

Zelfmanagement bij en behandeling van depressie; het patiëntenperspectief

R.A. VAN GRIEKEN, A.H. SCHENE

- ACHTERGROND** Meer dan twee derde van alle patiënten met een depressie ervaart onvoldoende verbetering van behandeling. Om behandeling ook op domeinen die voor patiënten relevant zijn effectief te laten zijn, en om een depressie waar mogelijk zelf te kunnen ‘managen’, zullen behandelingen en zelfmanagementstrategieën meer moeten aansluiten bij wat patiënten zelf nuttig vinden.
- DOEL** Het exploreren van het patiëntenperspectief op zelfmanagement en professionele behandeling voor depressie.
- METHODE** Overwegend kwalitatieve methodieken: individuele diepte-interviews, conceptmapping (een gemixte methode) en een onlinevragenlijst.
- RESULTATEN** Patiënten genereerden 50 zelfmanagementstrategieën waarbij thema’s naar voren kwamen zoals ‘Activiteiten ondernemen’ (bijvoorbeeld ‘regelmatig naar buiten gaan’), ‘Focus op de diagnose depressie (bijvoorbeeld ‘acceptatie’) en behandeling’ (bijvoorbeeld ‘vertrouwen hebben in een behandelaar’), ‘Sociaal-maatschappelijke betrokkenheid’ (bijvoorbeeld ‘de depressie delen met familie’) en ‘Goede structuur en zelfzorg’ (bijvoorbeeld ‘haalbare doelen stellen’). Een gebrek aan duidelijkheid en overeenstemming over de oorzaak van de depressie en over de inhoud van behandeling, en geen vertrouwen in de behandelrelatie, werden in een behandeling als belemmerend ervaren.
- CONCLUSIE** Patiënten menen op vele manieren een actieve bijdrage te kunnen leveren in het zelf managen van hun mentale gezondheid. Daarnaast zouden behandelaars de perspectieven van individuele patiënten moeten exploreren om een behandeling te kunnen geven met gezamenlijk overeengekomen doelen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)9, 627-636

TREFWOORDEN conceptmapping, depressie, herstel, patiëntenperspectief, zelfmanagement



Depressie is tegenwoordig volgens de Wereldgezondheidsorganisatie een van de belangrijkste problemen voor de volksgezondheid (Ferrari e.a. 2013; Global Burden of Disease Study 2015). De kans op een recidief na een eerste depressie is groot, namelijk meer dan 50%. En als een depressie eenmaal recidiveert, neemt de kans dat de ziekte vaker recidiveert of chronisch wordt verder toe (Greden e.a. 2001). Hoewel er veel verschillende *evidence-based* behandelingen beschikbaar zijn, zoeken, accepteren of continueren lang niet alle patiënten behandeling. Als ze dat wel doen, ervaart meer dan 50% van alle patiënten onvoldoende verbetering van hun depressie (Rush e.a. 2006). Voor een groot deel van de patiënten zou het dan ook

nuttig kunnen zijn bij te dragen aan hun herstel door hun depressie in het dagelijks leven zelf te leren ‘managen’. Maar hoe doe je dat?

Zelfmanagement

In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is zelfmanagement actueel en een relatief nieuwe benadering. Zelfmanagement impliceert dat de patiënt de regie over zijn of haar ziekteproces zo veel als mogelijk zelf probeert te voeren, en wordt omschreven als ‘het zodanig omgaan met een chronische aandoening (symptomen, behandeling, lichamelijke en sociale consequenties en bijbehorende aanpassingen in leefstijl) dat de aandoening optimaal wordt

ingepast in het leven' (Barlow e.a. 2002). Leren omgaan met de symptomen en 'zelf managen' kan de patiënt helpen weer grip op zijn of haar situatie te krijgen en daarmee het gevoel van *mastery* versterken.

In het afgelopen decennium zijn, vooral door hulpverleners, verschillende initiatieven voor zelfmanagement bij depressie ontwikkeld. Deze zijn met name gericht op de preventie en lichtere vormen van depressie (LAZ 2010; Exterkate & Spijker 2010). Voor patiënten met een ernstige, recidiverende of chronische depressie is nog weinig bekend over zelfmanagementstrategieën die zij in hun dagelijks leven zouden kunnen toepassen en als nuttig ervaren. Om toepasbaar, nuttig en effectief te kunnen zijn, zouden zelfmanagementstrategieën het patiëntenperspectief moeten weerspiegelen.

Patiëntenperspectief

Het patiëntenperspectief is niet alleen van belang voor zelfmanagement, maar ook voor het verbeteren van de professionele *behandeling* van depressie, waar de wetenschappelijke literatuur zich de afgelopen jaren juist vooral richtte op de biologische psychiatrie, farmacotherapeutische interventies en protocollaire behandelingen met de nadruk op symptoomreductie met kwantitatieve onderzoeksmethodieken (Rush e.a. 2016). Dit lijken volgens wetenschappers en behandelaars belangrijke domeinen te zijn voor het bereiken van herstel van depressie. Echter, om behandeling ook op domeinen effectief te laten zijn die voor patiënten en hun naasten relevant worden gevonden, zouden behandelingen en doelen beter moeten aansluiten bij wat patiënten nuttig vinden of juist als belemmerend ervaren in hun herstel van depressie (Deen e.a. 2011; Winter & Barber 2013). Over het patiëntenperspectief op deze thema's is echter nog maar weinig bekend.

