

Leren van ouders: kwalitatief onderzoek naar geïntegreerde ggz voor ouder én kind

P. Henselmans, H. Klip, H. Stolper

- Achtergrond** Het risico op overdracht van psychische stoornissen van ouder op kind is groot. Deze stoornissen van ouders hebben invloed op het ouderschap en op de ontwikkeling van het jonge kind. Een geïntegreerd behandelaanbod voor ouder én kind, waarbij de ggz voor volwassenen samenwerkt met de jeugd-ggz, is nog niet gebruikelijk.
- Doel** Exploreren vanuit de klinische praktijk hoe ouders het geïntegreerde behandelaanbod Contextueel Behandelen van de Dimence Groep hebben ervaren en wat volgens hen werkzame en belemmerende factoren zijn geweest. Hiermee kan dit zorgaanbod verder worden ontwikkeld.
- Methode** Kwalitatief onderzoek middels semigestructureerde interviews met 18 ouders met een jong kind (0-6 jaar), gevolgd door thematische analyse van de data.
- Resultaten** De ouders beschreven na afloop van het Contextueel Behandelen betekenisvolle resultaten op het gebied van de ouder-kindrelatie, het mentaliserend vermogen van de ouder, de opvoedingsvaardigheden en het vertrouwen in de ouderrol. Ouders gaven veel informatie over werkzame en belemmerende factoren in de behandeling. De belangrijkste thema's waren het rekening houden met de gehele (gezins)context, het bieden van maatwerk en flexibiliteit, de samenwerking tussen de verschillende afdelingen, een gedeelde besluitvorming en het belang van de therapeutische relatie.
- Conclusie** Volgens ouders met psychische stoornissen en een jong kind is een geïntegreerd behandelaanbod, waarbij binnen de ggz de afdelingen Volwassenen en Jeugd in samenhang de behandeling verzorgen, van toegevoegde waarde. De bevindingen uit deze kwalitatieve studie kunnen nuttig zijn bij de ontwikkeling van een breder overdraagbaar model voor de ggz in Nederland.

'En daarom heb ik aan de bel getrokken, want ik wist dat het voor mijn zoontje niet goed was dat hij het gevoel kreeg dat hij een vader had die hem verlaten had en een moeder die hem eigenlijk niet wilde. Dan krijg je zware emotionele problemen als je opgroeit. Ik zit hier zodat hij straks als volwassene of jongvolwassene hier niet hoeft te zitten.'

(Moeder, zelf in behandeling bij de specialistische ggz en gelijktijdig, in samenhang, met haar 7 maanden oude zoontje bij de jeugd-ggz van dezelfde organisatie.)

Kinderen van ouders met psychische stoornissen lopen een verhoogd risico op het ontwikkelen van eigen psychische problematiek. Dit risico op overdracht van psychische stoornissen van ouder op kind wordt geschat op 41 tot 77% (Hosman e.a. 2009). Uit een Nederlandse studie naar ouders met een depressieve of een angststoornis bleek dat twee derde van de kinderen van deze ouders op 35-jarige leeftijd zelf ook een angststoornis of

een depressie had ontwikkeld (Havinga e.a. 2017).

De intergenerationele overdracht van psychische stoornissen is een complex proces en is sterk afhankelijk van aanwezige risico- en beschermende factoren. Een samenspel van ouder- en gezinsfactoren, omgevingsfactoren en kindfactoren kunnen de ouder-kindinteractie beïnvloeden en de ontwikkeling van een kind bepalen (Hosman e.a. 2009; Agorastos e.a. 2019).

In Nederland groeit het bewustzijn dat de periode gedurende de zwangerschap en de eerste jaren van cruciaal belang zijn voor de verdere ontwikkeling van een kind. Er komen steeds meer aanwijzingen dat vroeg interveniëren loont en dat beperking van intergenerationele overdracht van psychische stoornissen mogelijk is (Nijsens e.a. 2015; Aktar e.a. 2019). Uit recent literatuuronderzoek (Stolper e.a. 2021) blijkt dat er geen algemene richtlijn, protocol of behandelprogramma bestaat voor het gezamenlijk behandelen van ouders met een psy-

AUTEURS

Petra Henselmans, ten tijde van het schrijven van het artikel GZ-psycholoog i.o. tot specialist, Jeugd ggz, Dimence Groep, Zwolle.

