

# Eindrapport

# Prospect-studie

Een onderzoek naar de effectiviteit van twee  
groepsinterventies voor suicidale personen: Op mindfulness  
gebaseerde cognitieve training en Toekomstgerichte Training

Eva De Jaegere, Eva Dumon, Renate van Landschoot,  
Prof. Dr. Cornelis van Heeringen & Prof. dr. Gwendolyn Portzky  
Vlaams Expertisecentrum Suicidepreventie (VLESP), UGent  
[info@vlesp.be](mailto:info@vlesp.be)

## Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	1
Kader.....	1
De groepstrainingen.....	1
MBCT-S.....	1
Toekomstgerichte Training.....	2
Onderzoeksvragen.....	3
2. Onderzoeksopzet.....	3
Doelgroep.....	3
Design.....	3
Rekrutering van trainers en deelnemers.....	3
Metingen.....	5
3. Onderzoeksresultaten.....	7
3.1. Resultaten MBCT-S.....	7
3.1.1. Steekproef – MBCTS-S.....	7
3.1.2. Socio-demografische kenmerken – MBCT-S.....	7
3.1.3. Werksituatie – MBCT-S.....	8
3.1.4. Welzijn – MBCT-S.....	8
3.1.5. Hoofdanalyses – MBCT-S.....	10
3.2. Resultaten Toekomstgerichte training (TT).....	12
3.2.1. Steekproef - TT.....	12
3.2.2. Socio-demografische kenmerken – TT.....	13
3.2.3. Werksituatie – TT.....	13
3.2.4. Welzijn – TT.....	14
3.2.5. Hoofdanalyses – TT.....	15
3.3 Ervaringen van trainers en deelnemers.....	17
4. Conclusie en implementatie.....	19
Dankwoord.....	21

## 1. Inleiding

Het Vlaams Expertisecentrum Suicidepreventie voerde van eind 2015 tot en met mei 2018 in opdracht van en met de steun van de Vlaamse Overheid een onderzoek uit naar de effectiviteit van twee groepsinterventies voor suïcidale personen: Op mindfulness gebaseerde cognitieve training en Toekomstgerichte Training. Dit rapport beschrijft respectievelijk het kader van de studie, het onderzoeksopzet, de onderzoeksresultaten en de mogelijkheden voor implementatie van deze groepstrainingen.

### Kader

Het vroegtijdig ingrijpen in het suïcidale proces en het effectief **behandelen van suïcidale ideatie** is cruciaal in het kader van suicidepreventie. Er is daarbij **nood aan kortdurende interventies** voor suïcidale personen waarbij de behandeling zich specifiek richt op suïcidaliteit. Dergelijke specifieke interventies en onderzoek naar de effectiviteit ervan is erg beperkt, ook internationaal. Vandaar werd in het kader van het Vlaams Actieplan Suicidepreventie een onderzoek naar effectiviteit van mogelijke interventies opgezet: de **“Prospect-studie”**.

### De groepstrainingen

In de studie werd de effectiviteit van twee interventies onderzocht, namelijk ‘Op Mindfulness gebaseerde cognitieve training voor suïcidale personen’ (MBCT-S) en ‘Toekomstgerichte Training’ (TT). Deze trainingen kunnen veelbelovend zijn voor het behandelen van suïcidale personen gezien ze onder meer focussen op het aanpakken van hopeloosheid en moeilijkheden bij het oplossen van problemen, wat belangrijke risicofactoren zijn voor suïcidaal gedrag.

### MBCT-S

Uit **onderzoek** blijkt dat reguliere Op Mindfulness gebaseerde cognitieve training (MBCT) werkt bij de behandeling en preventie van depressie. De impact op suïcidale ideatie en gedrag is echter amper onderzocht. Mark Williams en collega’s beschrijven in het boek ‘Mindfulness en de transformatie van wanhoop - Werken met mensen met een suïciderisico’ (2016) hoe MBCT een effectieve behandelmethode voor suïcidale personen kan vormen. Daarnaast kan eerste, voorzichtige evidentie voor MBCT bij suïcidale patiënten gevonden worden in het onderzoek van Chesin en collega’s (Columbia University, 2015) waarin wordt aangetoond dat MBCT in combinatie met een ‘safety plan’ effectief is in het verminderen van suïcidale ideatie en depressieve klachten. Aangezien dit een kleinschalige, niet-gecontroleerde studie betrof, moeten deze resultaten voorzichtig geïnterpreteerd worden. De huidige Vlaamse studie kan dan ook beschouwd worden als de eerste RCT (gerandomiseerde-gecontroleerde) studie naar de effecten van MBCT op suïcidaliteit wereldwijd.

Voor deze studie **herwerkte** VLESP, in samenwerking met MBCT trainers uit Vlaanderen, de reguliere MBCT training en paste deze toe op het werken met suïcidale personen. Hiervoor baseerde VLESP zich op bestaande MBCT trainingen in Vlaanderen en daarbuiten, op internationale literatuur (o.a. Mark Williams) en voorgaand onderzoek (vanuit de samenwerking met Megan Chesin). VLESP werkte een trainershandleiding uit, een deelnemerswerkboek en nieuw audiomateriaal.

**MBCT-S** is een groepsinterventie die acht weken duurt (wekelijkse sessies van 2u) en waarbij technieken uit de mindfulness meditatie gecombineerd worden met belangrijke elementen uit de cognitieve therapie. De behandeling richt zich op het hier en nu zonder te piekeren over het verleden of de toekomst. Een belangrijke **doelstelling** is om deelnemers technieken te leren om bewuster te leren omgaan met stresserende gebeurtenissen in plaats van te reageren op basis van automatische negatieve gedachten. Specifiek leren deelnemers een stap terug te nemen en los te komen van negatieve automatische neigingen, voornamelijk neigingen die kunnen leiden tot suïcidaal gedrag. Tijdens de sessies worden de deelnemers geleerd om moeilijke gedachten, gevoelens en gedachtepatronen te herkennen en toe te laten. Daarnaast wordt door het opstellen van een **safety plan** geleerd om stap voor stap een suïcidale crisis te herkennen en die crisis beter het hoofd te bieden om zo een mogelijke terugval te voorkomen. De frequentie en tijdsduur van de **huiswerkopdrachten** van de reguliere MBCT werden aangepast op basis van klinische studies waaruit is gebleken dat drie of meer keer per week formeel oefenen (zoals zitmeditatie en bodyscan) reeds tot positieve resultaten leidt én volgens deelnemers zelf haalbaar blijkt te zijn gegeven hun gemoedstoestand. In tegenstelling tot de reguliere MBCT waarbij er geen expliciete aandacht uitgaat naar de houdingsaspecten van mindfulness, komen in de huidige MBCT-S de zeven **pijlers van mindfulness** aan bod. Het bespreken van de pijlers van mindfulness en het ontwikkelen van met name zelfcompassie, acceptatie en empathie is van groot belang voor suïcidale personen, aangezien negatieve overtuigingen over zichzelf, anderen en de wereld bij hen vaak eenvoudig worden getriggerd.

### Toekomstgerichte Training

De Toekomstgerichte Training is in 2008 ontwikkeld door Van Beek, Kerkhof & Beekman aan de Vrije Universiteit Amsterdam en werd door VLESP aangepast voor gebruik in Vlaanderen. De groepsinterventie liet in Nederland een effect op suïcidaal gedrag zien evenals op depressieve symptomen en kwaliteit van leven (van Beek, Kerkhof, & Beekman, 2009).

TT is een groepstraining gebaseerd op technieken uit de cognitieve gedragstherapie, probleemoplossende therapie en positieve psychologie. De focus ligt op het denken in mogelijkheden, het leren een beeld te vormen van wat wél zou kunnen in de toekomst door het opstellen van kleine persoonlijke doelen. TT bestaat uit tien wekelijkse trainingssessies waarin gefocust wordt op het doorbreken van hopeloosheid en stimuleren van doelgericht en toekomstgericht denken en gedrag.

VLESP herwerkte de training (culturele en structurele aanpassingen) en werkte een nieuwe **trainershandleiding** uit, een deelnemerswerkboek en nieuw audiomateriaal.

