossRef] [PubMed]
 - Mächler, Ruth, Cornelia Straßner, Noemi Sturm, Johannes Krisam, Regina Stolz, Friederike Schalhorn, Jan Valentini, and Eckhard Frick. 2022. GP's Personal Spirituality, Their Attitude and Spiritual Competence: A Cross-Sectional Study in German General Practices. *Journal of Religion and Health* 62: 2436–51. [CrossRef] [PubMed]
 - Neves Oliviera, Alda. 2019. Spiritual Care—Compétences (Auto-Évalués) Auprès D'infirmière-s aux Cliniques Universitaires Saint- Luc. In *Validation Française du Questionnaire «Spiritual Care Competencies Questionnaire»*. Leuven: Faculté de Santé Publique, Université Catholique de Louvain.

- Oxhandler, Holly K., James W. Ellor, and Matthew S. Stanford. 2018. Client Attitudes toward Integrating Religion and Spirituality in Mental Health Treatment: Scale Development and Client Responses. *Social Work* 63: 337–46. [CrossRef] [PubMed]
- Paal, Piret, Yousef Helo, and Eckhard Frick. 2015. Spiritual Care Training Provided to Healthcare Professionals: A Systematic Review. *Journal of Pastoral Care & Counseling* 69: 19–30. [CrossRef]
- Pallant, Julie. 2020. *SPSS Survival Manual, a Step by Step Guide to Data Analysis Using IBM SPSS*. London: Routledge.
- Pastrana, Tania, Eckhard Frick, Alicia Krikorian, Leticia Ascencio, Florencia Galeazzi, and Arndt Büsing. 2021. Translation and Validation of the Spanish Version of the Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ). *Journal of Religion and Health* 60: 3621–39. [CrossRef] [PubMed]
- Paul Victor, Chitra G., and Judith V. Treschuk. 2020. Critical Literature Review on the Definition Clarity of the Concept of Faith, Religion, and Spirituality. *Journal of Holistic Nursing* 38: 107–13. [CrossRef] [PubMed]
- Pew Research Center. 2012. Available online: <https://www.pewresearch.org/religion/2012/12/18/global-religious-landscape-exec> (accessed on 25 September 2023).
- Puchalski, Christina, Betty Ferrell, Rose Virani, Shirley Otis-Green, Pamela Baird, Janet Bull, Harvey Chochinov, George Handzo, Holly Nelson-Becker, Maryjo Prince-Paul, and et al. 2009. Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine* 12: 885–904. [CrossRef] [PubMed]
- Rosmarin, David H., Brent P. Forester, Daniel M. Shassian, Christian A. Webb, and Thröstur Björgvinsson. 2015. Interest in spiritually integrated psychotherapy among acute psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 83: 1149–53. [CrossRef] [PubMed]
- Ross, Linda, and Wilfred McSherry. 2020. Spiritual Care Charting/ Documenting/Recording/Assessment: A Perspective from the United Kingdom. In *Charting Spiritual Care: The Emerging Role of Chaplaincy Records in Global Health Care*. Edited by Simon Peng-Keller and David Neuhold. Cham: Springer, pp. 97–113.
- Rosseel, Yves. 2012. Lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software* 48: 1–36. [CrossRef]
- Schep-Akkerman, Annemieke, and René Van Leeuwen. 2009. Spirituele Zorg: Vanzelfsprekend maar Niet Vanzelf (Spiritual Care: Obvious, but Not Natural). *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 119: 34–39.
- Schmeets, Hans, and Marieke Houben. 2023. Religieuze Betrokkenheid in Nederland. Available online: <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2023/religieuze-betrokkenheid-in-nederland> (accessed on 30 September 2023).
- Shimizu, Hiroko, Eckhard Frick, Arndt Büsing, Hoshina Uehara, Akihito Tsuji, and Keiko Matsumoto. 2023. Validation of the Japanese Version of the Spiritual Care Competence Questionnaire. *International Journal of Nursing and Health Care Research* 6: 1383. [CrossRef]
- Stauner, Nick, Julie Exline, and Kenneth Pargament. 2016. Religious and Spiritual Struggles as Concerns for Health and Well-Being. *Horizonte* 14: 48–75. [CrossRef]

- Stevens, James P. 1992. *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*, 2nd ed. Hillsdale: Erlbaum.
- Stroppa, Andre, Fernando A. Colugnati, Harold G. Koenig, and Alexander Moreira-Almeida. 2018. Religiosity, Depression, and Quality of Life in Bipolar Disorder: A Two-year Prospective Study. *Brazilian Journal of Psychiatry* 40: 238–43. [CrossRef] [PubMed]
- Tavares, Ana Patrícia, Helga Martins, Sara Pinto, Sílvia Caldeira, Patrícia Pontífice Sousa, and Beth Rodgers. 2022. Spiritual Comfort, Spiritual Support and Spiritual Care: A Simultaneous Concept Analysis. *Nursing Forum* 57: 1559–66. [CrossRef]
- Trevino, Kelly M., Aanand D. Naik, and Jennifer Moye. 2016. Perceived and Actual Change in Religion/Spirituality in Cancer Survivors: Longitudinal Relationships with Distress and Perceived Growth. *Psychology of Religion and Spirituality* 8: 195–205. [CrossRef]
- Trochim, William M. K. 2006. Convergent and Discriminant Validity. *Research Methods: Knowledge Base*. Available online: <http://www.socialresearchmethods.net/kb/convdisc.php> (accessed on 1 July 2023).
- Van de Loo, Dominique T.M., Nina Saämena, Pauline Janse, Marja van Vliet, and Arjan W. Braam. 2022. De Waardering van de Zes Dimensies van Positieve Gezondheid in de Ggz (The Six Dimensions of Positive Health valued by Different Stakeholders within Mental Health Care). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 64: 87–93. [PubMed]
- Van den Bent, Johan, Dominique Van de Loo, and Arjan W. Braam. 2022. Bekwaamheid van Behandelaren in de GGZ ten aanzien van Zingeving. Unpublished.
- Van Kleef, Niels, Laura Griffin, Nina Van Lier, and Anne Levah Russchen. 2023. Handreiking LHBTI+ Emancipatie, 10 Vragen over Non-Binaire Personen. Available online: <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2023-03/handreiking-lhbt+-10-vragen-non-binair.pdf> (accessed on 20 April 2023).
- Van Leeuwen, René, Lucas J. Tiesenga, Berrie Middel, Doeke Post, and Henk Jochemsen. 2009. The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of Clinical Nursing* 18: 2857–69. [CrossRef] [PubMed]
- Van Nieuw Amerongen-Meeuwse, Joke C., Hanneke Schaap-Jonker, Carmen Schuhmann, Christa Anbeek, and Arjan W. Braam. 2018. The ‘Religiosity Gap’ in a Clinical Setting: Experiences of Mental Health Care Consumers and Professionals. *Mental Health, Religion and Culture* 21: 737–52. [CrossRef]
- Van Nieuw Amerongen-Meeuwse, Joke C., Hanneke Schaap-Jonker, Christina Hennipman-Herweijer, Christa Anbeek, and Arjan W. Braam. 2019. Patients’ Needs of Religion/Spirituality Integration in Two Mental Health Clinics in the Netherlands. *Issues in Mental Health Nursing* 40: 41–9. [CrossRef]
- Van Nieuw Amerongen-Meeuwse, Joke C., Hanneke Schaap-Jonker, Gerlise Westerbroek, Christa Anbeek, and Arjan W. Braam. 2020. Conversations and Beyond. Religious/Spiritual Care Needs Among Clinical Mental Health Patients in the Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 208: 524–32. [CrossRef]
- Verhagen, Piet. 2012. Hoofdstuk 40. Religieuze of Zingevinganamnese in het Opleidingscurriculum. In *Handboek Psychiatrie, Religie en Spiritualiteit*. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij, pp. 515–26.

- Vieten, Cassandra, and Shelley Scammell. 2015. *Spiritual and Religious Competencies in Clinical Practice: Guidelines for Psychotherapists and Mental Health Professionals*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Villas Boas, Alex, Mary Rute Gomes Esperandio, Sílvia Caldeira, and Fabiano Incerti. 2023. From Selfcare to Taking Care of Our Common Home: Spirituality as an Integral and Transformative Healthy Lifestyle. *Religions* 14: 1168. [CrossRef]
- Watkins, Marley W. 2005. Determining Parallel Analysis Criteria. *Journal of Modern Applied Statistical Methods* 5: 344–6. [CrossRef]
- Woodhead, Linda, Christopher Patridge, and Hiroko Kawanami. 2016. *Religions in the Modern World. Traditions and Transformations*, 3rd ed. Oxon and New York: Routledge.
- Worthington, Everett L., Jr. 1989. Religious faith across the life span: Implications for counseling and research. *The Counseling Psychologist* 17: 555–612. [CrossRef]

Disclaimer/Publisher's Note:

The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.

Voorspellers van gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven bij psychotische patiënten met comorbide psychiatrische problematiek

Femke Bastiaanssen

Samenvatting

Achtergrond

Patiënten met psychotische stoornissen rapporteren vaak een lagere gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Daarnaast is er bij deze patiënten vaak sprake van comorbiditeit, zoals depressie, traumagerelateerde klachten en middelenmisbruik die eveneens gerelateerd zijn aan een lagere gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Onduidelijk is hoe sterk deze negatieve verbanden zijn en welke type klachten de sterkste voorspeller is van gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. In deze studie onderzoeken we daarom het verband tussen psychotische klachten, traumaklachten en cannabisgebruik met gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven.

Methode

Deelnemers met DSM5 psychotische stoornissen (N=110) werden geworven uit psychiatrische instellingen in Noord-Nederland. De studie gebruikte de RAND-36 SF om gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven te meten, de positieve en negatieve syndroomschaal (PANSS) werd gebruikt om de ernst van verschillende psychotische symptomen te beoordelen, de Trauma Screening Questionnaire (TSQ) om traumaklachten te meten en de vraag naar cannabisgebruik ja/ nee voor middelengebruik. Enkelvoudig en meervoudige regressieanalyses onderzochten relaties van gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven met psychotische klachten, traumaklachten en cannabisgebruik.