Eigen onderzoek

In dit artikel geven wij een overzicht van de ervaringen die patiënten met een depressieve stoornis opdeden met zelfmanagement en professionele behandeling; we baseren ons daarvoor op vijf verschillende, maar onderling samenhangende studies. Wij verrichtten twee conceptmappingstudies om zelfmanagementstrategieën te genereren en een vragenlijststudie om het gebruik en het ervaren nut van deze strategieën te kunnen meten. Daarnaast voerden we een kwalitatieve studie uit met diepte-interviews om de ervaringen van patiënten met belemmerende factoren van behandeling zo open mogelijk in kaart te brengen. Ook deden we een uitgebreide conceptmappingstudie om niet alleen de perspectieven van patiënten, maar ook die van naastbetrokkenen en behandelaars op nuttige behandelingsfactoren te traceren.

AUTEURS

ROOS VAN GRIEKEN, psychiater en onderzoeker, NPI specialist in persoonlijkheidsproblematiek, Arkin, Amsterdam.

AART H. SCHENE, hoogleraar Psychiatrie, hoofd afdeling Psychiatrie, Radboudumc, Nijmegen.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. R.A. van Grieken, NPI Arkin, Buikslotermeerplein 420, 1025 WP Amsterdam.

E-mail: Roos.van.Grieken@npsai.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-2-2018.

METHODE

Deelnemers voor alle vijf de studies werden geworven via een oproep op de website en in de nieuwsbrief van de Depressie Vereniging, depressiegerelateerde websites en de zorglijn stemmingsstoornissen van het Academisch Medisch Centrum (AMC).

Conceptmapping

STUDIE 1

In een eerste studie werd met conceptmapping (Kane & Trochim 2007; Severs e.a. 2017) de ervaringen van deelnemers die recent hersteld waren van een (unipolaire) depressieve episode (n = 20) in kaart gebracht, en in een tweede studie de ervaringen van deelnemers met een ernstige depressie die ondanks verschillende behandelingen persisteerde (n = 25).

Conceptmapping is een gemixte methode en combineert op een gestructureerde wijze kwalitatieve en kwantitatieve componenten van onderzoek. Bij deze methode maakt men gebruik van groepsprocessen waarbij deelnemers elkaar op ideeën kunnen brengen. De data worden op een geavanceerde statistische wijze geanalyseerd om deze vervolgens in een samenhangend raamwerk te kunnen weergeven, een 'conceptmap'.

Conceptmapping kent drie fasen: het genereren, structureren en analyseren van data. In de eerste kwalitatieve fase, het genereren, werd aan de deelnemers die recent hersteld waren van hun depressie (studie 1) tijdens drie focusgroepbijeenkomsten gevraagd wat hen had geholpen bij hun herstel (Van Grieken e.a. 2013).

Deelnemers in studie 1 werden geïncludeerd als ze in het jaar voorafgaand aan de studie hersteld waren van hun

depressie. De depressie werd met behulp van het *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I) vastgesteld. Volgens de *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS) werd bevestigd dat de depressie in remissie was (score onder de 7).

STUDIE 2

In drie andere focusgroepbijeenkomsten werd aan de deelnemers gevraagd wat hen hielp in het omgaan met hun depressie in het dagelijks leven (studie 2) (Van Grieken e.a. 2014a). Deelnemers in studie 2 werden geïncludeerd als ze voldeden aan de DSM-IV-criteria voor een depressie, een score van 7 of hoger op de HDRS hadden en ten minste twee verschillende professionele behandelingen van een psycholoog of psychiater gekregen hadden voor de huidige depressie met onvoldoende effect. Het ging hierbij om patiënten met een chronische, recidiverende depressie of een depressie die slechts partieel in remissie was. Beide onderzoeksgroepen genereerden elk 50 unieke nuttige uitspraken.

STUDIE 3

In een derde studie werden de ervaringen van patiënten (n = 33), naasten (n = 22) en professionals (n = 50) met de behandeling van depressie in kaart gebracht. In zes focusgroepbijeenkomsten werd gevraagd welke factoren van de behandeling volgens hen nuttig waren (Van Grieken e.a. 2016). Behandelaars werden geïncludeerd als ze gedurende ten minste één jaar substantiële ervaring met depressie-behandeling hadden. Met de *purposive-sampling* methode werden behandelaars met diverse achtergronden (psychiaters, (klinisch) psychologen en psychiatrisch verpleegkundigen) geselecteerd in het AMC en in een ggz-instelling. De behandelaars hadden geen behandelrelatie (gehad) met de patiënten uit het onderzoek. Naastbetrokkenen werden geworven via de deelnemende patiënten. De drie deelnemende groepen genereerden totaal 55 uitspraken.

VERVOLGFASE

In de tweede kwantitatieve fase, het structureren, werd in de drie afzonderlijke studies aan elke individuele deelnemer gevraagd om de uitspraken te sorteren op gemeenschappelijke kenmerken en te prioriteren op relevantie. Deelnemers konden op een schaal van 1-5 aangeven hoe belangrijk elke uitspraak voor hen was.