## Onderzoeksvragen

Centraal in het onderzoek staan volgende twee onderzoeksvragen:

- Welk effect heeft het volgen van MBCT-S op suïcidale gedachten, daarmee samenhangende factoren (depressieve symptomen, hopeloosheid, verslagenheid, vastzitten) en mate van mindfulness bij suïcidale personen? Welke effecten kunnen op korte termijn (na de training) en op lange termijn (na 12 weken) worden gezien?
- Welk effect heeft het volgen van TT op suïcidale gedachten, daarmee samenhangende factoren (depressieve symptomen, hopeloosheid, verslagenheid, vastzitten) en mate van toekomstgericht denken bij suïcidale personen? Welke effecten kunnen op korte termijn (na de training) en op lange termijn (na 12 weken) worden gezien?

## 2. Onderzoeksopzet

### Doelgroep

Het onderzoek richtte zich tot personen die 18 jaar of ouder waren, last hadden van suïcidale gedachten (mild tot zeer ernstig) en geschikt waren om groepstherapie te volgen.

### Design

Als onderzoeksdesign werd gekozen voor een gerandomiseerde gecontroleerde studie waarbij suïcidale personen via een computergestuurd randomisatieprogramma willekeurig werden toegewezen aan een interventiegroep (MBCT-S of TT) of aan de controlegroep (TAU). De deelnemers die in een interventiegroep werden ingedeeld, konden in groepsverband MBCT-S of TT volgen. De deelnemers die werden toegewezen aan de controlegroep kregen een regulier behandelaanbod (Treatment As Usual – TAU).

Metingen vonden plaats bij baseline, na de interventie (bij MBCT-S na 8 weken en bij TT na 9 weken) en bij follow-up (3 maanden na het einde van de interventie).

De studie werd goedgekeurd voor de Commissie voor Medische Ethiek van het UZ Gent (studienr. 2016/0609).

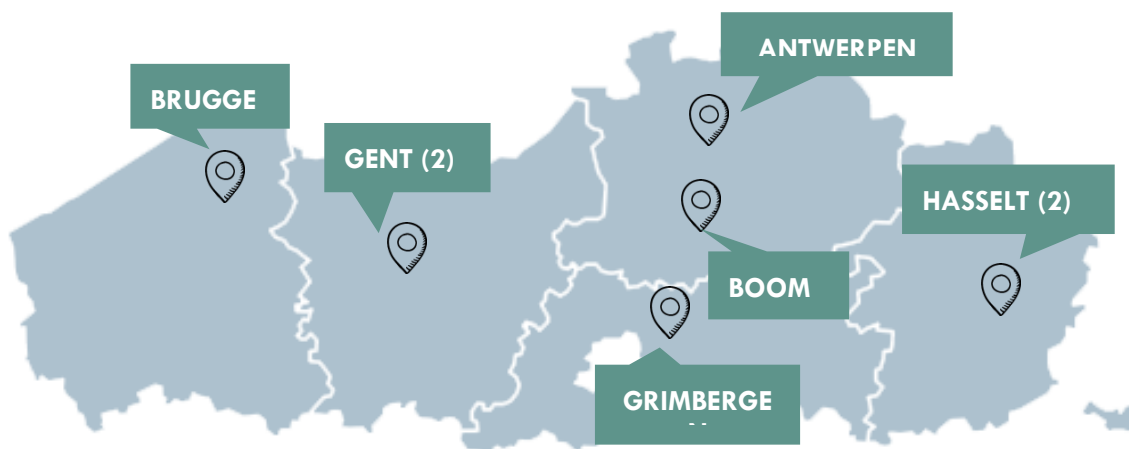
### Rekrutering van trainers en deelnemers

In de voorbereidende fase van het onderzoek werden **trainers** voor MBCT-S (freelance) en voor TT (vanuit CGG en PZ) gerekruteerd en opgeleid via verschillende opleidingsdagen die VLESP organiseerde.

De rekrutering van **deelnemers** vond plaats tussen september 2016 en augustus 2017. Voor de rekrutering van deelnemers aan de MBCT-S training lanceerde VLESP een oproep via de media en

andere kanalen om mee te werken aan de studie. Voor de rekrutering van deelnemers van TT werd samengewerkt met de Centra voor Geestelijke gezondheidszorg en met PZ Heilige Familie (Kortrijk). Middels een 'call' werden de directies van de CGG door VLESP uitvoerig geïnformeerd over het onderzoek, waarna zij in de gelegenheid werden gesteld om hun interesse kenbaar te maken. Vervolgens werd vanuit VLESP met elk CGG een overleg gepland om de studie verder toe te lichten. Met de CGG's die intekenden op de studie werd verder overleg georganiseerd waarop praktische zaken, zoals de beschikbaarheid van MBCT-S en TT trainers en het verloop van de therapiereksen, in een samenwerkingsovereenkomst tussen VLESP en de desbetreffende CGG werden vastgelegd.

Voor MBCT-S zijn er 8 reeksen kunnen doorgaan, voor TT waren dit 4 reeksen. Figuur 1 en 2 geven de locaties aan waar MBCT-S en TT zijn doorgegaan.



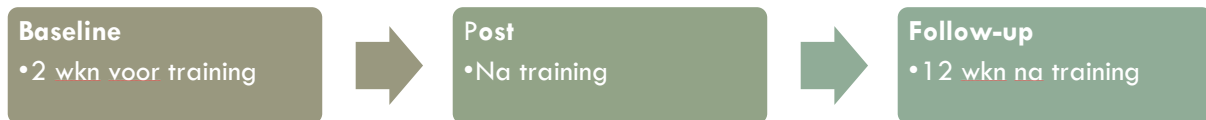
Figuur 1. Locaties MBCT-S



Figuur 2. Locaties TT

## Metingen

De studie bestond uit drie meetmomenten (zie **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**). De metingen werden afgenomen via een online vragenlijst.



Figuur 3. Meetmomenten Prospect-studie

## Vragenlijsten

Er werd gebruik gemaakt van zelf-rapportage vragenlijsten die zorgvuldig geselecteerd werden, rekening houdende met de wetenschappelijke achtergrond en validiteit. Onderstaande tabel geeft weer welke vragenlijsten aan de deelnemers werden voorgelegd.

De 'Future-oriented repetitive thought scale' was enkel beschikbaar in het Engels en werd door de VLESP onderzoekers vertaald naar het Nederlands (via translation en back-translation).

Tabel 1. Vragenlijsten Prospect-studie

Soort variabele	Vragenlijst	Focus
<b>Socio-demografische variabelen</b>		Socio-demografische kenmerken en behandelingsgeschiedenis
<b>Primaire uitkomstmaat</b>	Beck Scale for Suicide Ideation (BSS)	Suïcidale gedachten
<b>Secundaire uitkomstmaten</b>	Beck Depression Inventory – second edition (BDI-II)	Depressieve symptomen
	Beck Hopelessness Scale (BHS)	Hopeloosheid
	Penn State Worry Questionnaire - past week (PSWQ-PW)	Piekeren
	Future-oriented repetitive thought scale (ForT)	Toekomstgericht denken (enkel afgenomen bij studie naar TT)
	Five Facet Mindfulness Questionnaire – short form (FFMQ-SF)	Mindfulness vaardigheden (enkel afgenomen bij studie naar MBCT-S)
	Defeat	Verslagenheid
	Entrapment	Vastzitten
<b>Tevredenheid</b>		Evaluatie MBCT-S en TT

## Veiligheidsprocedure

Gezien het onderzoek gericht was op personen met suïcidale gedachten, was er een verhoogd risico op suïcidaal gedrag. Een veiligheidsprocedure voor de deelnemers van het onderzoek (zowel voor de interventiegroep als de controlegroep) was dan ook aangewezen. Het criterium voor het opstarten van de veiligheidsprocedure vormde een score van groter dan 26 op de Beck Scale for Suicidal Ideation (BSS; conform de studie van van Spijker, van Straten, & Kerkhof, 2014).

Wanneer een deelnemer een BSS-score had van  $\geq 27$ , werd er telefonisch contact met de deelnemer opgenomen door een klinisch psycholoog. Tijdens het telefonisch contact werd een risico-assessment uitgevoerd waarbij werd gescreend op ernst van suïcidale ideatie en werd er een inschatting gemaakt van het suïcidaal proces (frequentie, concreetheid van suïcidale gedachten en plannen). Indien de risico-inschatting aangaf dat er een acuut risico op suïcide was, werd - nadat de deelnemer hierover was ingelicht- de behandelend arts gecontacteerd om aan te geven dat bijkomende hulp en opvolging aangewezen was. Het onderzoek in Nederland wees op de doeltreffendheid van deze procedure (van Spijker, van Straten, & Kerkhof, 2014).