Helen Klip, epidemioloog en senior onderzoeker, Karakter, kinder- en jeugdpsychiatrie, Nijmegen.

Hanna Stolper, klinisch psycholoog-psychotherapeut en IMH-specialist, Jeugd ggz, Dimence Groep, Zwolle.

Correspondentie

Petra Henselmans (p.henselmans@jeugdggz.com)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-5-2022.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(9):588-594

chische stoornis en hun jonge kind. Wel blijkt dat een geïntegreerd en flexibel behandelprogramma gebaseerd moet zijn op het risicoprofiel en de behoeften van een specifiek gezin op de verschillende domeinen (ouder, ouder-kindrelatie, gezin, kind en de omgeving).

In de klinische praktijk blijkt het (wereldwijd) nog complex om deze kennis te vertalen naar een gezins- en contextgerichte benadering, waarbij de ggz voor volwassenen en de jeugd-ggz met elkaar samenwerken en er specifieke aandacht is voor de ouder(s), de kinderen én de ouder-kindrelatie (Maybery e.a. 2015). Binnen de Dimence Groep is in 2012 een geïntegreerde samenwerking tussen de behandelaars van de specialistische ggz voor volwassenen en de jeugd-ggz ontwikkeld en worden (aankomende) ouders met hun (jonge) kind behandeld volgens de werkwijze *Contextueel Behandelen*. Dit betekent dat gezinsleden niet apart, zoals gebruikelijk in de reguliere ggz, maar in de samenhang en de context van het gezin worden behandeld.

Dit gebeurt vanuit een gezamenlijke expertise waarbij zowel de diagnostiek als de behandeling in een multidisciplinair overleg (MDO), met vaste kernleden én met alle betrokken behandelaars, wordt besproken en op elkaar afgestemd. Medewerkers van ggz voor volwassenen en van de jeugd-ggz zijn zich bewust van het risico van intergenerationele overdracht van psychische stoornissen. Zij kijken naar de context van het ouderschap, de ouder-kindrelatie en de maatschappelijke context van het gezin.

Met dit kwalitatieve onderzoek willen wij zicht krijgen op ervaringen van ouders met *Contextueel Behandelen*: hoe hebben zij dit ervaren en wat zijn volgens hen werkzame en belemmerende factoren geweest? Deze geïdentificeerde thema's kunnen de huidige kwaliteit van zorg vergroten en bouwstenen vormen voor een nog te ontwikkelen breder overdraagbaar model voor de ggz in Nederland om ouders en hun jonge kind geïntegreerd te behandelen.

METHODE

Onderzoeksopzet

Het onderliggende onderzoek werd uitgevoerd bij de stichtingen Dimence (specialistische ggz volwassenen) en de jeugd-ggz van de Dimence Groep. De studie maakte onderdeel uit van een lopend onderzoek (H. Stolper: *Geïntegreerde en op context afgestemde zorg in de specialistische ggz voor (aanstaande) ouders en hun jonge kind*). Voor het gehele onderzoek was goedkeuring verkregen van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO) van de Dimence Groep en de Medisch Ethische Toetsingscommissie van het UMC Utrecht (METC 18-186/C).

Ouders met kinderen tot 6 jaar die behandeld werden via *Contextueel Behandelen* werden geïnccludeerd. Het betrof de periode dat de ouder behandeld werd via de specialistische ggz en het kind gelijktijdig stond ingeschreven bij de jeugd-ggz. Gezien de complexiteit van de casussen en het interveniëren op verschillende domeinen (ouder, kind en gezinsrelaties) ging het om langdurige behandelingen. De eerste 19 gezinnen die deelnamen aan het onderzoek en waarbij de behandeling was afgerond, werden benaderd voor het interview. De interviews vonden plaats in de periode van oktober 2018 tot september 2020 in de omgeving van Zwolle.