In de derde fase, het analyseren, werden de gesorteerde en geprioriteerde uitspraken van de drie studies met de software 'Ariadne' gepositioneerd in een tweedimensionale conceptmap, op basis van een meerdimensionale schaalanalyse (Severens 1995). De afstand tussen twee uitspraken representeert hoe vaak ze door de deelnemers bij elkaar in

dezelfde groep gesorteerd waren. Tevens werden de uitspraken op basis van een 'hiërarchische clusteranalyse' in clusters ingedeeld (Kane & Trochim 2007). De clustervariant die inhoudelijk het best te interpreteren was, werd geselecteerd. Hierna werd het relatieve belang van de uitspraken berekend op basis van de door de deelnemers gegeven prioriteitsscore.

Vragenlijst

In een vierde studie ontwikkelden we een zelfinvulvragenlijst voor onlinegebruik, gebaseerd op de eerder gevonden 50 zelfmanagementstrategieën (studie 1). Aan de 193 deelnemers werd van elke zelfmanagementstrategie gevraagd om aan te geven of deze werd gebruikt tijdens hun meest recente depressie, en zo ja, hoe nuttig de strategie was geweest op een schaal van 1 (niet nuttig) tot 5 (erg nuttig). De deelnemers moesten in de afgelopen drie jaar hersteld zijn van hun depressie. De deelnemers van studie 1 werden opnieuw benaderd voor het invullen van de vragenlijst. Verder werden deelnemers geworven via de eerder beschreven methoden. De ernst van de depressie werd gemeten met de *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9, Kroenke e.a. 2001). Tevens wilden we gemeenschappelijke thema's binnen zelfmanagementstrategieën onderscheiden en werd gekeken of bepaalde demografische en klinische karakteristieken voorspellend zouden zijn voor de keuze van strategieën (bijv. leeftijd, sekse, aantal depressies of de ernst van de depressie).

Diepte-interviews

In een vijfde studie namen we in een gerichte steekproef 27 individuele diepte-interviews af met deelnemers die recent hersteld waren van hun depressie (studie 5). We includeerden deelnemers die gereageerd hadden op onze oproep (op zelfde wijze als in het voorgaande) met diverse klinische eigenschappen (lichte tot ernstige en een enkele tot recidiverende depressies in de voorgeschiedenis), professionele behandelvormen (ambulant, dagbehandeling en klinische opnames) en behandelinhoud (verschillende varianten van psychotherapie en psychofarmaca). We vroegen hun of zij belemmerende factoren hadden ervaren tijdens hun behandeling voor depressie. Na 27 interviews kwamen er geen nieuwe thema's meer naar voren (saturatie). De interviews duurden gemiddeld een uur, er werden geluidsopnamen van gemaakt die letterlijk werden getranscribeerd.

Voor de analyse van de transcripten gebruikten we de procedures voor codering en constante vergelijking ontwikkeld door Strauss (1987). We gebruikten MAXQDA-software als ondersteuning bij het coderingsproces. Twee onderzoekers startten met open codering en na consensus-

bijeenkomsten met de onderzoeksgroep volgde het axiaal coderingsproces door twee andere onderzoekers. Consensusbijeenkomsten met de gehele onderzoeksgroep leidde tot het definitieve thematisch raamwerk.

RESULTATEN

Zelfmanagementstrategieën

De vijftig genoemde zelfmanagementstrategieën die als nuttig werden ervaren voor het herstel van depressie (studie 1), konden in acht clusters worden onderverdeeld (FIGUUR 1). De namen die aan de clusters werden gegeven, werden gebaseerd op de inhoud van de strategieën in elk cluster waarbij strategieën met een hogere prioriteitscore meer gewicht hadden. Met de softwareondersteuning voor conceptmapping 'Ariadne' konden we de assen in de conceptmap roteren om maximale betekenis te kunnen geven aan de thematiek: De strategieën bovenaan de verticale as waren gerelateerd aan 'algemene activiteiten' en die onderaan de as aan 'op depressie gerichte activiteiten'. De strategieën links op de horizontale as hadden als overkoepelend thema 'focus op jezelf' en die aan de rechterzijde 'focus op anderen' (Van Grieken e.a. 2013).

De volgende 8 clusters werden onderscheiden:

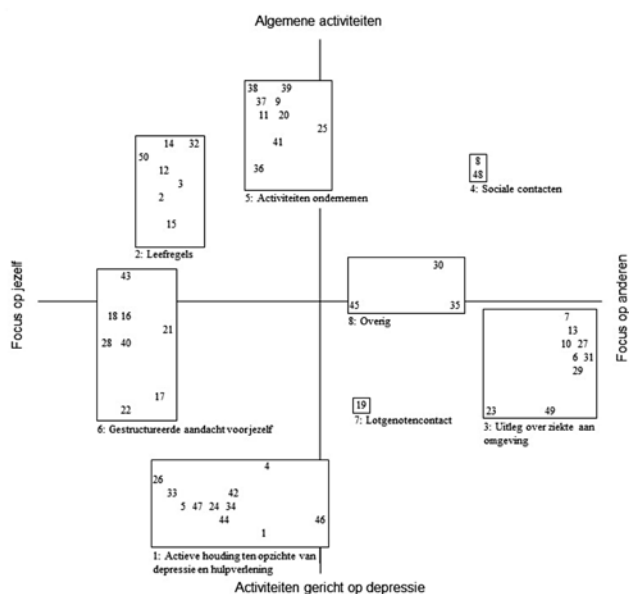
1. *Activiteiten ondernemen* (hoogste prioriteit met een score van 3,70 op een schaal van 1 tot en met 5): deelnemers gaven aan dat het hen helpt (sportieve) activiteiten te blijven ondernemen, zoals wandelen, hobby's of (vrijwilligers)werk.
2. *Leef(stijl)adviezen* (prioriteitscore 3,10): deelnemers