De BSS scores werden in het kader van de veiligheidsprocedure op vier verschillende meetmomenten door VLESP opgevolgd. De deelnemers ontvingen de online vragenlijst op ongeveer hetzelfde moment, namelijk:

- Na sessie 3 van MBCT-S en TT;
- Na sessie 6 van MBCT-S en TT;
- Na de laatste sessie van MBCT-S en TT (respectievelijk na sessie 8 en sessie 9);
- Bij de follow-up (drie maanden na het afronden van MBCT-S en TT);



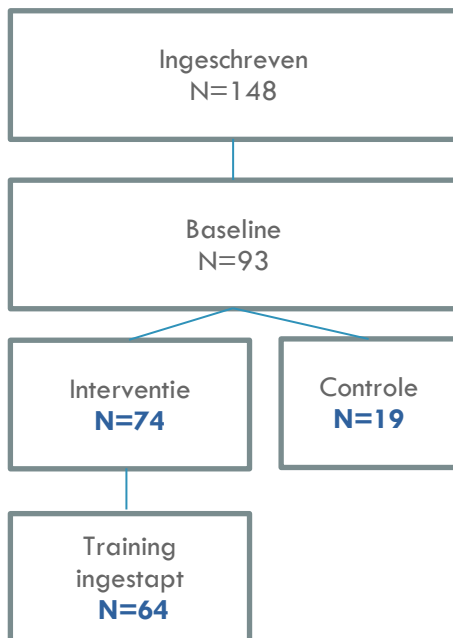
### 3. Onderzoeksresultaten

De onderzoeksresultaten zullen per onderzochte training besproken worden. Eerst worden de resultaten over MBCT-S beschreven, vervolgens die omtrent TT. Tot slot wordt stilgestaan bij de ervaringen van zowel deelnemers als trainers.

#### 3.1. Resultaten MBCT-S

##### 3.1.1. Steekproef – MBCTS-S

In totaal waren er 93 deelnemers in de MBCT-S-studie waarvan 74 personen waren ingedeeld om MBCT-S te ontvangen. 87% heeft vervolgens de training gevolgd (zie Figuur 4).



Figuur 4. Flowchart MBCT-S

##### 3.1.2. Socio-demografische kenmerken – MBCT-S

###### Geslacht – MBCT-S

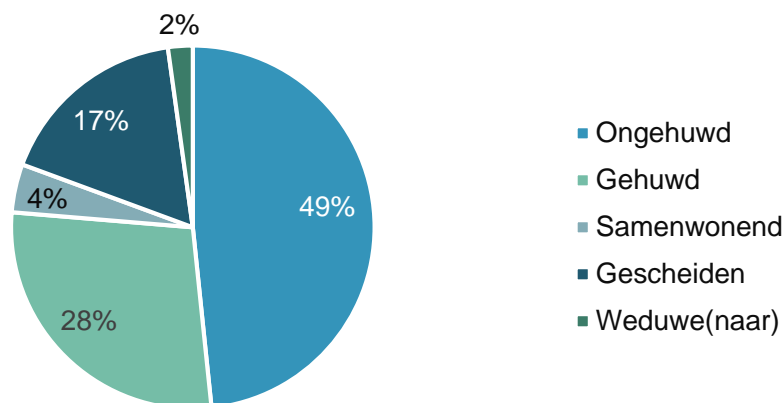
Ongeveer een vierde van de deelnemers (28%) was man en drie vierde vrouw (78%).

###### Leeftijd – MBCT-S

De gemiddelde leeftijd was 44 jaar. De jongste deelnemer was 19 jaar en de oudste 71.

###### Burgerlijke staat – MBCT-S

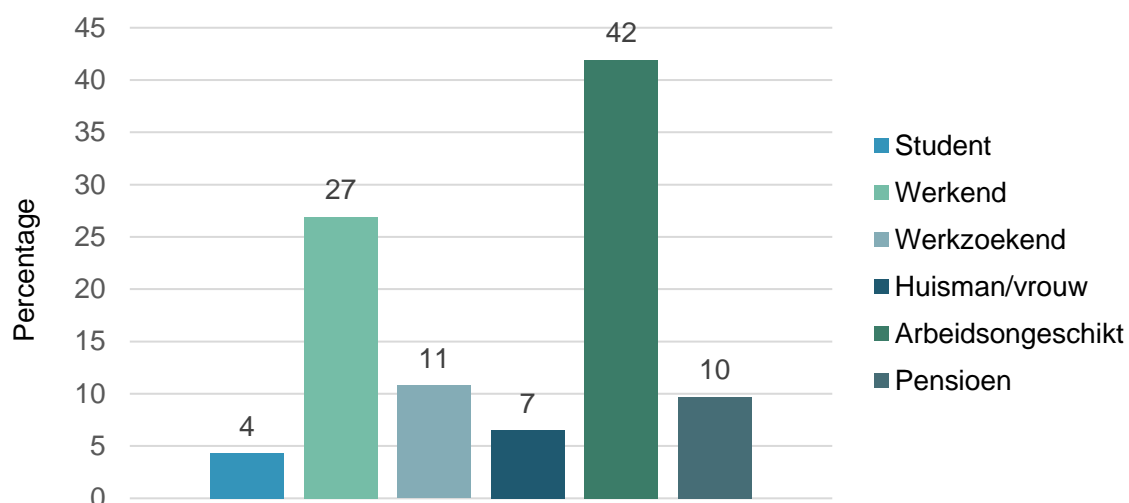
Ongeveer de helft van de deelnemers was ongehuwd en een kwart gehuwd. Figuur 5 geeft de overzicht van de burgerlijke staat.



Figuur 5. Burgerlijke staat - MBCT-S

### 3.1.3. Werksituatie – MBCT-S

De deelnemers waren voornamelijk arbeidsongeschikt of werkend. Figuur 6 geeft een overzicht van de werksituatie.



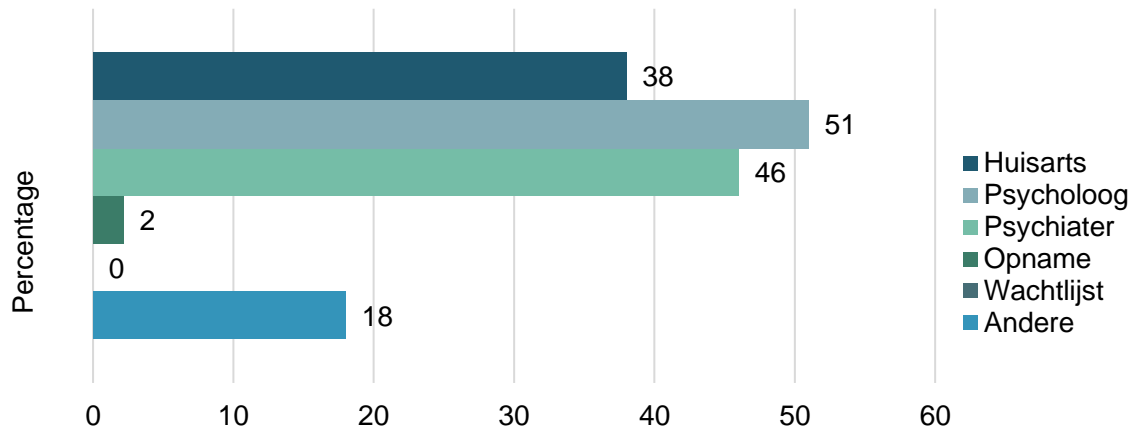
Figuur 6. Werksituatie - MBCT-S

### 3.1.4. Welzijn – MBCT-S

Van de 93 deelnemers gaf 37% aan een lichamelijke aandoening te hebben en 85% psychische stoornis. De meest voorkomende psychische problemen waren depressie (n=51) en angststoornis (n=25).