Resultaten

De enkelvoudige regressie analyse toonde een negatief verband van positieve psychotische symptomen ($\beta = -.330$, $p < .001$), algemene psychopathologie ($\beta = -.471$, $p < .001$) en traumaklachten ($\beta = -.334$, $p < .001$) met gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Er werd geen significant verband gevonden van negatieve psychotische symptomen en cannabisgebruik met gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. De meervoudige regressieanalyse toont aan dat wanneer alle onafhankelijke variabelen gelijktijdig in het model worden meegenomen, alleen algemene psychopathologie een significante samenhang vertoont met gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Alle psychiatrische factoren samen verklaren 27.1 % van de variantie in gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven.

Discussie

Psychische klachten verklaren een deel van de variantie in gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven in patiënten met psychose. Algemene psychopathologie lijkt de belangrijkste verklaring voor lagere kwaliteit van leven in deze populatie. Het aannemen van een breder perspectief, waarbinnen gekeken wordt naar sociale factoren, eenzaamheid, en ziekteduur is een belangrijke aanbeveling voor toekomstig onderzoek. Dit zal een eerste stap kunnen vormen in de ontwikkeling van een meer holistisch en persoonsgericht behandelplan voor mensen met psychotische klachten.

Introductie

In Nederland is er bij 281.000 mensen sprake van een ernstige psychische aandoening. Meer dan 50% van deze mensen heeft een psychotische aandoening en heeft vaak langdurig en goed afgestemde zorg nodig (Delespaul & consensusgroep EPA, 2013). Bij een psychotische aandoening heeft de patiënt altijd één of meerdere psychotische (ook wel positieve) symptomen, zoals hallucinaties en wanen. Daarnaast kan de patiënt symptomen vertonen uit drie andere symptoomclusters; negatieve symptomen, cognitieve symptomen en affectieve symptomen. Vaak is er tevens sprake van bijkomende psychiatrische stoornissen (comorbiditeit). De helft van de mensen met een psychotische aandoening heeft depressieve klachten, 47% rapporteert verslavingsproblematiek of problematisch gebruik van middelen, en bij 29% is er sprake van posttraumatische klachten (GGZ zorgstandaard psychose, 2017). Bij comorbiditeit worden er vaak ook ernstigere psychotische klachten ervaren, is het beloop van de psychotische stoornis ongunstiger, de kans op nieuwe psychoses groter, en bestaat er een hoger risico op suïcide (Seow et al., 2016). Comorbiditeit maakt bovendien de behandeling en de indicatiestelling voor behandeling van een psychose complexer (GGZ zorgstandaard psychose, 2017). Onderzoek naar de impact en samenhang van verschillende klachten is daarom belangrijk om behandeluitkomsten van psychotische patiënten te verbeteren. Een belangrijke indicator van behandeluitkomsten en behandeltevredenheid van psychotische patiënten is gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven (Malla et al., 2006). Dit construct is niet gericht op de ernst van de psychische klachten zelf, maar omvat de ervaren invloed van de ziekte op gezondheid en fysiek en mentaal welzijn. Dit bredere patiëntgerichte perspectief op welzijn is belangrijk bij psychotische patiënten, omdat er bij deze doelgroep een hogere prevalentie is van tal van gezondheidsproblemen, zoals hart- en vaatziekten, kanker, en diabetes (Kim et al., 2019). Tevens hebben deze patiënten gemiddeld een 15 jaar lagere levensverwachting in vergelijking met de normale populatie. Dit heeft onder andere te maken met bijwerkingen van antipsychotica, slechtere leefstijlgewoontes en minder preventief gezondheidsgedrag, zoals doktersbezoeken (Kim et al., 2019). Verschillende onderzoeken hebben dan ook aangetoond dat mensen met een psychotische stoornis een lagere gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven rapporteren dan mensen uit de algemene bevolking (Seow et al., 2016, Montvidas et al., 2023, Li et al., 2023). Daarnaast blijkt dat als er sprake is van comorbide problematiek de gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven nog lager wordt beoordeeld (Lim et al., 2018). Zo ervaren psychotische patiënten met comorbide

trauma-gerelateerde klachten minder gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven en meer gezondheidsproblemen dan psychotische patiënten zonder trauma-gerelateerde klachten (Calhoun et al., 2006; Mueser et al., 2004). Een groter aantal traumatische gebeurtenissen en ernstigere trauma gerelateerde klachten gaan hierbij gepaard met een lagere gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (Lysaker et al., 2009; Pagotto et al., 2015). Ook bij psychotische patiënten met comorbide verslavingsproblematiek, waaronder cannabisgebruik, is bekend dat zij een slechtere gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven rapporteren dan psychotische patiënten zonder verslavingsproblematiek (Adan et al., 2017). Lagere kwaliteit van leven bij deze doelgroep lijkt samen te hangen met slechtere psychosociaal functioneren, minder tevredenheid met familierelaties, financiële situatie en meer agressief en verstrend gedrag (Bruins, et al., 2021).

Hoewel we dus weten dat zowel verschillende psychotische klachten als het meemaken van traumatische gebeurtenissen en middelengebruik samenhangen met een lagere gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, is onduidelijk welke van deze factoren de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven het sterkst beïnvloeden. Inzicht in welke factoren de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven het sterkst voorspellen is belangrijk, zodat de behandeling van mensen met een psychose met comorbide problematiek beter afgestemd kan worden op het verbeteren van hun fysieke en mentale welzijn.

In deze studie onderzoeken we het verband van traumaklachten, cannabisgebruik en psychotische klachten met gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven bij psychotische patiënten. We verwachten dat positieve psychotische symptomen, negatieve psychotische symptomen, algemene psychopathologie symptomen, het meemaken van traumatische gebeurtenissen en het gebruik van cannabis ieder afzonderlijk een negatieve samenhang heeft met gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. We willen tevens exploratief onderzoeken welke samenhang het sterkste is.

Methode

Deelnemers

Dit onderzoek maakte deel uit van een grootschalig onderzoek genaamd 'Voices, Attachment and Trauma' (VAT). Participanten kwamen in aanmerking voor deelname wanneer zij in zorg waren voor een psychotische aandoening volgens de DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). Alle deelnemers waren 18 jaar of ouder en hadden voldoende beheersing van de Nederlandse taal om de vragenlijsten in te kunnen vullen. De deelnemers waren ten tijde van de afname niet opgenomen op de crisisafdeling. De deelnemers van deze studie hebben allen de volledige RAND36 vragenlijst ingevuld en er moest data beschikbaar zijn voor minimaal één van de voorspellende factoren: PANSS, TSQ of cannabisgebruik (ja/nee).

Procedure

Deelnemers werden via hun eigen hulpverlener uitgenodigd voor deelname of met toestemming van de eigen hulpverlener door de onderzoeker benaderd met de vraag of zij zouden willen deelnemen aan dit onderzoek. Bij een positieve reactie over een mogelijke deelname kreeg de patiënt een informatiebrief over het onderzoek.

Naar aanleiding van de informatiebrief werd er door de onderzoeker telefonisch contact opgenomen met de patiënt om het doel en de aard van het onderzoek nogmaals uit te leggen en eventuele vragen te beantwoorden. Wanneer de patiënt aangaf mee te willen doen kon er een afspraak voor een meting ingepland worden. Er vonden drie metingen plaats; bij start, na 6 maanden, na 12 maanden. In deze studie is de data van het eerste meetmoment gebruikt. De metingen bestonden uit een semigestructureerd interview en diverse vragenlijsten. De metingen vonden plaats op een Lentis-locatie of bij de cliënt thuis onder begeleiding van de onderzoeker. Deelname aan het onderzoek was vrijwillig. Na afloop van elke meting kreeg de deelnemer een VVV-bon van 10 euro. De gegevens werden geanonimiseerd opgeslagen. Er waren meerdere onderzoekers betrokken bij het VAT onderzoek. Het VAT onderzoek is goedgekeurd door de Medisch Ethische Toetsingscommissie. Voorafgaand aan deelname ondertekenden deelnemers een 'informed consent'-formulier voor geanonimiseerd gebruik van hun gegevens voor onderzoeksdoeleinden.

Meetinstrumenten

Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven

De afhankelijke variabele in dit onderzoek is gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Dit werd gemeten met de RAND-36 short form. Deze vragenlijst bestaat uit 11 items. Het instrument bevat schalen voor fysiek functioneren, sociaal functioneren, rolbeperkingen door fysieke of emotionele problemen, mentale gezondheid, energie, pijn en algemene gezondheidsbeleving. Conform de handleiding van de vragenlijst worden de scores getransformeerd naar een honderd puntschaal. Een hoge score komt overeen met een betere gezondheidstoestand. De RAND-36 is een verkorte versie van de RAND Health Insurance Study Questionnaire en is vrijwel identiek aan de Medical Outcome Study (MOS) Short-Form-36 (SF-36), zoals beschreven door Ware en Sherbourne (1992). De SF-36/RAND36 is veelvuldig onderzocht, zowel in de algemene populatie als bij diverse psychiatrische aandoeningen, waaronder psychose, depressie, trauma. De interne consistentie is voldoende tot hoog (alfa .71 tot .92). (van der Zee & Sanderman, 1992). Er zijn significante samenhangen gevonden tussen de RAND 36 schalen en verwante schalen uit andere instrumenten, hetgeen duidt op een hoge convergente validiteit (van der Zee & Sanderman, 1992).

Psychotische klachten

Om de ernst van de psychotische klachten te meten werd gebruik gemaakt van de Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay et al., 1987). Dit is een semigestructureerd interview bestaande uit 30 items die op een zevenpuntsschaal worden beoordeeld. Een hogere score betekent ernstigere psychotische klachten. De 30 items zijn opgedeeld in drie subschalen, namelijk Positieve Symptomen (e.g. wanen, hallucinaties), Negatieve Symptomen (e.g. avolentie, afgevlakt gevoel) en een schaal voor Algemene Psychopathologie (e.g. angst, spanning, depressie). De PANSS heeft een goede interne consistentie ($\alpha = 0.70-0.85$) (Van den Oord et al., 2006) en een goede constructvaliditeit, criteriumvaliditeit en predictieve validiteit (Kay, Fiszbein & Opler, 1987). In deze studie worden de scores van de subschalen positieve, negatieve en algemene psychopathologie symptomen meegenomen.