ervoeren een aantal praktische leefstijladviezen als nuttig, zoals het maken van to-dolijstjes en gezond eten.

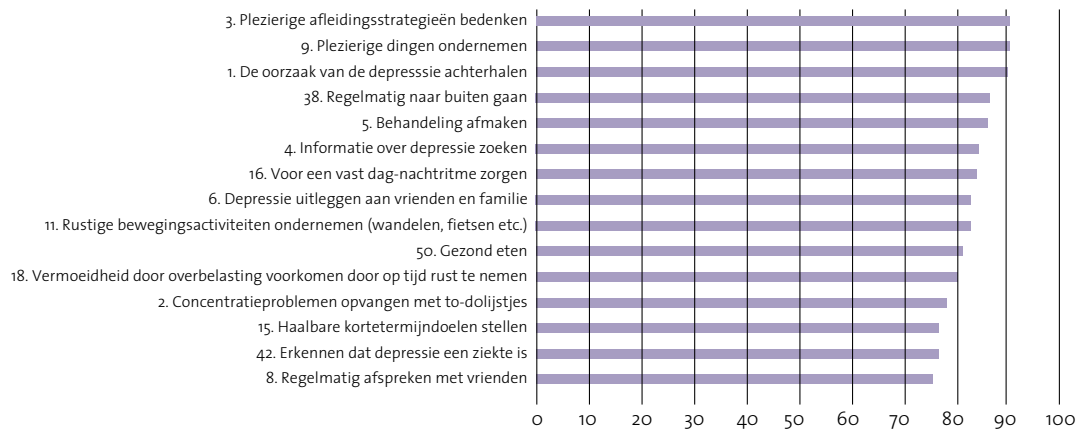
3. *Actieve houding ten opzichte van depressie en hulpverlening* (3,10): betrof het aannemen van een actieve en kritische houding tegenover depressie ('erkennen dat depressie een ziekte is' en 'informatie vinden over depressie') en de professionele hulpverlening ('een andere behandelaar zoeken bij onvoldoende vooruitgang').
4. *Sociale contacten* (2,97): deelnemers wezen op het belang om met vrienden en kennissen af te blijven spreken.
5. *Gestructureerde aandacht voor jezelf* (2,74): onderscheidend van thema 2, 'Leef(stijl)adviezen', betrof dit thema vooral de aandacht die je specifiek voor jezelf moet nemen, zoals het inbouwen van vaste piekmomenten of aandachttoefeningen doen.
6. *Uitleg over de ziekte aan de omgeving* (2,62): deelnemers legden graag aan familie, vrienden en collega's uit wat een depressie betekent.
7. *Lotgenotencontact* (2,25): deelnemers vinden het delen van hun ervaringen met lotgenoten nuttig.
8. *Overig* (2,03): dit is een cluster met verschillende strategieën die niet zozeer een gemeenschappelijk thema met elkaar gemeen hebben, maar wel als nuttig ervaren worden door deelnemers, zoals je familieachtergrond uitzoeken.

Na analyse van de vragenlijst (studie 4) bleek dat 45 van alle 50 strategieën gebruikt werden door minstens de helft van alle respondenten, en 20 strategieën werden zelfs door driekwart van de respondenten gebruikt. In FIGUUR 2 worden de 15 strategieën weergegeven die het meest

FIGUUR 1 Conceptmap waarin langs 2 assen de relaties worden weergegeven tussen 50 strategieën die door de deelnemers als nuttig werden ervaren in het herstel van depressie



FIGUUR 2 Top 15 zelfmanagementstrategieën die het meest gebruikt werden bij het herstel van depressie (in %) in het door ons beschreven onderzoek



gebruikt werden. Van alle respondenten ervoer 30% bijna 50% van alle strategieën als (zeer) nuttig. **FIGUUR 3** toont de 15 strategieën die als het nuttigst werden ervaren. Exploratieve factoranalyse van de onlinevragenlijst (studie 4) resulteerde in vier onderliggende thema's:

1. *Focus op de diagnose depressie en behandeling* (zoals de behandeling afmaken).
2. *Sociale en werk gerelateerde activiteiten ondernemen* (zoals de depressie uitleggen aan collega's).
3. *Goede zelfzorg* (zoals haalbare kortetermijndoelen stellen).
4. *Actieve leefstijl* (zoals regelmatig naar buiten gaan).