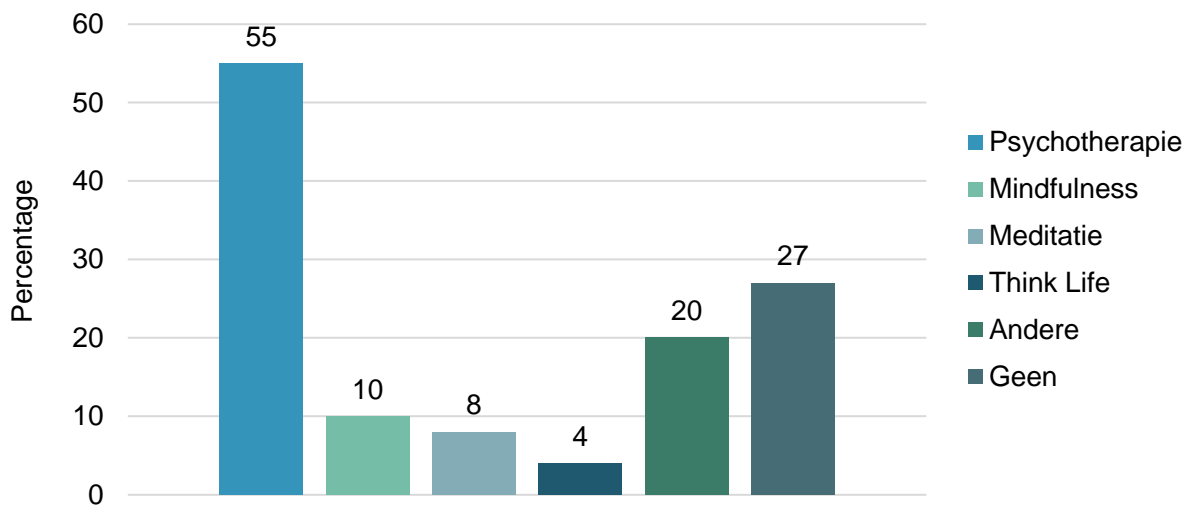
#### Behandeling voor psychische klachten

83% gaf aan in behandeling te zijn voor psychische klachten en dit gebeurde het meest bij een psycholoog of psychiater (zie Figuur 7).



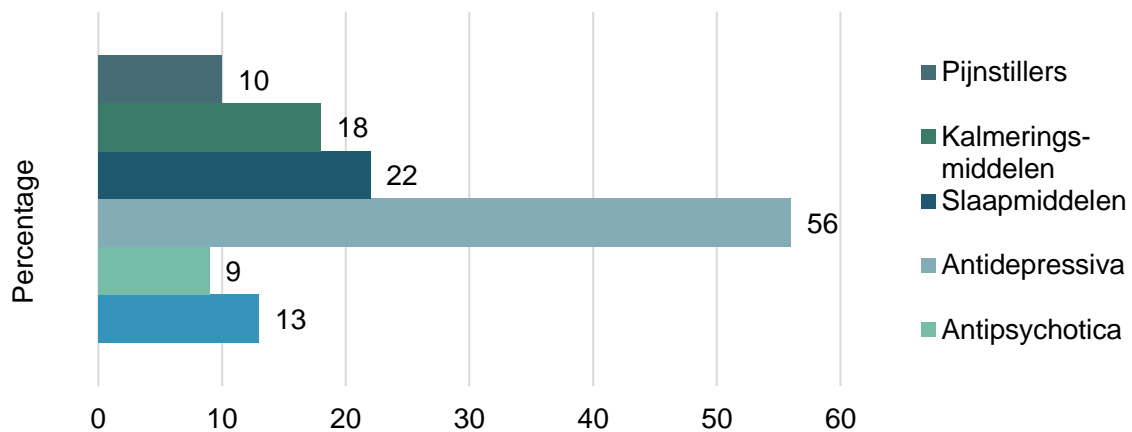
Figuur 7. Behandeling bij psychische klachten - MBCT-S

Het afgelopen jaar werd door meer dan de helft van de deelnemers psychotherapie gevolgd (zie Figuur 8).



Figuur 8. Type behandeling - MBCT-S

Zeven op tien van de deelnemers (71%) gaf aan medicatie te gebruiken omwille van psychische klachten. Het meest gebruikte type medicatie was antidepressiva (zie Figuur 9).