Traumaklachten

De Trauma Screening Questionnaire (TSQ) is een screeningslijst die gebruikt wordt om het meemaken van een traumatische ervaring en de huidige aanwezigheid van trauma-gerelateerde klachten te meten. De vragenlijst start met de vraag of patiënten ooit in hun leven een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt, zoals bijvoorbeeld een ernstig ongeluk of een ernstige verwonding. Indien deze vraag met 'ja' wordt beantwoord dan krijgen de patiënten 10 vragen voorgelegd over PTSS-symptomen die als gevolg van deze gebeurtenis mogelijk zijn ontstaan (bijvoorbeeld: moeite met concentreren). De vragen dienen met 'ja' of 'nee' te worden beantwoord. Scores spreiden van 0 tot 10, waarbij een hogere score meer traumatische klachten weergeeft. Een score van 6 of hoger is een indicatie voor een mogelijke PTSS (Brewin et al., 2002; Dekkers, Olf, & Näring, 2010). In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van het afkappunt totaalklachten $\Rightarrow 6$.

De psychometrische kwaliteiten van de Nederlandse vertaling van de TSQ zijn volgens Dekkers en collega's (2010) goed. Zij vonden een goede betrouwbaarheid ($r = 0.85$), een goede sensitiviteit en specificiteit (87% en 69%, resp.). De Bont en collega's (2015) vonden dat de TSQ een valide instrument is om te screenen op PTSS-klachten bij patiënten met een psychotische aandoening.

Middelengebruik. In de autobiografische vragenlijst die voor dit onderzoek is samengesteld wordt middels zelfrapportage gevraagd of iemand de afgelopen 6 maanden cannabis heeft gebruikt. En zo ja, hoeveel units (meestal joints) per week. In de analyse zal de vraag wel of geen cannabisgebruik meegenomen worden als maat voor middelengebruik.

Statistische analyses

De steekproef werd beschreven met gemiddelden en standaarddeviaties voor de continue variabelen (leeftijd, ziekteduur, psychotische klachten, hoeveelheid cannabisgebruik, totaalscore gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven) en met percentages en aantal deelnemers voor de categorische variabelen (geslacht, diagnose, woonsituatie, opleidingsniveau, traumaklachten $\Rightarrow 6$, cannabisgebruik ja/nee). Om de relatie tussen traumaklachten, cannabisgebruik en psychotische klachten met gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven bij psychotische patiënten te onderzoeken, werden er 5 enkelvoudige lineaire regressies uitgevoerd. Als afhankelijke variabele werd bij elke regressieanalyse de totaalscore van de RAND-36 vragenlijst gebruikt. Als onafhankelijke variabelen werden achtereenvolgend gebruikt: de subschaalscore van de positieve schaal van de het PANSS-interview (1), de subschaalscore van de negatieve schaal van de het PANSS-interview (2), de subschaalscore van de algemene psychopathologie schaal van de het PANSS-interview (3), totaalscore op de TSQ, (4), en het antwoord op de vraag 'heb je cannabis gebruikt' van de autobiografische vragenlijst (5). Als zesde test wordt er een meervoudige lineaire regressieanalyse uitgevoerd met de somscore van de RAND 36 vragenlijst als afhankelijke variabele. Als onafhankelijke variabelen worden meegenomen de PANSS positieve subschaal score (i.e. positieve symptomen), PANSS negatieve subschaal score (i.e. negatieve symptomen), PANSS algemene psychopathologie subschaal score (i.e. algemene psychopathologie symptomen), totaalscore op de TSQ, antwoord op de vraag naar cannabisgebruik (i.e. wel niet

cannabisgebruik). Statistische analyses werden uitgevoerd met SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versie 28.0 (Faul et al., 2009).

Assumpties, outliers en missende waarden

De assumpties horende bij deze testen zijn gecheckt en niet geschonden. Er was sprake van minder dan 15% missende data. Voor de missende data is gebruik gemaakt van pair-wise deletion. Outliers zijn vastgesteld met behulp van boxplots, waarbij gekeken is naar data die 3 standaarddeviaties of meer afweek van de gemiddelde totaalscore. Er was 1 outlier op de PANSS positieve subschaal, er was 1 outlier op de PANSS algemene psychopathologie schaal en er waren 2 outliers op de PANSS negatieve subschaal. De analyses zijn herhaald zonder de betreffende outliers. Dit heeft niet geleid tot een andere interpretatie van de bevindingen. Bij minder dan 15% missende data, doen we een pair-wise deletion. Om rekening te houden met kanskapitalisatie hebben we gebruik gemaakt van Bonferroni correctie. In deze studie wordt tweezijdig getoetst op significantie tegen $\alpha=0.0083$.

Resultaten

Deelnemers

In totaal waren er op het moment van de analyse $n = 110$ deelnemers geïnccludeerd in de VAT-studie. Tabel 1 toont de karakteristieken van de deelnemers. De gemiddelde leeftijd was 47.9 jaar (range: 19-78 jaar) en de gemiddelde ziekteduur bedroeg 20 jaar (range: 1- 59 jaar). De PANSS-scores laten zien dat de deelnemers gemiddeld genomen milde psychotische klachten ervaren (Kay et al., 1987). De gemiddelde score op de RAND36 (61.4) is laag vergeleken met de normgroep algemene bevolking (78.6). Dit betekent dat de deelnemers een lagere gezondheidsgerelateerde kwaliteit leven rapporteren in vergelijking met de algemene bevolking.

Enkelvoudige regressieanalyses

De enkelvoudige regressieanalyses toonden gemengde resultaten met betrekking tot de ernst van de psychotische klachten. Er werd een significant negatief verband gevonden tussen de RAND-36-SF en zowel de positieve subschaal van de PANSS ($\beta = -.330$, $p < .001$), als de PANSS algemene psychopathologieschaal ($\beta = -.471$, $p < .001$). Er werd echter geen significant verband gevonden tussen de RAND-36-SF en de negatieve subschaal van de PANSS ($\beta = -.155$, $p = .120$).

Er was sprake van 4 outliers op de PANSS met een score van 3 standaarddeviaties boven de gemiddelde score. De analyses zijn herhaald zonder de betreffende outliers. Dit heeft niet geleid tot een andere interpretatie van de bevindingen; positieve subschaal, ($\beta = -.334$, $p < .001$), negatieve subschaal, ($\beta = -.139$, $p = .170$), algemene psychopathologieschaal, ($\beta = -.492$, $p < .001$).

Er werd een significant negatief verband gevonden tussen $TSQ \geq 6$ en de RAND-36-SF ($\beta = -.334$, $p < .001$). Er werd geen significant verband gevonden tussen de RAND-36-SF en gebruik van cannabis ($\beta = -.156$, $p = .113$).

Tabel 1: Kenmerken van de deelnemers

Leeftijd, M (SD)	47.9 (15.8)
Geslacht, % (n) man	61.1 (66)
Ziekte duur, M (SD)	20.9 (14.4)
Woonsituatie, % (n)	
Zelfstandig, alleen	44.9 (48)
Met partner en/ of kinderen	13.1 (14)
Bij familie	2.8 (3)
Begeleid wonen	17.8 (19)
Opgenomen	18.7 (20)
Anders	2.8 (3)
Diagnose, % (n)	
Schizofrenieform	3.9 (4)
Schizoaffectief	22.3 (23)
Waanstoornis	3.9 (4)
Psychotische stoornis door middelengebruik	2.9 (3)
Psychose niet anderszins omschreven	19.4 (20)
Opleidingsniveau, % (n)	
Basisschool of lager	18.7 (20)
Middelbare school	35.5 (38)
MBO	31.8 (34)
HBO	8.4 (9)
Universiteit of hoger	5.6 (6)
PANSS positieve subschaal, M (SD)	13.7 (4.9)
PANSS negatieve subschaal M (SD)	14.0 (4.8)
PANSS algemene psychopathologie subschaal, M(SD)	30.0 (8.2)
TSQ > = 6, % (n) ja	23.8 (25)
Cannabis gebruik, % (n) ja	18.5 (20)
Aantal units cannabis per week, M (SD)	9.3 (9.3)
RAND36 totaalscore, M (SD)	61.4 (16.7)

* M = gemiddelde; SD = Standaarddeviatie; N = aantal deelnemers; % = percentage

PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale

TSQ = Trauma Screening Questionnaire

RAND36 = Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven schaal

Meervoudige regressie

De meervoudige regressieanalyse toont aan dat wanneer alle onafhankelijke variabelen gelijktijdig in het model worden meegenomen, alleen de PANSS subschaal algemene psychopathologie een significante samenhang vertoont met de RAND-36-SF. De andere onafhankelijke variabelen vertonen geen significante samenhang met de RAND-36-SF wanneer alle onafhankelijke variabelen gelijktijdig in het model zijn opgenomen. De adjusted R^2 van dit model is .271.

Tabel 2: Voorspelling van gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven uit psychotische klachten, traumaklachten en cannabisgebruik.

	B	Beta	95% BI	Tp-waarde	
PANSS Positieve subschaal	-.058	-.018	-.801 - .685	-.155	.877
PANSS Negatieve subschaal	.611	.181	-.103 - 1.324	1.698	.093
PANSS Algemene psychopathologie	-1.042	-.527	-1.587 - -.498	-3.799	<.001
TSQ => 6	-6.481	-.165	-13.509 - .546	-1.831	.070
Cannabisgebruik	-8.195	-.189	-15.618 - -.772	-2.191	.031

Notitie: PANSS = Positive and Negative Syndrome Scale; TSQ= Trauma Screening Questionnaire; B = ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt; BI = betrouwbaarheidsinterval.