We vonden nauwelijks significante verschillen die voorspellend waren voor de keuze van bepaalde zelfmanagementstrategieën of de ervaren nuttigheid van de strategieën, zoals op basis van leeftijd, een familieanamnese met depressie of ernst van de depressie. De enige twee significante verschillen die we wél vonden, waren: 1. vergeleken

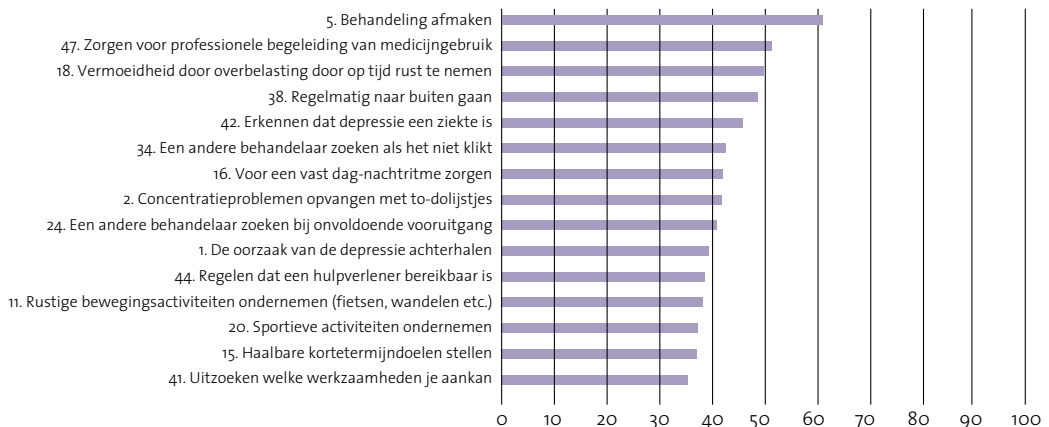
met mannen vonden vrouwen strategieën in het thema *Goede zelfzorg* nuttiger; 2. deelnemers die samen met anderen woonden, vonden het thema *'Focus op de diagnose depressie en behandeling'* nuttiger dan deelnemers die alleen woonden.

Nuttig ervaren behandelfactoren

De hiërarchische clusteranalyse van de derde (concept-mapping)studie met 100 deelnemers - patiënten, naastbetrokkenen en behandelaars - aan wie gevraagd werd welke factoren van behandeling volgens hen nuttig waren, resulteerde in tien clusters die gegroepeerd konden worden in vier hoofdclusters (zie **FIGUUR 4**) (Van Grieken e.a. 2016):

1. *een professionele behandelaar;*
2. *inhoud van de behandeling;*
3. *een gestructureerd behandelproces;*
4. *organisatie van behandeling.*

FIGUUR 3 Top 15 zelfmanagementstrategieën die het belangrijkste gevonden werden bij het herstel van depressie (in %, likertschaal 4 of 5) in het door ons beschreven onderzoek



FIGUUR 4 Conceptmap van de nuttig ervaren behandelfactoren volgens patiënten, naastbetrokkenen en behandelaars: 55 statements (in punten), 10 clusters (1-10) en 4 metaclusters (I-IV), in het door ons beschreven onderzoek



Na statistische analyse werd het statement 11 'creëren van hoop' in het midden van de clustermap geplaatst. Volgens de deelnemers behoorde dit statement niet, of slechts in zeer geringe mate, tot één van de andere clusters, waarmee de unieke waarde van dit 'thema op zich' werd benadrukt. De clusters die nuttig bleken, werden door patiënten, naastbetrokkenen en behandelaars als bijna even belangrijk geprioriteerd. De drie groepen verschilden in hun mening over één cluster ('Organisatie van zorg'), waarbij patiënten en naastbetrokkenen dit thema als nuttiger ervoeren dan behandelaars. Op statementniveau vonden patiënten en hun naasten bijvoorbeeld statement 49 'een therapie die snel na een intake start' en statement 7 'de mogelijkheid om direct contact te hebben met een behandelaar' significant belangrijker dan behandelaars.

Belemmerend ervaren behandelfactoren

Uit studie 5 bleken, na kwalitatieve analyses van de 27 interviews naar als belemmerend ervaren factoren van behandeling, vier hoofdthema's, metelkenkelesubthema's en voorbeelden naar voren te komen, zoals beschreven in **TABEL 1**. De bevindingen geven een rijk overzicht van wat door patiënten als belemmerend wordt ervaren in hun herstel van depressie (Van Grieken e.a. 2014b).

DISCUSSIE

In vijf studies hebben wij de patiëntperspectieven wat betreft zelfmanagement en de behandeling van depressie geëxploreerd.

Zelfmanagement

Patiënten blijken een aanzienlijk aantal zelfmanagementstrategieën te gebruiken en als nuttig te ervaren in hun herstel van depressie. Opmerkelijk genoeg gaan de als nuttigst ervaren strategieën over het actief omgaan met depressie ('de oorzaak van de depressie achterhalen') en een actieve leefstijl ('regelmatig naar buiten gaan'). Patiënten noemden geen strategieën die met vermijding, een bekend copingmechanisme bij depressie, te maken hadden, zoals 'de hele dag in bed blijven liggen'.