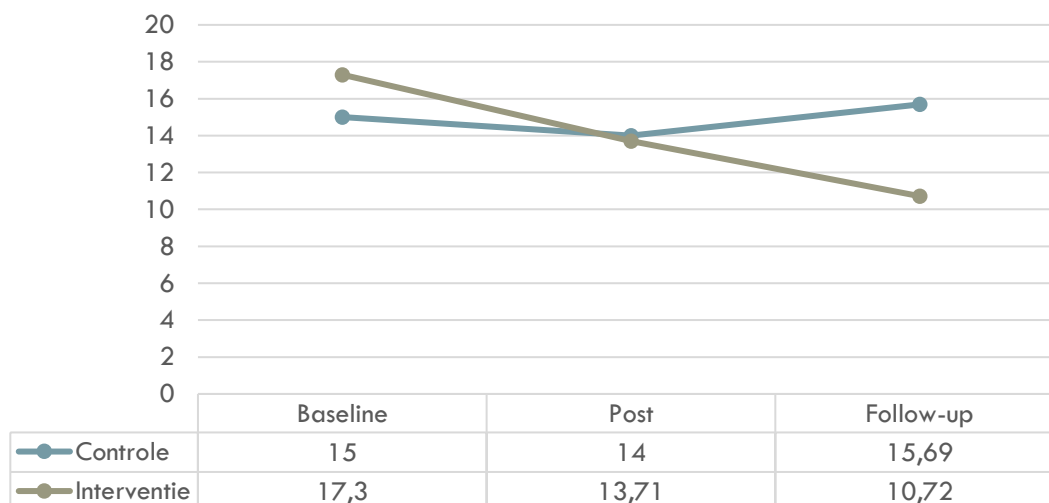


Figuur 9. Type medicatie - MBCT-S

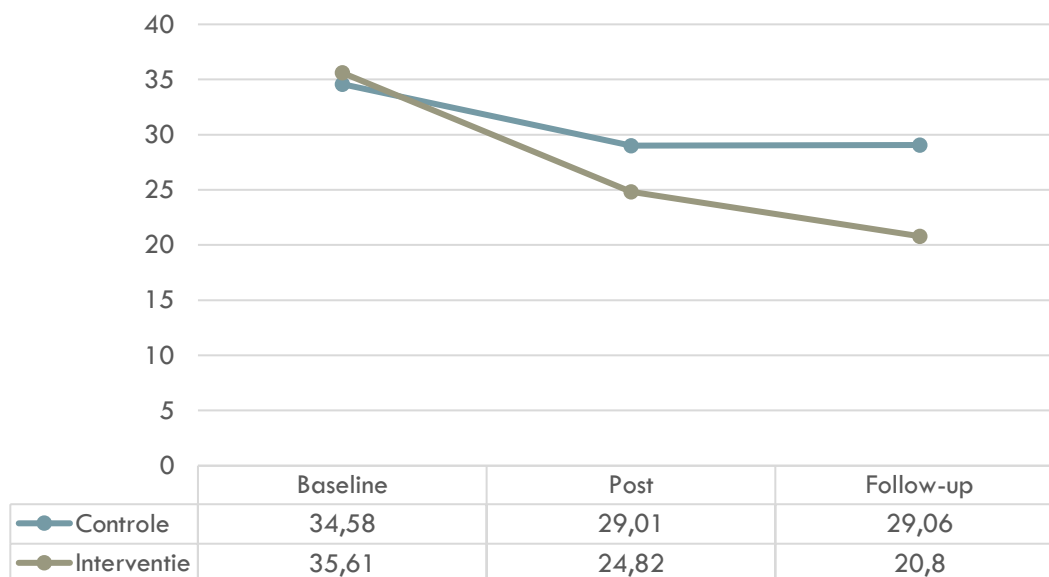
### 3.1.5. Hoofdanalyses – MBCT-S

#### Interventie (MBCT-S)-versus controlegroep

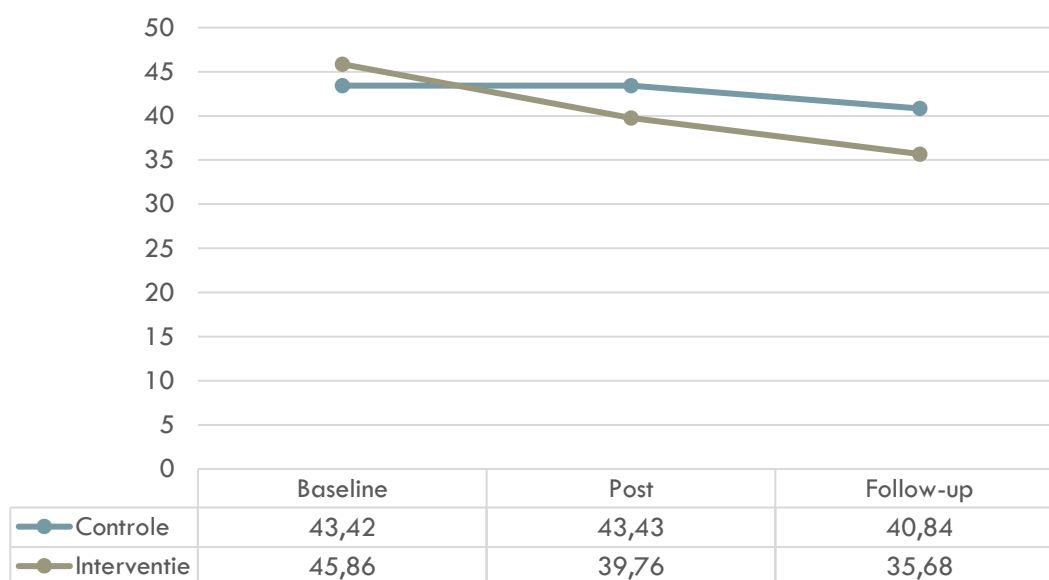
Wanneer de interventie- met de controlegroep vergeleken werd, werd er een significante daling gevonden bij follow-up met betrekking tot suïcidale gedachten ( $M=-6.58$  vs.  $M=0.69$ ;  $t(758)=2.55$ ,  $p=0.011$ ; zie Figuur 10), depressieve symptomen ( $M=-14.81$  vs.  $M=-5.52$ ;  $t(689)=2.28$ ,  $p=0.023$ ; zie Figuur 11) en defect ( $M=-10.19$  vs.  $M=-2.58$ ;  $t(406)$ ,  $p=0.035$ ; Figuur 12)



Figuur 10. Suïcidale ideatie: Verloop van de gemiddelde BSS-scores per meetmoment - MBCT-S



Figuur 11. Depressieve symptomen: Verloop van de gemiddelde BDI-scores per meetmoment - MBCT-S



Figuur 12. Defeat: Verloop van de gemiddelde Defeat-scores per meetmoment - MBCT-S

#### Pre-post-analyse interventiegroep-MBCT-S

Aangezien de controlegroep zeer klein was, werd ervoor geopteerd om dieper in te gaan op de effecten binnen de interventiegroep. Uit deze analyses kwam naar voren dat er binnen de interventiegroep een significante daling optrad wat betreft suïcidale gedachten en dit zowel bij de post-test ( $t(304)=3.76$ ,  $p < 0.001$ ) als bij follow-up ( $t(408)=5.35$ ,  $p < 0.001$ ). Ook wat betreft de andere uitkomstmaten trad er een significante verbetering op (zie Tabel 2).

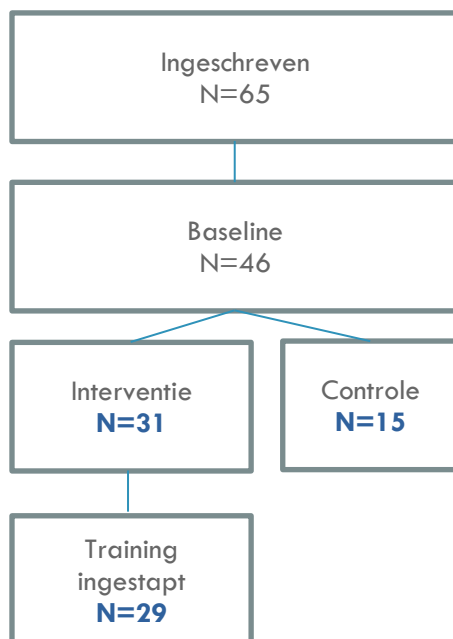
Tabel 2. Gemiddeld verschil tussen baseline en post-test en tussen baseline en follow-up op secundaire uitkomstmaten bij MBCT-S

Meting	Meetmoment	Gemiddeld verschil	p
Depressieve symptomen (BDI)	Baseline – Post	-10.79	.001
	Baseline – Follow-up	-14.81	<.001
Hopeloosheid (BHS)	Baseline – Post	-2.28	<.001
	Baseline – Follow-up	-3.72	<.001
Piekeren (PSWQ-PW)	Baseline – Post	-11.58	<.001
	Baseline – Follow-up	-12.01	<.001
Entrapment	Baseline – Post	-6.05	<.001
	Baseline – Follow-up	-11.73	<.001
Defeat	Baseline – Post	-6.11	<.001
	Baseline – Follow-up	-10.19	<.001
Mindfulness (FFMQ)	Baseline – Post	5.08	.004
	Baseline – Follow-up	6.31	<.001

### 3.2. Resultaten Toekomstgerichte training (TT)

#### 3.2.1. Steekproef - TT

In totaal waren er 46 deelnemers in de TT-Studie waarvan 15 in de controlegroep en 31 in de interventiegroep. 94% van de deelnemers die waren ingedeeld in de interventiegroep, zijn ook ingestapt in de toekomstgerichte training (zie Figuur 13).



Figuur 13. Flowchart TT-studie

### 3.2.2. Socio-demografische kenmerken – TT

#### Geslacht - TT

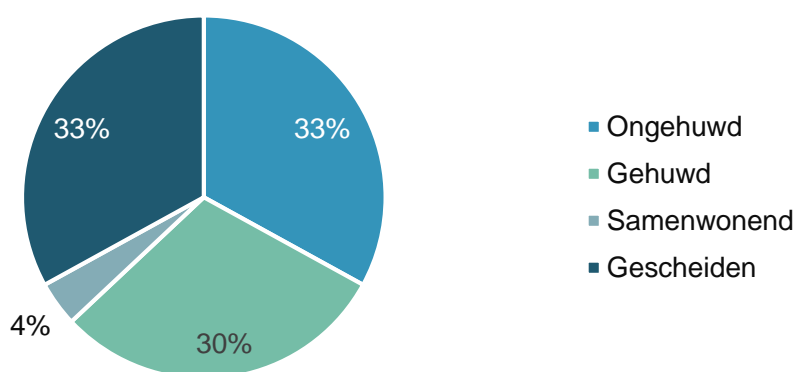
Meer dan een derde van de deelnemers (35%) was man en bijna twee derde vrouw (78%).

#### Leeftijd - TT

De gemiddelde leeftijd was 42 jaar. De jongste deelnemer was 18 jaar en de oudste 69.

#### Burgerlijke staat - TT

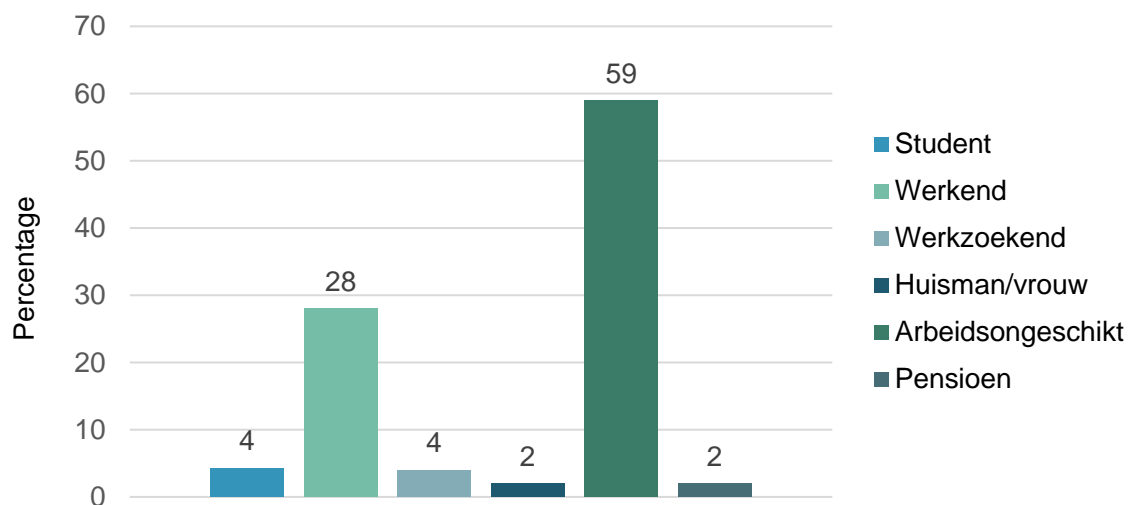
Burgerlijke staat was ongeveer gelijk verdeeld met ongeveer een derde die gescheiden was, een derde ongehuwd en bijna een derde gehuwd (zie ).



Figuur 14. Burgerlijke staat - TT

### 3.2.3. Werksituatie – TT

De meerderheid van de deelnemers was arbeidsongeschikt. Figuur 15 geeft een overzicht van de werksituatie.