Procedure

Van de 19 potentiële deelnemers werd één gezin niet benaderd voor het interview wegens voortijdige beëindiging van de behandeling (onveiligheid in het gezin en uithuisplaatsing van het kind). De overige deelnemers werden na afsluiting van de behandeling telefonisch benaderd om een afspraak te maken voor het interview. 7 ouders kozen voor het interview bij hen thuis, de overige ouders kozen voor kantoor. Voorafgaand aan het interview werd nogmaals het doel van het interview,

Tabel 1. Gegevens ouders (n = 18) die deelnamen aan onderzoek naar ervaringen met geïntegreerde ggz voor volwassenen en jeugd (*Contextueel Behandelen*)

	n	(%)		
Sekse				
Man	3	(17)		
Vrouw	15	(83)		
Opleidingsniveau¹				
Lager (basisonderwijs/praktijk/vmbo)	3	(17)		
Middelbaar beroepsonderwijs (mbo)	11	(61)		
Hoger beroepsonderwijs (hbo)/ Universitair	4	(22)		
Leefsituatie tijdens opgroeien				
Bij biologische ouder(s)	11	(61)		
Bij adoptieouders	2	(11)		
Uit huis geplaatst (elders)	5	(28)		
Primaire diagnose²				
Autismespectrumstoornis	3	(17)		
Bipolaire stoornis	1	(6)		
Depressieve stoornis	3	(17)		
Angststoornis	2	(11)		
Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornis	4	(22)		
Persoonlijkheidsstoornis	5	(28)		
Behandeling ouder³				
Psychiatrisch-verpleegkundige interventies	9	(50)		
VERS-training (behandeling persoonlijkheidsstoornis)	1	(6)		
EMDR/imaginaire exposure (traumabehandeling)	4	(22)		
Partnerrelatietherapie	6	(33)		
Individuele psychotherapie (schematherapie, MBT, etc.)	9	(50)		
Medicatie	11	(61)		
Psychomotorische therapie	1	(6)		
Systemische interventies	4	(22)		
Ouder-kindgroep	4	(22)		
Anders	3	(17)		
			Gemiddelde	Range
Leeftijd (in j), bij start <i>Contextueel Behandelen</i>			32	(18-44)
Behandelduur (in maanden) <i>Contextueel Behandelen</i>			17	(8 – 33)

¹Hoogst behaalde opleidingsniveau van de ouder

²Bij 12 van de 18 ouders (66,7%) is sprake van comorbiditeit

³Combinatie van behandelingen is mogelijk

de rol van de onderzoekers en het anoniem verwerken van de informatie toegelicht. De duur van de interviews varieerde van 45 tot 90 minuten.

Voor de dataverzameling gebruikten we een semi-structureerd interview, dat specifiek voor dit onderzoek werd opgesteld. De onderwerpenlijst was exploratief en kernvragen gingen over de algemene beleving van het *Contextueel Behandelen*, de resultaten en de werkzame en belemmerende factoren. Na afloop ontvingen de deelnemers een kleine attentie voor het kind (puzzel of boekje). Na ieder interview vond er een debriefing plaats tussen de interviewer en een collega-onderzoeker over de vorm en de inhoud van het gesprek en dit werd schriftelijk vastgelegd. Van alle interviews werden audio-opnames gemaakt en deze werden vervolgens woordelijk getranscribeerd.

De interviews werden afgenomen door twee interviewers die beiden meerdaagse trainingen kwalitatief onderzoek hadden gevolgd. De interviewers maakten (als therapeut) deel uit van het MDO *Contextueel Behandelen* van de Dimence Groep. Hierdoor waren zij goed op de hoogte van de organisatie en de processen binnen het *Contextueel Behandelen*. Hoewel we hier geen aanwijzingen voor vonden, verhoogde deze betrokkenheid mogelijk het risico op sociaal wenselijke antwoorden door de ouders. Na 18 interviews bleken de belangrijkste thema's zich te herhalen en was aan het principe van datasaturatie voldaan (Morse 2015).

Analyses

We analyseerden de transcripties van de interviews volgens de thematische analyse (Braun & Clark 2006).

Met deze wetenschappelijke methode voor kwalitatief onderzoek kunnen gemeenschappelijke en overkoepelende thema's worden geïdentificeerd via open, axiaal en selectief coderen. Hierbij gebruikten we het computerprogramma Atlas.ti 8. Om de intercodeursbetrouwbaarheid te vergroten (Boeije 2016), codeerden twee personen afzonderlijk de eerste 13 interviews. In een gezamenlijk overleg bespraken we alle coderingen tot overeenstemming was bereikt. Na iedere coderingssessie legden we de debriefing van het coderen vast.

RESULTATEN

De kenmerken van de ouders zijn weergegeven in [tabel 1](#) en die van de kinderen in [tabel 2](#). Er werden 15 moeders en 3 vaders geïnterviewd. Er was zowel wat betreft de classificaties als soorten behandelingen sprake van een heterogene groep. Bij 67% van de ouders en 39% van de kinderen was er bij classificeren comorbiditeit. De behandelduur van *Contextueel Behandelen* was gemiddeld 17 maanden. Wat betreft de leefsituatie viel op dat 7 van de 18 ouders en 6 van de 18 kinderen niet opgroeiden bij (beide) biologische ouders.