Discussie

Het doel van deze studie was het verhelderen van de samenhang van psychotische klachten, traumaklachten en cannabisgebruik met gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven bij psychotische patiënten. De gemiddelde score op ervaren gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven was, zoals verwacht, relatief laag bij deze patiënten. Uit de enkelvoudige regressieanalyses bleek dat psychotische patiënten met meer positieve psychotische symptomen, meer algemene psychopathologiekklachten en meer traumaklachten een lagere gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven rapporteren. Er werd daarentegen geen significant verband gevonden van cannabisgebruik en negatieve psychotische symptomen met gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven. Uit een meervoudig regressiemodel waarin alle voorspellers gelijktijdig werden meegenomen, bleek dat deze voorspellers 27 procent van de variantie in gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven voorspelden. De sterkste en enige significante voorspeller van gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven in dit gezamenlijke model was algemene psychopathologiekklachten. Opvallend was dat de individueel significant factoren, d.w.z. positieve psychotische en traumaklachten, geen significante voorspeller bleken in dit model.

Individuele voorspellers van gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven

De negatieve samenhang die is gevonden tussen positieve psychotische klachten, traumaklachten en algemene psychopathologie klachten met gezondheidsgelateerde kwaliteit van leven komt overeen met bevindingen uit eerder onderzoek (Lim et al., 2018, Calhoun et al., 2006; Mueser et al., 2004). Een opmerkelijke bevinding is dat wij geen relatie vonden tussen negatieve symptomen van psychose en kwaliteit van leven. Hoewel meerdere eerdere studies dit effect wel aantoonde (Li et al., 2023, Montvidas et al., 2023) zijn er ook andere studies geweest die deze relatie niet vonden (Lim e.a., 2018). Er zijn hiervoor twee mogelijke methodologische verklaringen aan te wijzen. Ten eerste kan het verschil mogelijk verklaard worden door variatie in de gebruikte meetinstrumenten in verschillende studies. Li et al. (2023) en Montvidas et al. (2023) maken in hun onderzoek beide gebruik van een zelfbeoordelingschaal voor het meten van negatieve symptomen,

terwijl in dit onderzoek een klinische beoordelingstool voor het volledige spectrum aan psychotische klachten (PANSS) gebruikt werd. Het is mogelijk dat zelf-gerapporteerde klachten een sterker verband te hebben met de ervaren gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven dan een gestandaardiseerde beoordeling van klachten door een clinicus, dit kan te maken hebben met dat in het eerste geval beide variabelen worden afgeleid uit de eigen ervaringen van patiënten.

Ten tweede kan dit verschil verklaard worden door de soort negatieve symptomen die door verschillende instrumenten worden gemeten. Uit onderzoek van Galderisi et al. (2021) blijkt de PANSS vergeleken met andere instrumenten betrouwbaar te zijn in het meten van afgevlakt affect en alergie, maar minder betrouwbaar is in het meten van asocialiteit, motivatiegebrek en verminderd plezier. Uit het onderzoek van Montvidas et al. (2023) naar voren komt dat met name asocialiteit, motivatiegebrek en verminderd plezier een negatief verband hebben met gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, maar verminderde emotionele expressie niet. Voor vervolgonderzoek wordt dan ook aangeraden om meetinstrumenten te gebruiken die asocialiteit, motivatiegebruik en verminderd plezier betrouwbaar meten of om verschillende meetinstrumenten te gebruiken om daarmee meerdere negatieve symptomen te meten, bijvoorbeeld de brief negative symptom scale (BNSS).

Ook werd er in deze studie geen significant verband tussen cannabisgebruik en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven gevonden. Dit is niet in lijn met eerder onderzoek (Adan et al., 2017; Bruins et al., 2021). Een mogelijke verklaring hierbij is het relatief lage aantal gebruikers en het relatief lage middelengebruik per week in de onderzochte groep. Minder gebruik van middelen leidt mogelijk tot minder verstoring in gedrag waardoor het (psychosociaal) functioneren minder onder druk komt te staan. Daarnaast ontbraken de details over het soort cannabis dat werd gebruikt en de hoeveelheid gram per joint. Dit had nuttig kunnen zijn, omdat verschillende soorten en hoeveelheden verschillend effect kunnen hebben (Solowij et al., 2019; Freeman et al., 2018; Izzo et al., 2009). Onderzoek in een grotere steekproef, waarin diverse soorten gebruik worden gemeten is aanbevolen om de relatie tussen middelengebruik en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven beter te begrijpen.

Holistisch perspectief

Alle voorspellers tezamen verklaarden 27 procent van gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Het is opmerkelijk dat de klinische factoren die wij meenamen in deze studie ook een groot deel van de variantie niet kon verklaren. Dit is in lijn met diverse studies waaruit blijkt dat de lagere ervaren gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven bij psychotische patiënten maar voor een beperkt deel door psychiatrische symptomen kan worden verklaard (Lim et al., 2018, Fervaha et al., 2013). Andere belangrijke variabelen, die in dit onderzoek niet zijn meegenomen, zijn bijvoorbeeld psychosociale problemen en eenzaamheid, die door veel psychotische patiënten worden ervaren en een sterk verband hebben met lagere kwaliteit van leven in deze populatie (Nevares et al., 2023, Tamene et al., 2023). De enige significante voorspeller van gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven in ons meervoudig regressiemodel was algemene psychopathologie. Dit is niet in lijn met eerder onderzoek, waar ook de andere factoren als voorspeller voor een lagere gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven naar voren kwamen. De relatief kleine steekproef en lage scores op middelengebruik, traumaklachten en negatieve

psychotische symptomen zijn hiervoor een mogelijk verklaring. Dit kan er toe hebben geleid dat alleen het grootste effect is gedetecteerd. Daarnaast meet de algemene psychopathologieschaal een breed palet van klachten (o.a. depressie, angst, gebrek aan samenwerking, zwak oordeel en wilskracht). Voor vervolg onderzoek zou het interessant zijn om te onderzoeken welke van deze constructen de sterkste samenhang vertonen met lagere gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Een logische factor zou depressie kunnen zijn, wat doorgaans een sterke samenhang vertoont met gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven en algemene kwaliteit van leven studies bij psychotische patiënten (Lim et al., 2018, Chou et al., 2014).

Beperkingen en aanbevelingen

Een sterk punt van dit onderzoek is de diversiteit van de steekproef. De steekproef bestond uit patiënten met verschillende diagnoses uit het psychotisch spectrum. De leeftijd varieerde van 19 tot 78 jaar. De patiënten hadden diverse woonsituaties en opleidingsniveaus. De ziekteduur was gemiddeld 20 jaar. De steekproef lijkt dus een goede weerspiegeling te zijn van de doelgroep, mensen met (veelal langdurige) psychotische klachten; een groep die ondervertegenwoordigd is in wetenschappelijk onderzoek.

Een beperking van dit onderzoek is de cross-sectionele onderzoeksopzet. Hoewel er verbanden zijn gevonden tussen positieve psychotische symptomen, algemene psychopathologie symptomen en traumaklachten met gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, kunnen we op basis van het huidige onderzoeksdesign geen uitspraken doen over temporele relaties of causaliteit binnen deze relaties. Ook weten we niet welke onderliggende constructen of derde variabelen mogelijk een rol spelen in het ontstaan of in stand houden van de gevonden verbanden.

Een tweede beperking is het gebruik van zelfrapportagevragenlijsten om cannabisgebruik te meten, waardoor het werkelijke gebruik in deze studie kan zijn onderschat. Bij zelfevaluatie kan er sprake zijn van sociaal wenselijk of oneerlijk antwoorden. Echter blijkt uit onderzoek van blijkt dat zelfrapportage en objectieve metingen van cannabis over het algemeen even betrouwbaar zijn bij psychotische patiënten (van der Meer et. al., 2015).

Een derde beperking is dat er een relatief kleine steekproef is gebruikt, waardoor we kleinere effecten niet konden detecteren. De gewenste steekproefgrootte voor deze studie was 213. Bij onderzoek in een grotere steekproef waren er wellicht meerdere significante voorspellers in de multiple regressie (o.a traumaklachten, negatieve psychotische symptomen).

Klinische implicaties en aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Psychische klachten verklaren een deel van de variantie in gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven in patiënten met psychose. Algemene psychopathologie komt uit dit onderzoek als de belangrijkste verklaring voor lagere kwaliteit van leven in deze populatie. Beide bevindingen roepen vragen op voor vervolgonderzoek. Geadviseerd wordt om verder onderzoek te doen naar welke constructen in de algemene psychopathologieschaal het sterkste samenhangen met gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Daarnaast is het interessant om huidig onderzoek in een grotere steekproef of bij een doelgroep die meer klachten ervaart te herhalen. Mogelijk zal dit tot andere (significante) effecten leiden.

Omdat de klinische factoren die wij meenamen in deze studie ook een groot deel van

de variantie niet kon verklaren, is ons advies om in vervolg onderzoek ook andere factoren mee te nemen die invloed hebben op een lagere gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven, zoals psychosociale factoren, werk, stigma en eenzaamheid. Dit sluit aan bij terugkerende oproepen van onderzoekers en klinici om in de GGZ een breder perspectief op welzijn aan te nemen, waarbij er meer aandacht wordt gericht op het persoonlijke en maatschappelijke herstel van patiënten. Dit sluit ook aan bij de herstelbeweging en netwerkpsychiatrie, die zich niet alleen richten op afname van psychiatrische symptomen, maar op het bieden van geïntegreerde zorg. Een voorbeeld hiervan zijn individuele plaatsing en steuntrajecten (IPS). Uit de recente meta-analyses van Winter et. al. (2022) komt naar voren dat IPS betere resultaten oplevert voor mensen met psychische problemen dan andere vormen van begeleiding. Dit bredere perspectief op gezondheid vraagt wel meer samenwerking tussen de GGZ en andere maatschappelijke partijen. Nieuwe initiatieven, zoals bijvoorbeeld de GEM's (gemeentelijk ecosysteem mentale gezondheid), waarbij door middel van regionale samenwerking psychische klachten in het dagelijks leven dichtbij huis worden behandeld, zouden hier een bijdrage aan kunnen leveren.