De zelfmanagementthema's die we in de studies 1, 2 en 4 vonden, zoals 'goede zelfzorg' en 'actieve leefstijl', overlappen met de thema's die als nuttig ervaren worden door patiënten met een (subklinische) depressie in andere studies (Morgan & Jorm 2009; Chambers e.a. 2015), en ook door patiënten met andere psychische aandoeningen zoals angst- en bipolaire stoornissen (Crepaz-Keay 2010; Villagi e.a. 2015) of zelfs chronisch somatische aandoeningen zoals astma (Barlow e.a. 2002; Sattoe 2015). De zelfmanagementthema's van al deze studies hebben met elkaar gemeen dat ze gaan over het veranderen van leefstijl, gedragsactivatie en het verbeteren van communicatie met de behandelaar of familie (Barlow e.a. 2002).

Het is daarom de moeite waard om te onderzoeken of er, ondanks dat er in de laatste jaren veel verschillende zelfmanagementprogramma's zijn ontwikkeld voor de verschillende lichamelijke en mentale aandoeningen, één zelfmanagementlijst te maken is van als nuttig ervaren strategieën voor alle chronische ziekten (Newman e.a.

TABEL 1 Belemmerende factoren bij professionele behandeling voor herstel van depressie volgens patiënten

Nr. Factor	Subthema	Concepten
1. Gebrek aan duidelijkheid en overeenstemming over de oorzaak van de depressie en de inhoud van behandeling	Geen behandeling op maat Onvoldoende uitleg over behandeling Gebrek aan discussie over medicatie	Behandeling sluit niet aan Gebrek aan structuur Geen duidelijke behandeldoelen Gebrek aan discussie over oorzaken Methoden Geen evaluaties Gebrek aan uitleg en ondersteuning
2. Een onveilige relatie met de behandelaar	Geen vertrouwen in de behandelaar Onprofessionele houding Gebrek aan professionele regie	Geen hoop Veel wisselingen tussen behandelaars Gebrek aan respect Behandelaar autoritair Afhankelijke gevoelens Gebrek aan leiderschap
3. Onbereikbaarheid van de geestelijke gezondheidszorg (instelling)	Wachlijsten Onbereikbaarheid van behandelaar Gebrek aan nazorg	Daling in motivatie voor behandeling Onbereikbaarheid buiten afspraken of kantoortijden Geen 'regie' behandelaar Gevoel er alleen voor te staan
4. Onvoldoende betrekken van naasten	–	Geen uitleg aan naastbetrokkenen

2004). Als we 'depressie' in onze strategieën zouden vervangen voor 'aandoening', zouden dezelfde strategieën weleens nuttig kunnen worden ervaren voor patiënten met andere chronische ziekten.

Er lijkt wat betreft toepasbaarheid een overlap te bestaan tussen de verschillende *fases* van de depressie: dezelfde strategieën lijken gebruikt te worden ter preventie van een depressie (Morgan & Jorm 2012), maar ook door patiënten met ernstiger depressieve stoornissen (studies 1 en 2). De strategieën lijken daarom in zowel eerste-, tweede-, als derdelijnsgezondheidszorg gebruikt te kunnen worden. Afhankelijk van de fase van de depressie en het patiëntenperspectief kunnen de strategieën uitgevoerd worden met meer of minder intensieve ondersteuning door een behandelaar. Hoe dit in praktische zin vorm te geven, zijn vragen voor vervolgonderzoek.

Patiëntperspectieven op behandeling

De studies 3 en 5 toonden dat het patiëntenperspectief over nuttige en belemmerende factoren in de behandeling wél op individueel statementniveau, maar op clusterniveau

(thematiek) niet substantieel verschilt van naastbetrokkenen en behandelaars. Vooral *aspecifieke* factoren worden benadrukt als nuttig, zoals een goede therapeutische relatie, empathie en hoop. Daarnaast worden er ook veel *specifieke* factoren genoemd; bijvoorbeeld, als er een gebrek is aan duidelijkheid over de oorzaak of het behandelplan of naasten niet worden betrokken, geven patiënten aan dat dit hun behandeling belemmert.

De *aspecifieke* factoren die wij vonden, doen ons denken aan de *common factors* die Lambert (1992) in de vorige eeuw na een uitgebreide literatuurstudie naar de uitkomsten van psychotherapie vond. Hij stelde dat *common factors* de belangrijkste bijdrage vormden voor het effect van psychotherapie. Slechts 15% van de behandeluitkomsten zou gerelateerd zijn aan technische factoren. De *aspecifieke* factoren die uit onze studies naar voren kwamen, onderzochten wij op een totaal andere manier dan Lambert, namelijk in exploratieve empirische studies, in ook nog eens een totaal ander tijdperk, dat van *evidence-based* behandelingen en de nadruk op de biologische psychiatrie. Het lijkt erop dat *aspecifieke* factoren in de loop van de tijd

belangrijk blijven en niet alleen meer gelden voor psychotherapeutische, maar ook farmacotherapeutische, steunende, structurerende en andere psychiatrische of psychologische behandelcontacten. Sterker nog, mogelijk zijn ze belangrijker dan de bijdragen van de specifieke technieken waar vaak veel nadruk op ligt in opleidingen, richtlijnen en behandelingen.