Resultaten volgens ouders

De vier meest genoemde hoofdthema's en subthema's hebben we weergegeven in [tabel 3](#).

Op 3 respondenten na, rapporteerden alle ouders een positief effect van de behandeling op de relatie met hun kind. Ouders hadden zelf meer rust en energie, stonden meer open voor de initiatieven en het tempo van het kind en merkten dat de kinderen meer toenadering zochten.

'Ik denk toch doordat ik beter in mijn vel ging zitten, ik haar beter leerde begrijpen en leerde kennen. Ik merk het gewoon aan dingen dat ze bijvoorbeeld blij van me wordt als ze wakker wordt, dat ze me knuffelt en dat soort dingen.'

In 14 van de 18 interviews bevestigden ouders dat de gehele behandeling een positief effect had op het zich kunnen verplaatsen in het kind (mentaliserend vermogen). Ouders noemden hierbij dat zij door met meer aandacht te observeren, gedrag van het kind anders interpreteerden en het meer los van de ouder zelf konden zien. Aannames over mogelijke negatieve interacties en intenties van het kind bleken soms niet te kloppen. Enkele ouders beschreven dat door eigen behandeling er meer inzicht in zichzelf ontstond en dat er vervolgens meer ruimte voor het kind ontstond.

'Omdat ik niet zo met mezelf bezig ben kan ik nu beter kijken van wat bezielt haar? Of waar is ze mee bezig? Of waar heeft

Tabel 2. Gegevens kinderen (n = 18) van wie ouders deelnamen aan onderzoek naar ervaringen met geïntegreerde ggz voor volwassenen en jeugd (*Contextueel Behandelen*)

	n	(%)
Geslacht van het kind		
Jongen	10	(56)
Meisje	8	(44)
Leefsituatie		
Met beide ouders in een gezin	12	(67)
Bij een ouder	4	(22)
Bij beide ouders afwisselend (co-ouderschap)	1	(6)
In een (netwerk)pleeggezin	1	(6)
Primaire diagnose¹		
Autismespectrumstoornis	1	(6)
Ongespecificeerde neurobiologische ontwikkelingsstoornis	3	(17)
Trauma, stress en deprivatiestoornis	2	(11)
Ouder-kindrelatieprobleem	12	(67)
Behandeling²		
Ouder-kindbehandeling	13	(72)
EMDR (verhalenmethode)	2	(11)
Ouderbegeleiding	9	(50)
Thuisbehandeling	4	(22)
Ouder-kindgroep	4	(22)
Medicatie	1	(6)
Psycho-educatie	1	(6)
	Gemiddelde	Range
Leeftijd (in maanden), bij start <i>Contextueel Behandelen</i>	21	(1-60)

¹ Bij 7 van de 18 kinderen (38,9%) is sprake van comorbiditeit.

² Combinatie van behandelingen is mogelijk.

Tabel 3. Samenvatting van de thema's en subthema's uit evaluatie volgens ouders.

Thema	Subthema
Resultaten van <i>Contextueel Behandelen</i> volgens ouders	Verbetering ouder-kindrelatie Ouder kan zich beter verplaatsen in het kind (mentaliseren) Toename opvoedingsvaardigheden Meer zelfvertrouwen in ouderrol
Werkzame factoren van <i>Contextueel Behandelen</i> volgens ouders	Gehele context meenemen in behandeling (ouder, kind, gezin) Maatwerk en flexibiliteit Samenwerking afdeling Jeugd en Volwassenen Behandelonderdelen versterken elkaar
Belemmerende factoren van <i>Contextueel Behandelen</i> volgens ouders	Wisselingen behandelaars en wachtlijst Informatievoorziening onvoldoende Te weinig gezamenlijke besluitvorming
Non-specifieke factoren van <i>Contextueel Behandelen</i>	Therapeutische relatie Specifieke interventies

ze last van? Ja, dus dat is wel stukken verbeterd. Anders moest ik eerst altijd over mijn eigen zorgen heen kijken. Nou, dat was zoveel klimmen dan.'