Referenties

- Adan, A., Marquez-Arrico, J. E., & Gilchrist, G. (2017). Comparison of health-related quality of life among men with different co-existing severe mental disorders in treatment for substance use. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 1-12.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed).
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. (2012). Measuring quality of life in patients with schizophrenia. *Pharmacoeconomics*, 30(3), 183-195.
- Bont, P. A., van den Berg, D. P., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van der Gaag, M., & van Minnen, A. (2015). Predictive validity of the Trauma Screening Questionnaire in detecting post-traumatic stress disorder in patients with psychotic disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 206(5), 408-416.
- Brewin, C. R., Rose, S., Andrews, B., Green, J., Tata, P., McEvedy, C., ... & Foa, E. B. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 181(2), 158-162.
- 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. *Schizophrenia Research*, 228, 229-234.
- Calhoun, P. S., Bosworth, H. B., Stechuchak, K. A., Strauss, J., & Butterfield, M. I. (2006). The impact of posttraumatic stress disorder on quality of life and health service utilization among veterans who have schizophrenia. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 19(3), 393-397.
- Chou, C. Y., Ma, M. C., & Yang, T. T. (2014). Determinants of subjective health-related quality of life (HRQoL) for patients with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 154(1-3), 83-88.
- Dekkers, A. M. M., Olff, M., & Näring, G. W. B. (2010). Identifying persons at risk for PTSD after trauma with TSQ in the Netherlands. *Community mental health journal*, 46(1), 20-25.

- Delespaul, P. H., & consensusgroep EPA. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in nederland. *Tijdschrift Voor De Psychiatrie*, 55(6), 427-438.
- Domenech, C., Altamura, C., Bernasconi, C., Corral, R., Elkis, H., Evans, J., ... & Haro, J. M. (2018). Health-related quality of life in outpatients with schizophrenia: factors that determine changes over time. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(3), 239-248.
- Fervaha G, Agid O, Takeuchi H, Foussias G, Remington G. Clinical determinants of life satisfaction in chronic schizophrenia: data from the CATIE study. *Schizophr Res.* (2013) 151:203–8.
- Freeman, T.P., van der Pol, P., Kuijpers, W., Wisselink, J., Das, R.K., Rigter, S., van Laar, M., Griffiths, P., Swift, W., Niesink, R., Lynskey, M.T., 2018. Changes in cannabis potency and first-time admissions to drug treatment: a 16-year study in the Netherlands. *Psychol.Med.* 48 (14), 2346–2352.
- Galderisi S, Mucci A, Dollfus S, Nordentoft M, Falkai P, Kaiser S, et al. EPA guidance on assessment of negative symptoms in schizophrenia. *Eur Psychiatry*. (2021) 64:e23.
- Garner, B. R., Scott, C. K., Dennis, M. L., & Funk, R. R. (2014). The relationship between recovery and health-related quality of life. *Journal of substance abuse treatment*, 47(4), 293-298.
- Izzo, A.A., Borrelli, F., Capasso, R., Di Marzo, V., Mechoulam, R., 2009. Non-psychotropic plant cannabinoids: new therapeutic opportunities from an ancient herb. *Trends Pharmacol. Sci.* 30 (10), 515–527.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(2), 261-276.
- Kim, S. W., Park, W. Y., Jhon, M., Kim, M., Lee, J. Yoon, J. S. (2019). Physical health literacy and health-related behaviors in patients with psychosis. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 17(2), 279.
- Koskinen, J., Löhönen, J., Koponen, H., Isohanni, M., Miettunen, J., 2009. Rate of cannabis use disorders in clinical samples of patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophreniabulletin* 36 (6), 1115–1130.
- Leucht, S., Kane, J. M., Kissling, W., Hamann, J., Etschel, E., & Engel, R. R. (2005). What does the PANSS mean?. *Schizophrenia research*, 79(2-3), 231-238.
- Li, Y., Rekhi, G., Ang, M. S., & Lee, J. (2023). Impact of negative symptoms on health-related quality of life in schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1252354.
- Lim, M. W., & Lee, J. (2018). Determinants of health-related quality of life in schizophrenia: beyond the medical model. *Frontiers in psychiatry*, 712.
- Lozano, O. M., Rojas, A. J., & Fernandez Calderon, F. (2017). Psychiatric comorbidity and severity of dependence on substance users: how it impacts on their health-related quality of life?. *Journal of Mental Health*, 26(2), 119-126.
- Lysaker, P. H., & LaRocco, V. A. (2009). Health-related quality of life and trauma history in adults with schizophrenia spectrum disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 197(5), 311-315.
- Malla, A., Norman, R., Schmitz, N., Manchanda, R., BÉChard-Evans, L., Takhar, J., & Haricharan, R. A. J. (2006). Predictors of rate and time to remission in first-episode psychosis: a two-year outcome study. *Psychological medicine*, 36(5), 649-658.

- Montvidas, J., Adomaitienė, V., Leskauskas, D., & Dollfus, S. (2023). Correlation of Health-Related Quality of Life with Negative Symptoms Assessed with the Self-Evaluation of Negative Symptoms Scale (SNS) and Cognitive Deficits in Schizophrenia: A Cross-Sectional Study in Routine Psychiatric Care. *Journal of Clinical Medicine*, 12(3), 901.
- Mueser, K. T., Salyers, M. P., Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., Essock, S. M., Osher, F. C., ... & 5 Site Health and Risk Study Research Committee. (2004). Interpersonal trauma and posttraumatic stress disorder in patients with severe mental illness: Demographic, clinical, and health correlates. *Schizophrenia Bulletin*, 30(1), 45-57.
- Nevarez-Flores, A. G., Breslin, M., Carr, V. J., Morgan, V. A., Waterreus, A., Harvey, C., ... & Neil, A. L. (2022). Health-related quality of life in people with psychotic disorders: The role of loneliness and its contributors. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(11), 1421-1433.
- Van den Oord, E. J., Rujescu, D., Robles, J. R., Giegling, I., Birrell, C., Bukszár, J., ... & Muglia, P. (2006). Factor structure and external validity of the PANSS revisited. *Schizophrenia research*, 82(2-3), 213-223.
- Pagotto, L. F., Mendlowicz, M. V., Coutinho, E. S. F., Figueira, I., Luz, M. P., Araujo, A. X., & Berger, W. (2015). The impact of posttraumatic symptoms and comorbid mental disorders on the health-related quality of life in treatment-seeking PTSD patients. *Comprehensive psychiatry*, 58, 68-73.
- Seow, L. S. E., Ong, C., Mahesh, M. V., Sagayadevan, V., Shafie, S., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2016). A systematic review on comorbid post-traumatic stress disorder in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 176(2-3), 441-451.
- Solowij, N., Broyd, S., Greenwood, L., van Hell, H., Martellozzo, D., Rueb, K., Todd, J., Liu, Z., Galettis, P., Martin, J., Murray, R., Jones, A., Mitchie, P.T., Croft, R., 2019. A randomised controlled trial of vaporised Δ^9 -tetrahydrocannabinol and cannabidiol alone and in combination in frequent and infrequent cannabis users: acute intoxication effects. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 269, 17–35.
- Tamene, F. B., Sema, F. D., Mihiretie, E. A., Siyum, T. S., & Sendekie, A. K. (2023). Health-related quality of life and associated factors among patients with schizophrenia at comprehensive specialised hospitals in the Northwest Ethiopia: a multicentre cross-sectional study. *BMJ open*, 13(11).
- Van der Meer, F.J., Velthorst, E., Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) Investigators, 2015. Course of cannabis use and clinical outcome in patients with non-affective psychosis: a 3-year follow-up study. *Psychol. Med.* 45 (9), 1977–1988.
- Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 473-483.
- De Winter, L., Couwenbergh, C., Van Weeghel, J., Sanches, S., Michon, H., & Bond, G. R. (2022). Who benefits from individual placement and support? A meta-analysis. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 31, e50.
- Zee van der, K., & Sanderma, R. (1992). RAND-36. *Groningen: Northern Centre for Health Care Research, University of Groningen, the Netherlands*, 28(6).

Verwondering

Marlieke de Jonge

Verwondering
een wonder ding
heel even staat de wereld open
en houd de adem in:
het kan nog alles zijn.

Verwondering
de dageraad
van kennis en van weten
nog helemaal volmaakt
grenzeloos en open.

Verwondering
en verder niks
'In den beginne was het wonder'
het wonder, niet het woord
het woord heeft al benoemd.

Verwondering
bron van leven
alleen maar een hart vol verwachting
dat mensen gaan vangen
om zeker te weten.

Betekenis
gestold geluk
doet me verlangen naar een wonder
dat nog kan bloeien in
open verwondering.

Ik houd mijn ogen en mijn oren open...

Waarden onder vuur; ethiek in de forensische psychiatrie

Swanny Kremer, Kris Goethals

Achtergrond

Professionals in de forensische psychiatrie komen regelmatig voor morele vraagstukken te staan. Zij moeten bijvoorbeeld afwegingen maken tussen de behandeling van een patiënt en de beveiliging van de maatschappij.

Doel

Inzicht geven in enkele moeilijke, specifiek forensische, dilemma's en laten zien dat forensische professionals baat hebben bij structurele ethiekondersteuning.

Methode

Beschrijven dat ethiekondersteuning zoals moreel beraad nuttig kan zijn bij het maken van morele afwegingen in de forensische psychiatrie.

Resultaten

Door deelname aan moreel beraad worden afwegingen beter onderbouwd en leren medewerkers van en met elkaar.

Conclusie

Moreel beraad ondersteunt medewerkers bij het gezamenlijk nadenken over morele dilemma's van de (forensische) werkvloer.

Er zijn regelmatig dilemma's in de forensisch psychiatrische zorg (Cosyns & Goethals 2013; Kremer & Widdershoven 2019; Gerritsen e.a. 2020). Veel ethische afwegingen in de (forensisch) psychiatrische zorg zijn gebaseerd op vier morele principes, namelijk autonomie, weldoen, niet-schaden en rechtvaardigheid (Beauchamp & Childress 1989). Echter, in de dagelijkse praktijk zal vaak blijken dat deze principes met elkaar kunnen botsen. Wanneer een tbs-gestelde met een achtergrond van zedendelicten bijvoorbeeld graag een prostituee zo bezoeken in zijn resocialisatietraject is dat wellicht goed voor zijn autonomie en welbevinden. Het is echter de vraag of het de prostituee geen schade op zal leveren en of het (daarom) wel rechtvaardig is om toe te staan.