Het blijft aan te bevelen in therapieonderzoek ruim aandacht te besteden aan de bijdrage van deze 'algemene therapiefactoren' voor het effect van behandelingen. Voor de klinische alledaagse praktijk zouden behandelaars gebaat zijn bij het onderzoeken van potentiële door patiënten als belemmerend ervaren factoren teneinde therapietrouw en effectiviteit van de behandeling te kunnen vergroten (Houle e.a. 2013; Derksen e.a. 2013).

Beperkingen

Ten eerste richtten de onderzoeken zich op wat in de ogen van patiënten wel of niet nuttig ervaren werd. Of dat wat patiënten doen en als nuttig ervaren, ook daadwerkelijk nuttig is, hebben wij niet onderzocht en is een vraag die zich leent voor verder onderzoek. Zo zou de effectiviteit van de zelfmanagementstrategieën bijvoorbeeld met een gerandomiseerde gecontroleerde trial verder onderzocht kunnen worden.

Ten tweede kunnen we niet zomaar aannemen dat onze resultaten, hoewel we deelnemers gericht geselecteerd hebben, met een grote diversiteit aan leeftijd, behandel- en voorgeschiedenis, ook gelden voor specifieke subgroepen, zoals ouderen of patiënten met verschillende culturele achtergronden.

Ten derde lijkt elke patiënt een eigen mix aan strategieën te gebruiken die aansluiten bij zijn of haar behoefte en interesse op dat moment. Het beperkte aantal deelnemers was ontoereikend om significante uitspraken te kunnen doen over welke zelfmanagementthema's specifiek worden gebruikt of als nuttiger worden ervaren door bijvoorbeeld mannen versus vrouwen of door mensen met een eenmalige versus recidiverende episoden.

CONCLUSIE


Patiënten geven aan een actieve bijdrage te kunnen leveren in het zelf managen van hun depressie met de gevonden strategieën. De zelfmanagementstrategieën zouden als eerste stap in de vorm van psycho-educatie aan de huidige behandelingen toegevoegd kunnen worden. Behandelaars zouden de strategieën aan hun patiënten kunnen voorleggen, hen vragen deze te beoordelen op bruikbaarheid en hen vervolgens aanmoedigen enkele strategieën te kiezen en vervolgens uit te proberen. We verwachten dat patiën-

ten eerder gemotiveerd zijn om de strategieën die activiteiten bevorderen te gebruiken met de kennis dat andere patiënten deze strategieën als nuttig hebben ervaren gedurende hun depressie.

Daarnaast zouden behandelaars de perspectieven van hun patiënten met depressie wat betreft herstel en behandeling altijd moeten exploreren om gezamenlijk overeengekomen doelen van een behandeling af te kunnen stemmen. Dit zou kunnen leiden tot meer tevredenheid, therapietrouw en een effectievere behandeling. Kennis van factoren die behandeling en herstel belemmeren, krijgt weinig aandacht in opleidingen, maar verdient deze wel; patiënten bleken in staat ons hier zeer helder over te informeren.

Het is belangrijk dat het zoeken, beoordelen en gebruiken van zelfmanagement een plaats gaat krijgen binnen de huidige behandelingen voor depressie. Dit om de eigen kracht van de patiënt aan te spreken, deze aan te moedigen om de regie over het eigen leven weer op te pakken, en mede daardoor het vaak recidiverende of chronische beloop van depressie in gunstige zin bij te stellen.

Vanwege de overlap tussen de zelfmanagementstrategieën bij psychische en somatische ziekten, zou toekomstig onderzoek systematisch moeten uitzoeken of er één zelfmanagementlijst te maken is die gebruikt zou kunnen worden voor alle chronische ziekten. Ook zou er een gestructureerd behandelprogramma ontwikkeld kunnen worden met de zelfmanagementstrategieën, om deze vervolgens in een RCT te testen op hun effectiviteit. Er zal meer onderzoek nodig zijn om te specificeren of verschillende patiëntkarakteristieken (zoals oudere leeftijd of verschillende culturele achtergrond) voorspellend zijn voor de keuze van de zelfmanagementstrategieën. Dit alles uiteraard in nauwe samenwerking met patiënten.

 Dit onderzoek zou niet mogelijk zijn geweest zonder de deelnemende patiënten, hun naastbetrokkenen en behandelaars. Dr. M.W.J. Koeter (†) was als copromotor bij het onderzoek betrokken.

Dit artikel is gebaseerd op het proefschrift van Roos van Grieken, getiteld 'The patient's perspective on recovery from depression. Self-management and professional treatment', verdedigd op 15 maart 2017, Amsterdam: AMC/UvA. Promotor: prof. dr. Aart H. Schene. Link naar proefschrift: <https://dare.uva.nl/search?identifier=f598601c-7201-4df1-8a65-b0f79a342d2c1>.

Financiering: drie van de vijf beschreven onderzoeken zijn gefinancierd door het Fonds Psychische Gezondheid, thans MINDblue.