Twee derde van de respondenten beschreef een toename van opvoedingsvaardigheden. Concreet noemden ouders verbetering van het omgaan met boosheid van het kind, het begrenzen van gedrag, de verdeling van aandacht tussen de kinderen, verdeling van de taken tussen ouders onderling en het slapen. Ruim 60% van de respondenten noemde meer zelfvertrouwen te hebben gekregen in de ouderrol. Hierbij was de bevestiging door de therapeut dat een kind zich (leeftijds)adequaat ontwikkelde en dat de ouder het goed (genoeg) deed van groot belang voor de ouders.

'Want dat gevoel, dat was ik helemaal kwijt bij alle kinderen. Dat ik dacht van ik zie nu dit, maar ik durf er niet meer op te vertrouwen. Dus ik was heel krampachtig in de opvoeding. Uiteindelijk ben ik voornamelijk bevestigd in dat wat ik zag, dat dat wel klopte. En dat ik daar zo dus weer meer op mag vertrouwen.'

Werkzame factoren volgens ouders

Volgens de respondenten was, naast de behandeling van eigen psychische problematiek, de aandacht voor hun jonge kind, het gezin als geheel en de onderlinge relaties een grote meerwaarde en belangrijke werkzame factor van het *Contextueel Behandelen*. Ouders waren positief over het feit dat hun behandelaar of verwijzer hen bewust maakte van het belang om naar de ouder-kind-interactie en naar het gezin als geheel te kijken. Andere ouders hadden zelf zorgen over het effect van hun psychische problemen op de ontwikkeling van het kind en zochten hiervoor hulp.

In 12 interviews noemden ouders dat het bieden van maatwerk en flexibiliteit in de behandeling belangrijk was. Ouders waardeerden dat behandelonderdelen op elkaar werden afgestemd en dat er rekening werd gehouden met de situatie van het gezin en de draagkracht van de gezinsleden. In 10 interviews benoemden ouders het belang van een (transparante) samenwerking en communicatie tussen behandelaars. Hierdoor hoefden zij niet steeds opnieuw hun hele verhaal te vertellen

en was er begrip voor de gezinssituatie.

'Daardoor wist mijn behandelaar dat ik best wel met een bijzondere kind te maken heb en dat het zwaar is. En andersom ook. Dat de behandelaar van mijn zoon wist dat ik gewoon veel heb meegemaakt en dat het kan verweven in het hier en nu.'

Daarnaast werd in 10 van de 18 interviews genoemd dat de behandelonderdelen bij de ggz-volwassenen en de jeugd-ggz elkaar aanvulden en versterkten.

Dan zie je echt wel weer die verschillende takken vanuit jeugd-ggz en Dimence. Ik had ze allebei wel echt nodig. Door het één werd het ander beter en door het ander werd het één weer beter.'

Belemmerende factoren volgens ouders

Van de 18 deelnemers waren 11 ouders ontevreden over de vele wisselingen van behandelaars en de lange wachtlijsten. In 6 interviews vertelden ouders dat ze lang op behandeling voor zichzelf hadden moeten wachten. Als voorbeelden werden 4 maanden wachten bij suïcidale gedachten, een jaar wachten op diagnostisch onderzoek en meer dan een jaar op een wachtlijst voor traumabehandeling genoemd. Verder noemden ouders dat ze meer informatie hadden willen ontvangen. Zowel bij start (wat is *Contextueel Behandelen*, wat wordt op welke plek met wie besproken, wie heeft de regie en wie financiert de zorg?), als na afloop van een MDO.

'Wat ik prettig had gevonden, is als ik van tevoren had gehoord van over een week hebben we een samen-overleg en dat daarna ook helder was wie de terugkoppeling aan mij zou geven.'

Ouders gaven tevens aan dat ze meer bij de besluitvorming van de keuzes van interventies betrokken hadden willen worden (zowel bij start als afbouw van de behandeling). Ouders ervoeren dat er soms onvoldoende werd aangesloten bij hun hulpvraag en dat er bij start onvoldoende consensus over de probleemsamenhang en de verwachtingen van de behandeling was. Sommige ouders hadden meer ontlasting in de thuissituatie verwacht, hadden behoefte aan concrete tips en adviezen en hadden moeite met de focus op de ouder-kindrelatie.

‘Er bleef maar continu gehamerd van ‘Ja het is een probleem van jullie, het is een ouder-kindprobleem en jullie moeten het anders aanpakken’ en ik kreeg voor mijn gevoel niet de juiste handvatten, de juiste redenen waarom dat dan zo zou zijn.’