Deze morele principes op zichzelf zijn daarmee niet voldoende om medewerkers in de forensische psychiatrie voor te bereiden op de moeilijk vraagstukken waar zij zichzelf voor geplaatst zullen vinden (Beauchamp & Childress 1989). Naast deze morele principes zou men ook oog moeten hebben voor waarden die op het spel staan en voor wie deze waarden gelden. In de forensische psychiatrie worstelt men vaak met de afweging tussen wat goed is voor een patiënt en wat goed is voor de samenleving.

Binnen de forensische psychiatrie leven mensen die worden beperkt in hun (keuze) vrijheid. Medewerkers nemen een groot deel van de beslissingen voor forensische patiënten. Het handelen om bestwil voor de patiënt kan op gespannen voet staan met respect voor de autonomie van de patiënt (Kortmann 2000; Sen e.a. 2007; Kremer e.a. 2013; Kremer & Widdershoven 2019). Paternalisme ligt juist in de forensisch psychiatrische zorg, waar patiënten niet altijd goed in staat zijn om een weloverwogen keuze te maken, op de loer. In deze bijdrage richten we ons in het bijzonder op de complexe dilemma's die er kunnen spelen rond behandelen en beveiligen, hetgeen wij toespitsen op het toedienen van libidoremmende medicatie (LRM).

Moreel beraad kan nuttig zijn bij moeilijke afwegingen in de forensische zorg. Deze methode biedt handvatten om gezamenlijk gestructureerd na te denken over complexe morele vragen (Kremer e.a. 2013; Kremer & Wildershoven 2019; Molewijk 2021). Moreel beraad draagt zo bij aan goede zorg voor patiënten en aan zelfzorg voor medewerkers.

Autonomie en paternalisme

Van oudsher zijn proportionaliteit (staat het in verhouding?), subsidiariteit (is er een minder ingrijpende manier?) en doelmatigheid (is het effectief?) een soort 'juridische meetlat' waarlangs men te maken afwegingen over bijvoorbeeld het inperken van vrijheden en opleggen van dwang legt. Dwang en drang zijn niet bedoeld om de autonomie van de patiënt af te nemen, maar juist om deze uiteindelijk te bevorderen en zo recidivegevaar te laten afnemen. Externe dwang kan ingezet worden om de behandeling op gang te brengen waardoor de interne dwang om onverstandige dingen te doen (hope-lijk) vermindert. De patiënt wordt aangespoord om ander gedrag te laten zien, gedrag dat volgens medewerkers beter aansluit bij de maatschappij.

De vraag of een patiënt niet kan veranderen of niet wil veranderen, is blijvend actueel. Met dwangbehandeling haal je mogelijk de component van ziekte en 'niet kunnen' weg, waardoor verandering in gedrag kan optreden. Helaas zijn er ook altijd patiënten die (vanwege hun psychiatrische stoornis) niet 'willen' veranderen. Autonomie heeft verschillende kanten. We kunnen namelijk autonomie als waarde beschouwen of deze meer als eigenschap zien. Hiermee is autonomie in de forensische psychiatrie eigenlijk een paradoxaal begrip. Aan de ene kant is het de wens van professionals om de patiënt te zien als een persoon die recht heeft op het maken van eigen afwegingen en het verdedigen van de eigen belangen. Aan de andere kant houdt de forensische setting juist in dat de patiënten vaak niet hieraan kunnen voldoen doordat ze er niet toe in staat zijn door hun psychiatrische aandoening of er niet toe in de gelegenheid zijn door een vrijheidsinperking vanwege de risico-inschatting op recidief. Een paradox dus die zich beweegt tussen twee fundamenteel, verschillende inperkingen van autonomie: interne versus externe dwang/drang, wilsvrijheid versus handelingsvrijheid, waarmee we bedoelen dat de vrijheid ook nog wordt beperkt door maatschappelijke normen betreffende delictpreventie (Kremer e.a. 2013).

Maar hoeveel dwang en drang mag men vervolgens toepassen? Men raakt gemakkelijk in de slip op een glijdende schaal van autonomie naar paternalisme. Het gaat niet om het overnemen van alle verantwoordelijkheden van een patiënt, maar om de patiënt en de samenleving te beschermen tegen onwenselijke of

gevaarlijke situaties. Het is de ultieme uitdaging om op dit hellende vlak een goed en juist evenwicht te vinden. Het is een zoektocht naar een balans tussen het recht op zelfbeschikking van de patiënt en het recht op passende zorg en veiligheid. Autonomie kan wel een centrale waarde zijn, maar de aanname dat iedereen autonomie 'als eigenschap' heeft, blijkt niet altijd stand te houden in de forensische psychiatrie (Kremer e.a. 2013).

Wij beschrijven een casus passend bij de beschreven thematiek waarbij we in het kort de methode van moreel beraad illustreren. Het al dan niet aanwenden van libidoremmende medicatie (LRM) is een moeilijk dilemma in de forensische psychiatrie. Bij de besproken casus volgen we in grote lijnen de structuur van een moreel beraad. De casus is geanonimiseerd en deels op inhoud aangepast om herkenning van personen te voorkomen.

Gevalsbeschrijving

Patiënt A, een mannelijke leerkracht op een kleuterschool, was veroordeeld voor de verkrachting van twee vijfjarige jongens aan wie hij les gaf. Bij huiszoeking was er veel kinderporno op de computer gevonden. Hij gaf toe dat hij al zeker vier jaar sadistische fantasieën had over het verkrachten van jonge jongens.

Patiënt werd na zijn detentie en elektronisch toezicht verwezen voor ambulante behandeling.

Naast psychotherapeutische behandeling was er LRM opgestart in injecteerbare vorm gezien de ernst van de seksuele delicten met sadistisch karakter.

Enkele jaren later kreeg patiënt een duurzame relatie met een vriendin die op de hoogte was van zijn voor- geschiedenis. Beiden hadden na drie jaar relatie een kindervens. Na het stoppen van de LRM zou zijn spermakwaliteit normaliseren. Het dilemma betrof de vraag om mee te werken aan hun kindervens en gefaseerd te stoppen met LRM of deze medicatie te continueren? Binnen het multidisciplinaire team waren de meningen verdeeld. 'Het recht op een kind' werd zwaar gewogen, maar de verantwoordelijkheid voor de samenleving eveneens. Patiënt kreeg vanuit het team wisselende signalen. Besloten werd om dit dilemma in een moreel beraad te bespreken.

Na het formuleren van het dilemma keek men welke waarden er onder vuur lagen. Deelnemers kwamen onder andere op autonomie, veiligheid, bescherming, lichamelijke integriteit, relationaliteit, rechtvaardigheid en verantwoordelijkheid. Verder vond men dat er bij het dilemma rekening gehouden diende te worden met het perspectief van de professional (die voor de keuze stond), patiënt en zijn vriendin, het 'toekomstige kind', en uiteraard altijd met de maatschappij. Dat laatste perspectief werd meegenomen in de argumentatie van de forensische professional.

Moreel beraad

Als voorbeeld werken wij enkele argumenten vanuit het perspectief van de professional, in dit geval de psychiater, uit.

Voor het continueren van de LRM pleitte het recidive- risico (verantwoordelijkheid, veiligheid). Mede omdat patiënt nog steeds hoog scoorde op de gebruikte risicotaxatie-instrumenten die seksueel grensoverschrijdend gedrag voorspellen. Risico kon zelfs bestaan voor het 'toekomstige kindje', stel dat dit een jongetje en dus een

potentieel slachtoffer wordt (bescherming)? Daarnaast was er nog weinig stabiliteit bereikt op andere fronten zoals op de arbeidsmarkt.

Voor afbouwen van de LRM pleitte het 'recht' op het vervullen van de ouderrol. Een gezin zou patiënt mogelijk ook helpen te stabiliseren (relationaliteit en veiligheid). En ook zijn vriendin zou door een weigering om mee te werken aan de afbouw van de LRM niet in staat gesteld worden moeder te worden (autonomie en rechtvaardigheid), behalve als zij patiënt zou verlaten voor een ander. Echter, het verlies van een stabiele partner zou het risico op recidive bij patiënt weer kunnen verhogen (veiligheid).

In het moreel beraad werden naast het perspectief van de psychiater ook andere perspectieven uitgewerkt. Dat waren patiënt, zijn vriendin, en het toekomstige kind. Rechtvaardigheid (recht hebben op een kind) en autonomie, en veiligheid en verantwoordelijkheid voor de maatschappij waren enkele waarden die hier botsten. Na de bespreking van dit dilemma in een moreel beraad werd gekozen voor veiligheid voor de samenleving.

Het risico op toekomstige slachtoffers werd zwaarder gewogen dan de autonomie van patiënt en zijn vriendin.

Patiënt bleef ingesteld op LRM. Door de verschillende perspectieven en argumentatie mee te wegen werd het voor het gehele multidisciplinaire team beter te begrijpen waarom de LRM bij patiënt werd voortgezet.

Op de glijdende schaal van autonomie naar paternalisme was zorgvuldig gezamenlijk nagedacht over de minst kwalijke keuze. Voor patiënt en zijn vriendin was het een verdrietige beslissing. Echter, doordat er gezamenlijk was gereflecteerd op deze vraag, was het voor alle betrokken professionals mogelijk om helder uit te leggen aan patiënt en zijn vriendin hoe men tot deze conclusie gekomen was. Voor hen waren de argumenten goed te begrijpen, waarna zij zich beter bij het besluit neer konden leggen.

Discussie

Achteraf lijkt de uitkomst van een moreel beraad vaak een logische conclusie. Is zo'n lang gesprek met meerdere professionals bij elkaar dan wel nodig? Volgt uit de juridische beginselen zoals subsidiariteit en proportionaliteit niet automatisch de goede conclusie?

De vraagtekens bij de meerwaarde van moreel beraad doen echter geen recht aan de moeilijke dilemma's waar medewerkers in de forensische psychiatrie regelmatig voor geplaagd worden.