LITERATUUR

- Barlow J, Wright C, Janice S, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns* 2002; 48: 177-87.
- Chambers E, Cook S, Thake A, Foster A, Shaw S, Hutten R, e.a. The self-management of longer-term depression: learning from the patient, a qualitative study. *BMC Psychiatry* 2015; 5: 172.
- Crepaz-Keay D. Self-management of mental health problems. WHO Europe. Empowerment in mental health – Working together towards leadership. Leuven, Belgium, 27-28 October, 2010.
- Deen TL, Fortney JC, Pyne JM. Relationship between satisfaction, patient-centered care, adherence and outcomes among patients in a collaborative care trial for depression. *Adm Policy Ment Health* 2011; 38: 345-55.
- Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2013; 63: e76-84.
- Exterkate CC, Spijker J. Rehabilitatie bij angst en depressie. Een cursus voor cliënten met chronische en therapieresistente angst en depressie. Arnhem: Pro Persona; 2010.
- Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL, e.a. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med* 2013; 10: e1001547.
- Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015; 386: 743-800.
- Grieken RA van, Kirkenier ACE, Koeter MWJ, Schene AH. Helpful self-management strategies to cope with enduring depression from the patients' point of view: a concept map study. *BMC Psychiatry* 2014a; 14: 331.
- Grieken RA van, Kirkenier ACE, Koeter MWJ, Nabitz UW, Schene AH. Patients' perspective on self-management in the recovery from depression. *Health Expect* 2013; 18: 1339-48.
- Grieken RA van, Beune JAJ, Kirkenier ACE, Koeter MWJ, van Zwieten MCB, Schene AH. Patients' perspectives on how treatment can impede their recovery from depression. *J Affect Disord* 2014b; 167: 153-9.
- Grieken RA van, Verburg HF, Stricker J, Nabitz UW, Koeter MWJ, Schene AH. Helpful factors in the treatment of depression from the patient's, carer's and professional's perspective: a concept map study. *Plos One* 2016; 11: e0167719.
- Greden JF. The burden of recurrent depression: causes, consequences, and future prospects. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 5-9.
- Houle J, Villagi B, Beaulieu MD, Lespérance F, Rondeau G, Lambert J. Treatment preferences in patients with first episode depression. *J Affect Disord* 2013; 147: 94-100.
- Kane M, Trochim MK. Concept mapping for planning and evaluation. Vol 50. London: Sage Publications; 2007.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: validity of a brief depression inventory. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 606-13.
- Lambert MJ. Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In: Norcross JC, Goldfried MR (red.). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books, 1992; 94-129.
- Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement (LAZ), Centraal Begeleidingsorgaan (CBO). Eindrapportage zelfmanagement en depressie anno 2010. pp. 1-32.
- Morgan AJ, Jorm AF. Self-help strategies that are helpful for sub-threshold depression: A Delphi consensus study. *J Affect Disord* 2009; 115: 196-200.
- Morgan AJ, Jorm AF. Usage and reported helpfulness of self-help strategies by adults with subthreshold depression. *J Affect Disord* 2012; 136: 393-7.
- Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *Lancet* 2004; 364: 1523-37.
- Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, e.a. Acute and longer-term outcomes in depressed out patients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1905-17.
- Sattoe JN, Bal MI, Roelofs PD, Bal R, Miedema HS, van Staa A. Self-management interventions for young people with chronic conditions: a systematic overview. *Patient Educ Couns* 2015; 98: 704-15.
- Severens P. Handbook concept mapping. National Center for Mental Health. Linde: Talcott; 1995.
- Severs CJ, Hondius AJK, Schene AH. Minder separeren, veiligheid creëren; het concept 'veiligheidsgevoel' in beeld gebracht. *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 20-9.
- Strauss AL. *Qualitative analysis for social scientists*. New York: Cambridge University Press; 1987.
- Villagi B, Provencher H, Coulombe S, Meunier S, Radziszewski S, Hudon C, e.a. Self-management strategies in recovery from mood and anxiety disorders. *Glob Qual Nurs Res* 2015; 2: 2333393615606092.
- Winter SE, Barber JP. Should treatment for depression be based more on patient preference? *Patient Prefer Adherence* 2013; 7: 1047-57.

SUMMARY

The patient's perspective on the self-management and professional treatment of depression

R.A. VAN GRIEKEN, A.H. SCHENE

BACKGROUND More than two-thirds of all patients suffering from depression experience insufficient improvement despite treatment. Self-management strategies and treatment objectives should be more in line with what patients consider to be helpful. This would improve the treatment efficacy of domains relevant to patients and allow for self-management of depression where possible.

AIM To explore the patient's perspective on self-management and professional treatment for depression.

METHOD Predominantly qualitative methods: in-depth individual interviews, concept mapping (mixed method) and a nationwide self-report survey.

RESULTS Participants generated 50 self-management strategies addressing themes such as engaging in activities (e.g. 'leaving the house regularly'), focus on the diagnosis depression (e.g. 'acceptation') and treatment (e.g. 'trusting the therapist'), remaining socially engaged (e.g. 'informing family about the depression') and good structure and self-care (e.g. 'setting realistic goals'). A lack of clarity and consensus about either the nature of the depression or the content of treatment and a precarious relationship with the professional were perceived as impeding characteristics of treatment.

CONCLUSION Patients appear to be able to contribute actively and in various ways when managing their own mental health. By exploring the patient's perspectives, professionals could offer treatment established through shared goals.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)9, 627-636

KEY WORDS concept mapping, depression, patient's perspective, recovery, self-management