5 ouders vonden het belangrijk dat er aandacht was voor het langzaam afbouwen van de behandeling. Hierbij noemden zij de behoefte aan langdurende, laagfrequente begeleiding.

‘Dus op zo’n moment is het fijn als je gewoon nog ingeschreven staat zodat je toch nog even je vraag kan stellen. Een soort levensloopbegeleiding. Soms wat minder, soms wat meer.’

Non-specifieke factoren

Bijna alle ouders noemden in de interviews ook non-specifieke factoren die mogelijk hebben bijgedragen aan het resultaat van de totale behandeling. De twee meest genoemde thema’s waren het belang van de positieve behandelrelatie (therapeutische relatie) en de tevredenheid over het resultaat van specifieke interventies zoals de traumabehandeling of de ouder-kindbehandeling.

‘Nou ja, gewoon dat attente. Ja, gewoon begripvol. Het was een hele fijne behandelaar [...]. Die heeft heel goed geluisterd naar wat we nodig hadden.’

DISCUSSIE

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de ervaringen van ouders met het geïntegreerde behandel aanbod *Contextueel Behandelen*, waarbij zowel de ouder als het kind in behandeling was. Ouders hebben ons waardevolle informatie gegeven die kan bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van de klinische zorg.

Wat betreft de werkzame factoren werden specifieke en non-specifieke factoren genoemd. De specifieke factoren van het *Contextueel Behandelen* gingen over zowel de werkwijze als over de organisatie van het geïntegreerde behandel aanbod. Het merendeel van de ouders beschreef als meerwaarde van het *Contextueel Behandelen* dat er vanuit een context werd gewerkt waarin er aandacht was voor de ouder zelf, voor het kind, de ouder-kindrelatie en het gezin als geheel. Dit pleit voor een geïntegreerd behandel aanbod in de ggz, waarbij iedere behandelaar rekening houdt met de ouder-kindrelatie, de context van het ouderschap en de ontwikkeling van het kind. Wanneer deze gezamenlijke visie middels een nauwe samenwerking wordt gedeeld en (deel)behandelingen op elkaar worden afgestemd, kunnen behandelonderdelen elkaar versterken en de effectiviteit van de totale behandeling worden vergroot. Uit literatuurstudie blijkt dat wegens de complexiteit en heterogeniteit van de doelgroep een ‘one-size-fits-all’ benadering niet passend is (Stolper e.a. 2021). Dit sluit aan bij de ervaringen van ouders. Zij beschreven het belang van maatwerk, flexibiliteit en hulp die rekening houdt met de veranderde situaties in het gezin. Hoewel de behandeling vanuit verschillende stichtingen werd geboden (jeugd- en volwassenenzorg), voelde het voor veel ouders als één

geheel. Ouders vonden het belangrijk om hun verhaal niet steeds opnieuw te hoeven vertellen.

Als belemmerende factor werd door ouders genoemd dat ze te maken hadden met lange wachtlijsten voor hun eigen behandeling en met veel wisselende behandelaars. Hoewel dit binnen de ggz een algemeen probleem is, hadden de ouders uit ons onderzoek te maken met twee afdelingen (volwassenen en jeugd) en hierdoor vaak met meerdere interventies, (regie)behandelaars en wachtlijsten. Gezien het risico op overdracht van psychische stoornissen van ouder op kind én de kwetsbaarheid van het jonge kind, wordt bij een samenwerking binnen de ggz voor volwassenen en jeugd-ggz een voorrangsgeregeling op reguliere, interne wachtlijsten geadviseerd. Verder noemden ouders het belang van een duidelijke start van de behandeling, met informatie over de probleemsamenhang, doelen en keuze van interventies. De wens tot een gedeelde besluitvorming in de ggz is in het algemeen tegenwoordig onomstreden, maar er blijken in de praktijk nog veel barrières (Westermann e.a. 2015). Bij behandeling van de ouder en van het kind en een geïntegreerd MDO waarbij ouders (nog) niet aanwezig zijn, is transparantie over besproken thema’s en keuzes die (kunnen) worden gemaakt belangrijk.