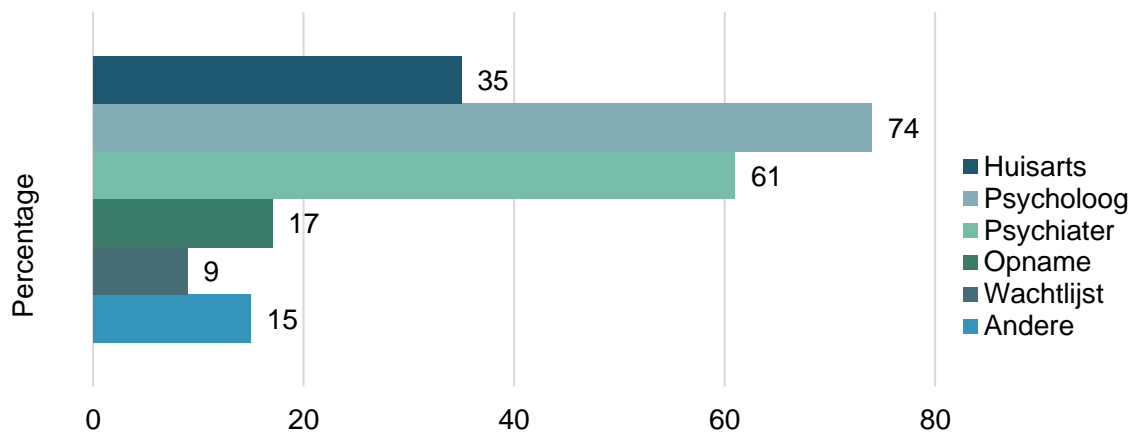
Figuur 15. Werksituatie - TT

### 3.2.4. Welzijn – TT

44% van de deelnemers gaf aan een lichamelijke aandoening te hebben en meer dan negen op tien (91%) een psychische stoornis. Bij die laatste werden voornamelijk depressie (72%) en angststoornis (37%) opgegeven. 7% duidde alcohol- en/of drugsmisbruik aan.

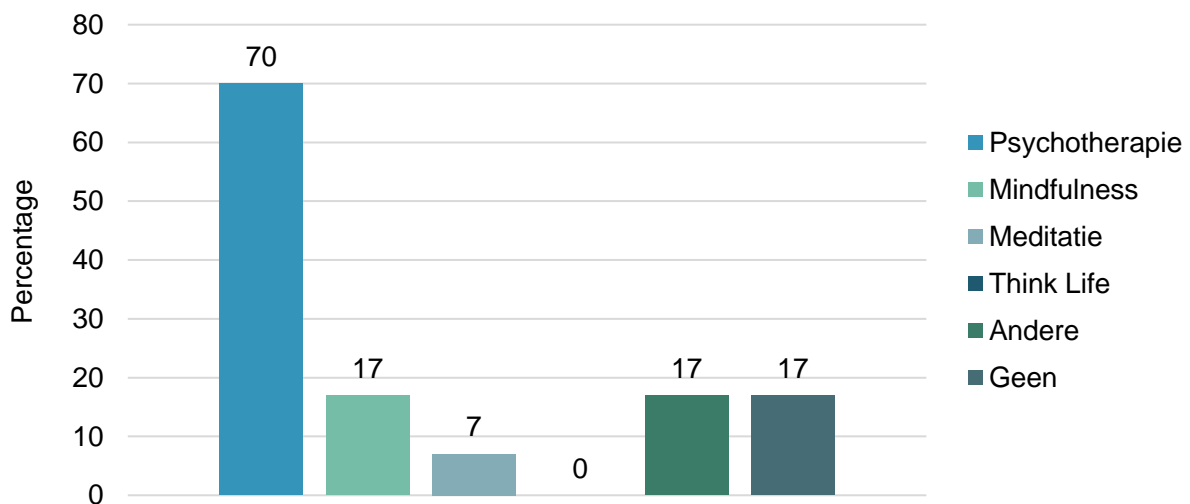
#### Behandeling voor psychische klachten - TT

Bijna alle deelnemers waren in behandeling voor psychische klachten (97%). De behandeling werd het meest gedaan bij een psycholoog of psychiater (zie Figuur 16 Figuur 7).



Figuur 16. Behandeling bij psychische klachten - TT

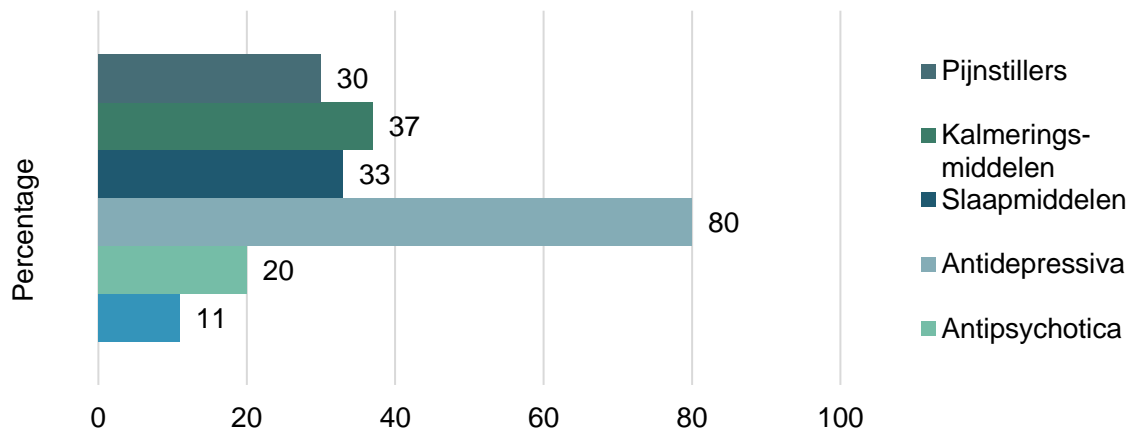
Zeven op tien deelnemers volgden het afgelopen jaar psychotherapie (zie Figuur 17).



Figuur 17. Type behandeling - TT



Bijna alle deelnemers (96%) namen medicatie omwille van psychische klachten. Het meest gebruikte type medicatie was antidepressiva (zie Figuur 18).