Centraal in een moreel beraad staat niet de uitkomst op zich, maar juist de uitwisseling van verschillende perspectieven en het proces naar die uitkomst toe. In de beschreven omstandigheden was het van meerwaarde om een gesprek te voeren tussen de psychiater en het multidisciplinaire team omdat niet het hele team op één lijn zat. Het moreel beraad hielp voor alle betrokkenen om helder te krijgen welke perspectieven en argumenten een rol spelen en om van en met elkaar te leren (Kremer & Widdershoven 2019).

Ondersteuning personeel

Patiënten binnen de forensische psychiatrie zijn in zeer grote mate afhankelijk van de beslissingen die medewerkers nemen. Dit is ook zo wanneer het gaat om vragen waarbij waarden zoals autonomie, lichamelijke integriteit en veiligheid onder vuur liggen, zoals bij de besproken casus het geval is.

Helaas ontbreekt het in de forensische psychiatrie veelal aan een centraal georganiseerde vorm van ethische ondersteuning die steun en sturing kan bieden bij het maken van dergelijke complexe en vaak moreel geladen afwegingen. Door een hoge werkdruk nemen medewerkers vaak geen tijd om stil te staan bij en te reflecteren op hun dagelijkse werkzaamheden. Hierdoor zijn medewerkers regelmatig op zichzelf aangewezen als zij voor een moeilijke afweging staan, waarbij zij zich veelal laten leiden door hun eigen (morele) intuïtie en ervaringen. Afwegingen lijken hierdoor deels arbitrair en ook te weinig reflectief te zijn (Kremer 2013; Kremer & Widdershoven 2019).

Om medewerkers ondersteuning te bieden bij het maken van deze moeilijke afwegingen kan (professionele) ethiek in de instelling behulpzaam zijn (Kremer 2013). Wanneer men op regelmatige basis en gestructureerd met elkaar in gesprek gaat over morele afwegingen, bijvoorbeeld door middel van moreel beraad, is het aannemelijk dat de kwaliteit van onze afwegingen zal verbeteren (Jellema e.a. 2017). Doordat medewerkers binnen de forensische psychiatrie regelmatig met elkaar in gesprek gaan over dilemma's worden zij zich meer bewust van morele vraagstukken op de werkvloer. Door 'oefening' met morele vragen neemt de morele sensitiviteit toe (Kremer e.a. 2017).

Conclusie

In dit artikel lichtten wij toe dat medewerkers in de forensische psychiatrie vaak voor morele dilemma's worden gesteld. Specifiek voor het forensische veld gaan deze dilemma's regelmatig over een afweging tussen een patiënt en de samenleving, over behandeling en beveiliging. Deze dilemma's vragen om weloverwogen afwegingen. Moreel beraad is nuttig bij het gestructureerd nadenken over dergelijke complexe vraagstukken.

Door 'stil te staan' en gezamenlijk te reflecteren leren professionals van en met elkaar, wordt de (eventuele) uitkomst van een afweging beter onderbouwd en worden medewerkers zich op den duur meer bewust van dilemma's die op de (forensische) werkvloer afspelen.

Literatuur

- Beauchamp TL, Childress JF Principles of biomedical ethics. 3de ed. New York/Oxford: Oxford University Press; 1989.
- Cosyns P, Goethals K. Penitentiary mental health care in Belgium. In: Konrad N, Völlm B, Weisstub DN, red. Ethical issues in prison psychiatry. Dordrecht: Springer; 2013 p. 145-52.
- Gerritsen S, Widdershoven G, Bossenbroek B, e.a. Moral dilemmas in contact-based care: the relevance of moral case deliberation for forensic psychiatry. *Front Psychiatry* 2020; 11: 574336.
- Jellema H, Kremer S, Mackor AR, e.a. Evaluating the quality of the deliberation in moral case deliberations: a coding scheme. Springer: 2017. p. 277-85.
- Kortmann FAM. Beschouwelingen over paternalisme en autonomie in de psychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 2000; 42: 319-26.
- Kremer S. Pionieren met ethiek. Ethische reflectie in Forensisch Psychiatrisch Centrum dr. S. van Mesdag. In: van Ewijk H, Kunneman H, red. Praktijken van normatieve professionalisering. Amsterdam: SWP; 2013. p. 97-116.
- Kremer S, Widdershoven G. Ethiek van de werkvloer. Moreel beraad in de forensische psychiatrie. In: Goethals K, Meynen G, Popma A, red. *Leerboek forensische psychiatrie*. Utrecht: de Tijdstroom; 2019. p. 407-19.
- Kremer S, van der Meijde J. Ondersteunen van het eigen denkproces. Ethiek in FPC Dr. S. van Mesdag. *Tijdschrift voor Humanistiek* 2011; 47: 96-105.
- Kremer S, van der Meijde, J, te Winkel S, Pomp L. Beschadigde autonomie. (Hoe) valt autonomie te begrijpen in een forensisch psychiatrisch centrum? *Journal of Humanistic Studies, Waardenwerk* 2013; 52: 89-97.
- Kremer S, Kroon D, Molewijk B, e.a. Morele sensitiviteit in de forensische psychiatrie: heeft moreel beraad invloed op de mate van morele sensitiviteit van sociotherapeuten in de (forensische) psychiatrische zorg? *Jaarbundel Integriteit, Boots on the ground meet science*, 2017. p. 112-28.
- Molewijk B. Moreel beraad: dialogisch onderzoek als vehikel voor continu leren en goede zorg. *Tijdschr Psychiatr* 2021; 63: 750-4.
- Sen P, Gordon H, Adshead G, e.a. Ethical dilemmas in forensic psychiatry: two illustrative cases. *J Med Ethics* 2007; 33: 337-41.

Eén is geen

Swanny Kremer

Anne Ilse Schaap, Moral Case Deliberation with prison staff: Moral themes, evaluation and impact on moral craftsmanship. PhD-Thesis, Vrije Universiteit Amsterdam. 2023, pp. 255, ISBN/EAN: 978-94-6473-171-2.

<https://doi.org/10.5463/thesis.278>.

Eerder gepubliceerd in:

Journal of Social Intervention: Theory and Practice – 2024 – Volume 33, Issue 2, pp. 108–112 <http://doi.org/10.18352/jsi.834>

ISSN: 1876-8830

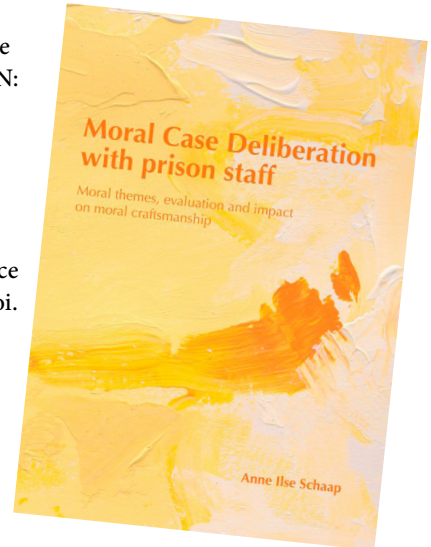
URL: <http://www.journalsi.org>

Publisher: Hanze University of Applied Sciences

/ NHL Stenden University of Applied Sciences

Open Access Journals Copyright: this work

has been published under a Creative Commons Attribution-Noncommercial-No Derivative Works 3.0 Netherlands License



‘Eén is geen’ is een motto van DJI om de veiligheid in inrichtingen te garanderen door er als medewerker letterlijk en figuurlijk niet alleen voor te staan. Het motto zou volgens Anne Schaap nog meer mogen gaan gelden, met name ook als het gaat om ethiek en reflectie binnen het gevangeniswerk.

In het proefschrift van Anne Schaap staan veel geleerde lessen beschreven en het interessante ervan is dat deze lessen twee kanten opgaan. Niet alleen de medewerkers in het gevangeniswezen leren van de moreel beraad interventie. Ook de onderzoekers voelen zich continu geconfronteerd met uitdagingen van de praktijk, zoals bijvoorbeeld het omgaan met weerstand. Deze wederkerigheid van het leerproces past heel mooi bij de interventie, want moreel beraad is een methodiek die helpt om met elkaar het onderzoeksgesprek aan te gaan. Om samen te verdiepen, om samen te leren.

Samenvatting

Na een algemene introductie op het gehele proefschrift volgt een hoofdstuk over de thema's waar gevangenismedewerkers (uit alle lagen van de organisatie) zelf tegenaan lopen. Morele dilemma's die zij in hun werk tegenkomen spelen zich vaak af op het gebied van de waarden 'veiligheid' en 'bescherming'. In de relatie tot gedetineerden liggen de dilemma's haast voor het oprapen. Een andere deelgebied waarop dilemma's voorkomen is het omgaan met afspraken. Vragen over 'goede zorg' en 'professionaliteit' borrelen dan op, want wanneer ben je eigenlijk een goede professional? Als je je conformeert aan de protocollen? Of als je er juist om gegronde redenen van afwijkt?

Deelnemers en gespreksleiders van 131 moreel beraden vulden evaluatieformulieren in. Die zijn geanalyseerd en in hoofdstuk drie worden de uitkomsten hiervan beschreven. Het bleek dat het verplaatsen in elkaars perspectief bijzonder leerzaam is. Ook bleek het waardevol om oprecht naar elkaar te luisteren en elkaar te bevragen zonder daarbij een oordeel te vellen. Moreel beraad blijkt veel handvatten te bieden om gevangenismedewerkers te ondersteunen in hun eigen en in elkaars denkproces.

Moreel vakmanschap (MV), wat is het en kun je het meten? Daar gaat hoofdstuk 4 over. MV gaat over goed handelen in complexe situaties, ten aanzien van anderen, in het beroep van anderen, in de organisatie en in de samenleving als geheel. Er zijn drie lagen van MV onderscheiden, namelijk de individuele laag, de teamlaag en de leiderschapslaag. Om te pogen meer vat te krijgen op MV is een vragenlijst (MVV) ontwikkeld met zeventig items op acht domeinen, waaronder bewustzijn, oordelen en redeneren, en interactie. Conclusie van deze exploratieve studie is dat het waardevol is om meer grip te krijgen op MV. Ook bleek dat de vragenlijst (te) lang is en dat aanpassingen de bruikbaarheid ervan zullen verbeteren.