Wanneer we kijken naar de non-specifieke factoren, dan beschreven veel ouders het belang van het zich gehoord en gezien voelen door een therapeut in wie zij vertrouwen hadden. De kwaliteit van de therapeutische relatie is een belangrijke factor in behandelingen en overstijgt de methode en technieken (Hafkenscheid 2021). Hoewel dit op het eerste gezicht niet specifiek lijkt voor het behandel aanbod *Contextueel Behandelen* gaat het om kwetsbare ouders met psychische stoornissen die de ouder-kindrelatie onder druk kunnen zetten. Het ouderschap maakt in het algemeen kwetsbaar (van der Pas 2006) en we vermoeden dat voor deze doelgroep de therapeutische relatie met een sfeer van vertrouwen, oprechtheid en respect van extra groot belang is. Dit vraagt om behandelaars die in staat zijn om empathie te tonen, die emotionele expressie faciliteren, die tegenoverdracht weten te hanteren en die het inzicht versterken in de achtergrond van psychische klachten (Van 2019).

Beperkingen

Het onderzoek heeft enkele beperkingen. De onderzoeksgroep was heterogeen, met deelnemers uit een specifieke regio (Zwolle en omgeving). De onderzoekers waren als behandelaar betrokken bij het MDO *Contextueel Behandelen*. Hoewel we hier geen concrete aanwijzingen voor vonden, kan dit het risico op het geven van sociaal wenselijke antwoorden door de ouders hebben verhoogd.

CONCLUSIE

Als we ouders vragen naar hun ervaringen met een geïntegreerd behandel aanbod, kunnen we het volgende van hen leren:

- Heb aandacht voor de context van het gezin als geheel; houd bij de behandeling van de ouder rekening met het ouderschap en (de relatie met) het jonge kind en bij de behandeling van het kind met de problematiek van de ouder en de invloed op de ouder-kindrelatie.

LITERATUUR

- Agorastos A, Pervanidou P, Chrousos GP, e.a. Developmental trajectories of early life stress and trauma: a narrative review on neurobiological aspects beyond stress system dysregulation. *Front Psychiatry* 2019; 10: 118.
- Aktar E, Qu J, Lawrence PJ, e.a. Fetal and infant outcomes in the offspring of parents with perinatal mental disorders: earliest influences. *Front Psychiatry* 2019; 10: 391.
- Boeije H. *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Amsterdam: Boom; 2016.
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 3: 77-101.
- Hafkenscheid A. *De therapeutische relatie*. Amsterdam: Boom; 2021.
- Havinga PJ, Boschloo L, Bloemen AJ, e.a. Doomed for disorder? High incidence of mood and anxiety disorders in offspring of depressed and anxious patients: a prospective cohort study. *J Clin Psychiatry* 2017; 78: e8-17.
- Hosman CMH, van Doesum KTM, van Santvoort F. Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 2009; 8: 250-63.

- Wees vanaf de start transparant over de werkwijze en betrek ouders hierbij middels gedeelde besluitvorming.
- Werk vanuit de volwassenenzorg en jeugd-ggz met elkaar samen, vanuit een gedeelde visie, en bied hulp flexibel en op maat.

Onze bevindingen ondersteunen dat behandelaars zich bewust moeten zijn van de kwetsbaarheid van de ouder met ernstige psychische stoornissen en het belang van de therapeutische relatie.

- Maybery D, Foster K, Goodyear M, e.a. How can we make the psychiatric workforce more family focused? Parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families. 3de ed. New York: Cambridge University Press; 2015. p. 301-11.
- Morse JM. 'Data were saturated ...'. *Qual Health Res* 2015; 25: 587-8.
- Nijssens L, Vliegen N, Bales D. Persoonlijkheidsstoornissen, in het bijzonder de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. In: Lambregtse-Van den Berg M, van Kamp I, Wennink H, red. *Handboek psychiatrie en zwangerschap*. Utrecht: De Tijdstroom 2015; 95-104.
- Stolper H, van Doesum K, Steketee M. How to support parents of infants and young children in mental health care: A narrative review. *Front Psychol* 2021; 12: 745800.
- Pas A van der. *Ouderbegeleiding als methodiek*. Handboek methodische ouderbegeleiding. Deel 1. Amsterdam: SPW; 2006.
- Van HL. *Waarom werkt psychotherapie?* *Ned Tijdschr Geneesk* 2019; 163: D3572.
- Westermann GM, Maurer JM. Gedeelde besluitvorming in de ggz: het adviesgesprek in de jeugd-ggz als voorbeeld. *Tijdschr Psychiatr* 2015; 57: 352-60.