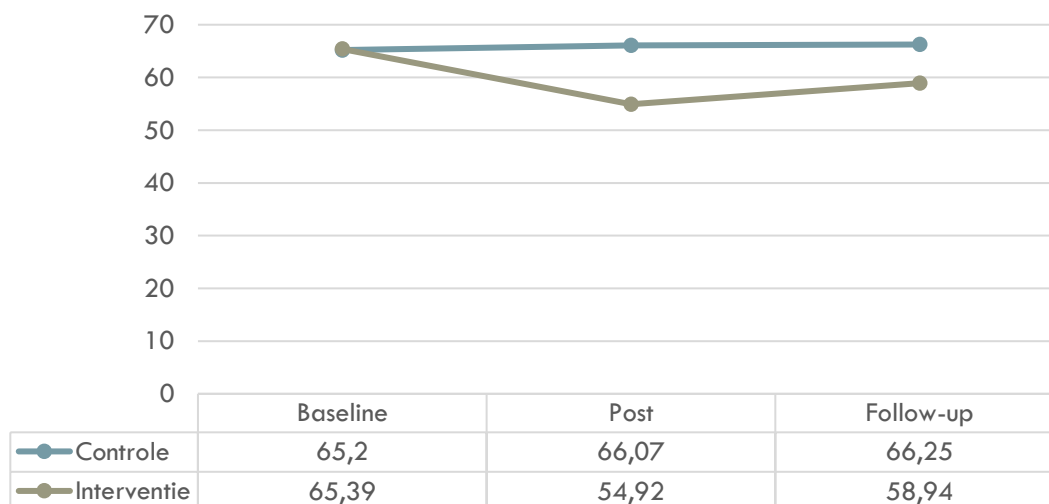


Figuur 18. Type medicatie - TT

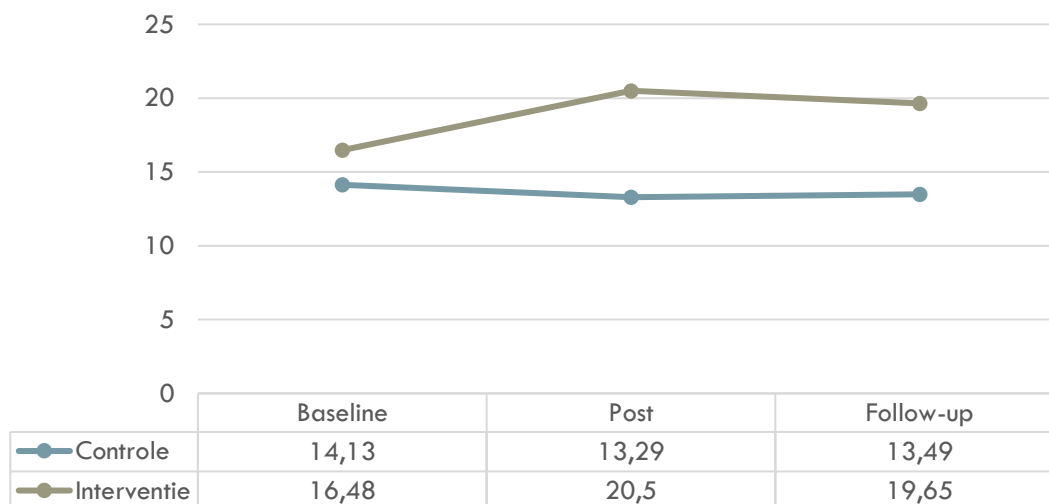
### 3.2.5. Hoofdanalyses – TT

#### Interventie (TT)-versus controlegroep

De analyse tussen de interventie- en controlegroep toonde een significante daling in piekeren op de post-test ( $M=-10.46$  vs.  $M=0.86$ ;  $t(198.4)=2.03$ ,  $p=0.043$ ; zie Figuur 19), en een significante stijging in toekomstig denken bij follow-up ( $M=3.17$  vs.  $M=-0.64$ ;  $t(352)=-2.13$ ,  $p=0.034$ ; Figuur 20) in de interventiegroep.



Figuur 19. Piekeren: Verloop van de gemiddelde PSWQ-PW-scores per meetmoment - TT



Figuur 20. Toekomstig denken: Verloop van de gemiddelde FORT-scores per meetmoment - TT

#### Pre-post-analyse interventiegroep-TT

Aangezien de controlegroep zeer klein was, werd ervoor geopteerd om dieper in te gaan op de effecten binnen de interventiegroep. Uit deze analyses kwam naar voren dat er binnen de interventiegroep een significante daling optrad wat betreft suïcidale gedachten en dit zowel bij de post-test ( $t(296)=2.21$ ,  $p=0.028$ ) als bij follow-up ( $t(128)=2.36$ ,  $p=0.020$ ). Ook wat betreft de andere uitkomstmaten trad er een significante verbetering op (zie Tabel 2).

Tabel 3. Gemiddeld verschil tussen baseline en post-test en tussen baseline en follow-up op secundaire uitkomstmaten bij TT

Meting	Meetmoment	Gemiddeld verschil	p
Depressieve symptomen (BDI)	Baseline - Post	-10.97	.003
	Baseline - Follow-up	-10.19	<.001
Hopeloosheid (BHS)	Baseline - Post	-2.60	.014
	Baseline - Follow-up	-1.95	.023
Piekeren (PSWQ-PW)	Baseline - Post	-10.46	.009
	Baseline - Follow-up	-6.45	.066
Entrapment	Baseline - Post	-9.89	.002
	Baseline - Follow-up	-5.34	.069
Defeat	Baseline - Post	-4.84	.093
	Baseline - Follow-up	-4.13	.075
Toekomstig denken (FORT)	Baseline - Post	4.02	.030
	Baseline - Follow-up	3.17	.008

### 3.3 Ervaringen van trainers en deelnemers

Om ook een zicht te krijgen op hoe **trainers** de trainingen hebben ervaren organiseerde VLESP een online survey en feedbackmomenten voor de MBCT-S en TT trainers. Daarnaast werd van de TT trainers individueel ook een semi-gestructureerd interview afgenomen. Tijdens deze feedbackmomenten en interviews formuleerden de trainers volgende sterktes, uitdagingen en aanbevelingen:

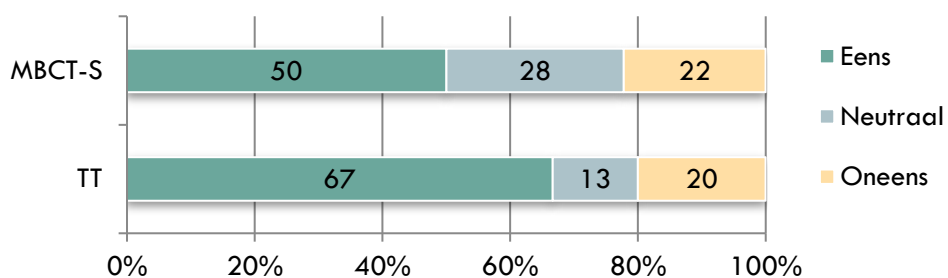
- **Sterktes.** De trainers waren positief over de inhoud van de trainingen en het goed uitgewerkte materiaal voor trainers en deelnemers. Voor de opbouw van TT gaven de trainers veel advies mee, wat vervolgens door VLESP geïntegreerd werd in een nieuwe versie van het trainingsmateriaal. Wat de trainingen zelf betreft, waren de trainers aangenaam verrast over de openheid die er in de groep was om vanaf de eerste sessie over zelfmoord te kunnen praten.
- Als **uitdaging** formuleerden de trainers de complexe problematieken en achtergrond van de verschillende deelnemers. Zoals bleek uit het profiel (zie resultaten) ging het over een doelgroep die reeds intensief in behandeling was of was geweest. Dit maakte het geven van de training niet vanzelfsprekend. Ervaring van de training in het werken met groepen en in het omgaan met suïcidale personen werd dan ook beklemtoond als aandachtspunt voor verdere implementatie.
- Verder gaven de meeste trainers als **aanbeveling** mee om een intakegesprek met deelnemers te houden voorafgaand aan de training. Tot slot adviseerden alle trainers dat de deelnemers naast de training best ook in behandeling zijn, zodat aspecten uit de training verder kunnen besproken, uitgediept en opgevolgd worden in de reguliere behandeling (bv. psychotherapie).

Ook de **deelnemers** werden na de training bevraagd via een online evaluatiesurvey. Daaruit bleek dat de deelnemers het groepsaspect en het feit dat de training focuste op zelfmoordgedachten positief ervoeren.

- Op de vraag “Wat vond je ervan dat de training in groep werd gegeven?” antwoordde 75% van de MBCT-S groep en 67% van de TT groep ‘aangenaam’ tot ‘zeer aangenaam’ (resp. 22% en 20% antwoordde ‘neutraal’ en resp. 3% en 13% ‘niet aangenaam’).
- Op de vraag “Wat vond je ervan dat de training focuste op zelfmoordgedachten?” antwoordde 72% van de MBCT-S groep en 87% van de TT groep ‘goed’ tot ‘zeer goed’ (resp. 22% en 13% antwoordde ‘neutraal’ en resp. 6% en 0% ‘niet goed’).

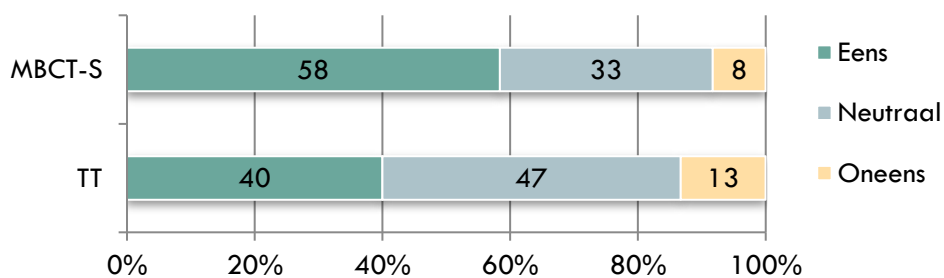
Daarnaast rapporteerden de meerderheid van de deelnemers dat de training hen nieuwe inzichten had gegeven met betrekking tot hun zelfmoordgedachten (zie Figuur 21). Resp. 58% (MBCT-S groep) en 40% (TT groep) gaf bovendien aan dat de training hen geleerd had beter met hun zelfmoordgedachten om te gaan (zie Figuur 22). Tot slot gaf 86% (MBCT-S groep) en 80% (TT groep) van de deelnemers aan dat ze de oefeningen uit de training in hun dagelijks leven konden toepassen (zie Figuur 22).