Heeft moreel beraad invloed op moreel vakmanschap van gevangenismedewerkers? In hoofdstuk 5 wordt beschreven wat de impact van een reeks van tien moreel beraden bij gevangenismedewerkers is volgens de meting van de hiervoor beschreven MVV. Bij de vergelijking tussen drie interventielocaties en drie controlelocaties was op zeven van de zeventig items een positieve ontwikkeling te zien op het MV. Na de serie van tien moreel beraden gaven de medewerkers uit de interventiegroep aan dat zij ervaren meer 'tools' te hebben om met morele vraagstukken om te gaan. Ook 'durfden' zij acties van collega's eerder te bevragen en gaven zij aan het eenvoudiger te vinden om met moreel uitdagende situaties om te gaan.

In dit hoofdstuk wordt ook beschreven hoe uitdagend het onderzoek was. De context van het gevangeniswezen maakt al dat de onderzoekers zich moesten verhouden tot de protocollen en structuren binnen de DJI. Ook sloten er twee gevangenisstrafzinnen onderdeel van het onderzoek waren. Toch tonen deze eerste resultaten dat moreel beraad het MV van professionals op cruciale punten positief beïnvloedt. Dat maakt de investering in moreel beraad en tevens het onderzoek ernaar binnen DJI relevant.

Het zesde hoofdstuk gaat over de uitkomsten van moreel beraad die gevangenismedewerkers ervaren. Zowel gevangenismedewerkers (n=871) als gespreksleiders

(n=122) vulden na ieder moreel beraad (n=131) een vragenlijst in. Daarnaast werd er na de reeks moreel beraden ook een evaluatie ingevuld (n=149). Uit kwantitatieve analyses kwam naar voren dat er positieve effecten waren. Moreel beraad resulteerde onder meer in een beter begrip van het dilemma.

Deelnemers gaven aan dat hun moreel bewustzijn groeide en dat zij meer begrip ontwikkelden voor uitdagende situaties en perspectieven van collega's. Zij kregen meer grip op en inzicht in hun eigen verantwoordelijkheden en de grenzen in morele besluitvorming. Medewerkers gaven aan zich gesterkt te voelen op diverse vlakken, bijvoorbeeld bij het aankaarten van discutabel gedrag van collega's. Daarnaast hielp moreel beraad hen om emoties en frustraties binnen het werk beter te beheersen en begrijpen. Zij gaven echter ook aan dat de stap van het geleerde binnen de moreel beraden naar de dagelijkse praktijk nog een uitdaging is.

De discussie wordt beschreven in hoofdstuk 7. Na de beschrijving van de resultaten worden drie reflecties beschreven. De eerste gaat over de weerstand die sommige gevangenismedewerkers ervaren tegen de moreel beraden. Deze weerstand had naast de inhoud ('Past deze methode bij onze behoeften?') ook te maken met de onzekerheid over hun baan of met de hoge werkdruk. Ook bleek, ten tweede, de context van invloed te zijn op de implementatie van moreel beraad.

Medewerkers gaven aan dat zij een gebrek aan invloed konden ervaren om de praktijk te verbeteren. Daarbij bleek, ten derde, het een uitdaging om de effecten van moreel beraad te meten. Dit kwam onder andere doordat het aan de ene kant belangrijk is om de moreel beraden voor het onderzoek op telkens dezelfde wijze uit te voeren terwijl de praktijk juist gebaat kan zijn bij unassigned om daar waar mogelijk aan te sluiten bij de behoeften van medewerkers.

Reflectie

Het proefschrift van Anne Schaap biedt een diepgaande verkenning van moreel beraad binnen het gevangeniswezen en belicht de geleerde lessen zie zowel medewerkers als onderzoekers hebben opgedaan. Een interessant aspect van het onderzoek is ook juist deze wisselwerking.

Mijn eigen ervaring met moreel beraad ligt vooral binnen de forensische psychiatrie. Ik onderstreep het belang van hiervan binnen gesloten settingen waar morele dilemma's en complexe beslissingen aan de orde van de dag zijn. Het moreel beraad is in de forensische psychiatrie een belangrijk instrument voor reflectie, dialoog en ondersteuning bij het denkproces. Het proefschrift van Anne Schaap voegt hier waardevolle inzichten aan toe door te laten zien hoe moreel beraad het moreel vakmanschap van professionals kan verbeteren en empowerment kan bieden aan medewerkers.

De geleerde lessen uit het proefschrift tonen ook aan hoe de implementatie van moreel beraad aandacht vereist, inclusief het omgaan met weerstanden. Daarbij is het belangrijk om continu ook zelflerend te blijven als onderzoeker en om waar nodig de gespreksmethode aan te passen.

Het belang van moreel beraad strekt zich uit tot andere, al dan niet gesloten settingen, waar professionals worden geconfronteerd met morele vragen. Reflectie is cruciaal bij het werken met mensen. Het biedt professionals een platform om gezamenlijk en gestructureerd na te denken over de dilemma's waar ze in hun werk tegenaan lopen.

Al met al illustreert het proefschrift van Anne Schaap niet alleen de waarde van moreel beraad binnen het gevangeniswezen, maar ook de bredere relevantie ervan voor ethische reflectie in verschillende contexten. Het benadrukt de noodzaak van continue professionele ontwikkeling en het belang van het creëren van ruimte voor een gezamenlijke onderzoeksdialog over morele vraagstukken.

Voor iedereen die geïnteresseerd is in ethiek, professionele ontwikkeling en het creëren van ruimte voor een gezamenlijke onderzoeksdialog over morele vraagstukken biedt het proefschrift van Anne Schaap waardevolle inzichten. Het proefschrift biedt bovendien lessen die kunnen worden toegepast op diverse professionele praktijken.

Tot zover mijn gedachten over het proefschrift van Anne Schaap. Rest mij nog om haar zelf het latest woord te geven, in de vorm van haar gedicht over samen nadenken:

Eén is geen

*Als je denkt het alleen te kunnen
 Als je denkt alles te hebben gezien
 Als je denkt het zicht te hebben
 Je denkt te kennen Je denkt te weten
 Je denkt op te lossen
 Je denkt je gedachten vast
 Je denkt jouw zicht troebel
 Je denkt slechts alleen
 Je denkt slecht Je dents alleen'*



Over de auteurs

- **Agna Bartels-Velthuis**, Centrum Integrale Psychiatrie (CIP) Lentis, Groningen; Rob Giel Onderzoekscentrum, UMCG, Groningen
- **Femke Bastiaanssen**, GZ psycholoog i.o., Lentis
- **Elvira Boere**, psycholoog PsyQ, Rotterdam; Afdeling Psychiatrie, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC)
- **Sanne Booijs**, Centrum Integrale Psychiatrie (CIP) Lentis, Groningen; Rijksuniversiteit Groningen, UMCG, Interdisciplinary Center for Psychopathology and Emotion Regulation (ICPE)
- **Gera Brondijk**, Centrum Integrale Psychiatrie (CIP), Lentis, Groningen
- **Arndt Bussing**, Institute of Integrative Medicine, Witten/Herdecke University, Germany
- **Petra van Dijk**, psychiater PsyQ, Den Haag
- **Eckhard Frick**, Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Hospital Rechts der Isar, Technical University of Munich, Germany
- **Kris Goethals**, forensisch psychiater, psychotherapeut en directeur Universitair Forensisch Centrum, Universitair Ziekenhuis Antwerpen; hoogleraar Forensische psychiatrie, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen
- **Imke Hanssen**, afdeling Psychiatrie, Radboudumc; Donders Institute for Brain, Cognition, and Behaviour, Radboud Universiteit Nijmegen
- **Rob Havermans**, psychiater PsyQ, Maastricht
- **Rogier Hoenders**, psychiater Centrum voor Integrale Psychiatrie Lentis, Groningen; hoogleraar Zingeving, leefstijl en geestelijke gezondheid, Rijksuniversiteit Groningen
- **Marloes Huijbers**, afdeling Psychiatrie, Radboudumc; Donders Institute for Brain, Cognition, and Behaviour, Radboud Universiteit Nijmegen
- **Marlieke de Jonge**, *stafmedewerker Empowerment, Lentis*
- **S. Kremer**, filosoof, ethicus, Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC), Dr. S. van Mesdag Kliniek in Groningen
- **Ralph Kupka**, psychiater Altrecht Bipoliar, Utrecht, Afdeling Psychiatrie, Amsterdam UMC, Vrije Universiteit, Amsterdam
- **Marc Lochmann van Bennekom**, Donders Institute for Brain, Cognition, and Behaviour, Radboud Universiteit Nijmegen; Pro Persona Mental Health Care in Nijmegen

- **Brian D. Ostafin**, faculteit Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie, Rijksuniversiteit Groningen
- **Eline Regeer**, psychiater en senior onderzoeker Altrecht Bipolair, Utrecht
- **Daniela Rodrigues-Recchia**, Department of Research Methods and Statistics in Psychology, Witten/Herdecke University, Witten, Germany
- **Merel Schoot, Klinisch psycholoog – Psychotherapeut**, Altrecht Mental Health Care, Bilthoven; Faculteit Religie, Cultuur en Maatschappij, Rijksuniversiteit Groningen
- **Anne E. Speckens**, afdeling Psychiatrie, Radboudumc; Donders Institute for Brain, Cognition, and Behaviour, Radboud Universiteit Nijmegen
- **Anja Stevens**, psychiater Dimence Bipolair, Deventer
- **Liesbeth Visser**, psychiater, senior onderzoeker en waarnemend opleider psychiatrie, Lentis
- **Nina Vollbehr**, Centrum Integrale Psychiatrie (CIP), Lentis, Groningen; faculteit Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie, Rijksuniversiteit Groningen

Redactie GGZet Wetenschappelijk

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

Secretariaat

Berta Oosterloo
ggzetwetenschappelijk@rgoc.nl

Ontwerp en productie

Klaas van Slooten, bno

Oplage

350 exemplaren

ISSN 1389-1715