**“De training heeft mij nieuwe inzichten gegeven m.b.t. mijn zelfmoordgedachten”**



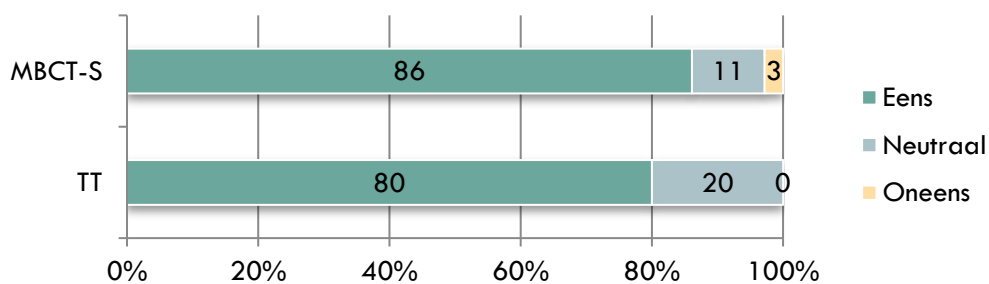
Figuur 21. Ervaringen van deelnemers m.b.t. nieuwe inzichten

**“De training heeft mij geleerd beter met mijn zelfmoordgedachten om te gaan”**



Figuur 22. Ervaringen van deelnemers m.b.t. omgaan met zelfmoordgedachten

**“De oefeningen uit de training kan ik in mijn dagelijks leven toepassen”**



Figuur 23. Ervaringen van deelnemers m.b.t. toepasbaarheid

We sluiten af met enkele quotes van de deelnemers:

“Iedereen wist van mekaar dat hij of zij zelfmoordgedachten had of heeft gehad of nog zal hebben. Niemand schaamde zich en iedereen voelde zich veilig. Zeer goede begeleiding. Zeer menselijk met persoonlijk aandacht, van iedereen voor iedereen.”

“De training was voor mij eerst een verschrikkelijke stap om te zetten. Toegeven dat ik met de gedachten zit. Maar het was de eerste keer sinds lang dat ik me veilig voelde en me niet moet schamen voor mijn gedachten. Ik kon/mocht en durfde er ZIJN zonder eigenlijk te zeggen wie ik ben. Heel veel bagage meegekregen om mee aan de slag te gaan.”

## 4. Conclusie en implementatie

### Conclusie

De resultaten tonen dat zowel MBCT-S als TT **veelbelovende trainingen** zijn voor de behandeling van suïcidale personen, gezien ze het potentieel hebben zowel suïcidedgedachten als onderliggende symptomen te reduceren. Bovendien rapporteren zowel deelnemers als trainers positieve ervaringen met de training.

### Bekendmaking en implementatie

#### Lancering

Op 31 mei 2018 organiseerde VLESP een **persbericht en studievoormiddag** waarop de resultaten van de Prospect studie voor het eerst werden voorgesteld. Naar aanleiding van de bekendmaking verschenen ook twee redactionele artikels in De Standaard en De Morgen.

#### Informatie op de website

Op de website [www.zelfmoord1813.be](http://www.zelfmoord1813.be) werd een pagina aangemaakt over de studie en de groepstrainingen, zie [www.zelfmoord1813.be/groepstraining](http://www.zelfmoord1813.be/groepstraining). Op die pagina kunnen toekomstige trainers zich ook aanmelden (zie verder). Ook op de pagina voor hulpverleners wordt verwezen naar de mogelijkheden van deze nieuwe interventies.

## Bekendmaking via lezingen

VLESP zet continu in op verdere bekendmaking van het onderzoek en de trainingen. De resultaten werden intussen verder voorgesteld:

- Aan de suicidepreventiewerkers van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (24/05/2018);
- Op het Early and Mid-Career Researchers' Forum in Glasgow (7 tot 8/06/2018);
- Op het ESSSB 17 congres te Gent (5 tot 8/09/2018), waar de poster over de studie de eerste posterprijs won;
- Aan de medewerkers van het Centrum ter Preventie van Zelfmoord en geïnteresseerde vrijwilligers van de Zelfmoordlijn (14/09/2018);
- Op het GGZ congres te Antwerpen (19/09/2018);
- Binnenkort gepland: Vlaamse Werkgroep Suicidepreventie (Brussel, 4/10/2018), overleg met CGG's uit Limburg (Hasselt, 10/10/2018)

## Integratie in richtlijnen en in vormen

Bij de update van de Multidisciplinaire Richtlijn voor de Detectie en Behandeling van Suïcidaal gedrag en de online leermodule 'SP-Reflex' zullen MBCT-S en TT ook aanbevolen worden.

Intussen worden de trainingen als aanbeveling meegegeven in de vormen aan hulpverleners. Onder meer een specifieke **infomodule** over de trainingen voor hulpverleners werd uitgewerkt en ingebed in de 5-daagse '*verdiepende vorming voor therapeuten*' die in Vlaanderen op regelmatige basis wordt aangeboden.

## Implementatie

Alle materialen (handleidingen voor trainers en deelnemers) werden na feedback van trainers herwerkt en zijn dus gebruiksklaar en breed implementeerbaar.

VLESP is momenteel in gesprek met alle trainers die hebben meegewerkt aan de studie om te zien of zij de trainingen kunnen voortzetten in hun regio. Verder worden er samenwerkingen opgezet met CGG, organisaties die MBCT aanbieden en andere partners.

Op de studiedag op 31 mei lanceerde VLESP een **oproep voor trainers** voor zowel MBCT-S als TT. In het najaar wordt deze oproep herhaald en in januari 2019 staan de eerste **opleidingsdagen** gepland. De opleidingsdagen worden georganiseerd in samenwerking met de trainers die verbonden waren aan de studie en in samenwerking met de suicidepreventiewerking van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

VLESP werkte volgende **criteria** uit voor trainers:

### Trainersprofiel

- MBCT-S:
  - min. 3 jaar klinische ervaring, bij voorkeur met suïcidale personen
  - erkend MBCT trainer

- min. 3 jaar ervaring als MBCT trainer
- TT:
  - min. 3 jaar klinische ervaring, bij voorkeur met suïcidale personen, bij voorkeur psychotherapie-opleiding
  - min. 1 jaar ervaring met groepstraining/groepsbegeleiding

Trainers kunnen zich aanmelden via [www.zelfmoord1813.be/groepstraining](http://www.zelfmoord1813.be/groepstraining), waarna VLESP hen telefonisch screent en uitnodigt voor de opleiding.

De opleiding zal op regelmatige basis herhaald worden door VLESP, alsook zullen er **intervisiemomenten** gehouden worden voor de verschillende trainers in Vlaanderen.

Op die manier kan er voor suïcidale personen een **aanbod** worden gecreëerd in Vlaanderen van de onderzochte en goed bevonden groepstrainingen. We streven ernaar om op termijn in elke provincie min. 1 à 2 trainingsreeksen per jaar van zowel MBCT-S als TT te kunnen laten doorgaan. VLESP zal dit stimuleren en opvolgen.

## Dankwoord

Dit onderzoeksproject is tot stand gekomen dankzij de betrokkenheid en het engagement van veel verschillende personen en organisaties. We wensen dan ook graag iedereen die aan de studie heeft meegewerkt uitdrukkelijk te bedanken.

Vooreerst danken we alle personen en centra die hun steun verleend hebben aan het onderzoek en intensief geholpen hebben met het bekendmaken van het onderzoek en de rekrutering van participanten. Verder gaat onze dank uit naar iedereen die heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van de trainingen, waaronder Megan Chesin (Columbia University, New York) en Wessel Van Beek (VU Amsterdam) voor het delen van hun materiaal en ervaringen, Mercedes Wolters (CGG-SP) voor het mee uitwerken van de MBCT-S training en Saskia Aerts (VLESP) voor het inspreken van het audiomateriaal.

We zijn ontzettend dankbaar dat we voor dit onderzoek hebben kunnen samenwerken met heel gedreven en competente trainers, hun engagement om mee te stappen in het onderzoek en de trainingen te geven was van onschatbare waarde. Verder gaat onze oprechte dank uit naar alle deelnemers, om de stap naar de groepstraining te zetten en zich in te zetten voor het invullen van de vragenlijsten, wat enorm waardevolle inzichten opleverde.

Tot slot danken we het Agentschap Zorg en Gezondheid en de Vlaamse regering, en in het bijzonder Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeuren, voor het mogelijk maken van dit innovatief en waardevol onderzoek.