

DE PSY- CHO- LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN

JAARGANG 49 • NR 3 • MAART 2014

WANNEER EEN LACH EEN VUIST WORDT • BUNGELN BOVEN DE AFGROND • BIJEENKOMST: INTRINSIEKE
MOTIVATIE ALS BRON VOOR VITALITEIT? • IEDER MENS DOET AAN PSYCHOLOGIE: MARGÔT ROS • FORUM:
KINDEREN MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING IN HET PASSEND ONDERWIJS • DE PSYCHOLOOG ALS
RECHERCHEUR • COLUMN: ROLF ZWAAN

N=1

Bestel vakliteratuur met korting in de NIP boekenclub!

Log in via het Ledennet en profiteer van 20% korting



**Boom
Psychologie**

www.boompsychologie.nl
info@boompsychologie.nl
(020) 524 45 14


Nederlands Instituut van Psychologen **NIP**

Een greep uit het nieuwe opleidingsaanbod 2014

- Verkorte opleiding tot klinisch psycholoog voor psychotherapeuten
- Specialisatieopleiding arbeids- en organisatiemediation
- Basis- en verdiepcursus schematherapie
- Gedrags- en stemmingsproblemen bij dementie
- Trainingen in risicotaxatie-instrumenten



23 april 2014
**Autismecongres: omgaan met complex
probleemgedrag bij mensen met autisme**

[www.rinogroep.nl/
CONGRESSEN](http://www.rinogroep.nl/CONGRESSEN)

Vraag het programmaboek aan:
www.rinogroep.nl/aanvraag

St. Jacobsstraat 12-14 | 3511 BS Utrecht | T (030) 230 84 50 | E infodesk@rinogroep.nl

 **RINO Groep**
MENSENKENNIS

- 10 N=1 STUDIES IN ONDERZOEK EN PRAKTIJK** – Behandelingen zijn te zien als een N=1 experiment. Systematisch onderzoek naar behandelverloop is echter vaak beperkt. Om het gebruik van N=1 studies te ondersteunen ontwikkelt de afdeling Ontwikkelingspsychologie van de Universiteit van Amsterdam een webapplicatie om eenvoudig een overzicht te krijgen van behandelvoortgang van individuele cliënten.
- 38 DE PSYCHOLOOG ALS RECHERCHEUR** – Simulatie van psychische klachten komt meer voor dan gedacht. De simulant doet een onrechtmatig beroep op maatschappelijke voorzieningen en gelden, en brengt schade toe aan de vertrouwensrelatie met zijn psycholoog. Psychiater Remke van Staveren laat zien met welke interviewtechnieken je simulatie kunt opsporen en hoe je ermee om kunt gaan.
- 46 WANNEER EEN LACH EEN VUIST WORDT** – Mannen zijn gemiddeld minder goed in het herkennen van emoties dan vrouwen, aandacht van mannen trekt over het algemeen meer naar agressieve signalen toe. Bij agressieve mannelijke delinquenten zijn deze twee kenmerken versterkt ten opzichte van gezonde mannen. Mariska Kret laat zien dat delinquenten die een gewelddadig delict hebben gepleegd, problemen hebben met het verwerken van meerdere emotionele signalen tegelijkertijd.

RINO

Kortdurende psychologische interventies
www.rino.nl/249 7 en 28 maart 2014

Dialectische gedragstherapie (DGT)
www.rino.nl/423 start 8 maart 2014

EMDR vervolgcursus
www.rino.nl/343 start 11 maart 2014

CGT bij cliënten met een negatief zelfbeeld
www.rino.nl/460 14 en 15 maart 2014

FloorPlay: introductie
www.rino.nl/567 18 maart en 1 april 2014

Creatieve en actieve werkvormen voor coaches
www.rino.nl/883 19 maart en 23 april 2014

Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS (BEPP)
www.rino.nl/298 start 19 maart 2014

Kinderen uit samengestelde gezinnen
www.rino.nl/633 21 maart 2014

kijk voor ons volledige aanbod op: www.rino.nl

Leidseplein 5 - 1017 PR Amsterdam - (020) 625 08 03 - info@rino.nl

moleMann
mental health

presenteert het symposium

Context Matters

Psychiatrische problematiek
en het belang van familie,
maatschappij en cultuur

Donderdag 17 april 2014
van 10.00 tot 17.30 uur in Ede

Een gevarieerd, 'DSM-stoornis overstijgend'
programma met film, lezing en debat
en bijdragen van:

systeemtherapeut Maurizio Andolfi,
hoogleraar Paul Verhaeghe en
filmmaker Nora Bateson

Kijk voor meer informatie over het programma,
kosten, aangevraagde accreditatie
en aanmelden op
www.molemann.nl

Deelname nu €100 bij aanmelding voor 20 maart!

PRAKTIJKBERICHT



"We hebben nooit geweten dat Intramed zo compleet is".

Intramed praktijksoftware, compleet gebruiksgemak voor de GGZ

Speciaal voor de 1^e lijns GGZ (Generalistische basis GGZ):

- Codeboek en aanlevering aan de LVE is geïntegreerd
- Jaarlijkse gegevens export voor LVE
- DSM IV criteria makkelijk in te voeren via meerkeuzelijsten
- Eigen bijdrage wordt automatisch verrekend en via nota's gedeclareerd, desgewenst via Famed
- Mogelijkheid telefonisch consult te factureren

Speciaal voor de 2^e lijns GGZ (Specialistische GGZ):

- DBC registratie (directe en indirecte reistijd, beslisboom)
- Aanlevering mogelijk aan DIS-portal
- De diagnosecode in de declaratiegegevens kan gemaskeerd worden
- DSM IV criteria met primaire en secundaire diagnoses en GAF-scores op as 1 t/m 5

Intramed PLUS biedt u meer mogelijkheden
(LET OP, dit betreft een extra module)

- Aanvullende richtlijn eerstelijnspsychologie en psychotherapie en bijbehorende meetinstrumenten
- Onbeperkt ROM-data aanleveren aan Stichting Benchmark GGZ (SBG) (1^e en 2^e lijns)
- Geen extra kosten per aanlevering ROM-data of voor meetinstrumenten
- Online inschrijving en afsprakenbeheer cliënt
- Online vragenlijsten afnemen (ook eigen vragenlijsten)

Kortom, met Intramed (PLUS) heeft u één complete oplossing! U heeft geen extra pakket nodig om ROM-data aan te leveren.

intramed
De praktijk gaat
erop vooruit

Noordkade 94 - 2741 GA
Waddinxveen
T 0182 62 11 07
F 0182 62 11 99
info@intramed.nl



Al meer dan 19.000 gebruikers werken dagelijks met de Intramed software

Op de website treft u tevens uitgebreide productinformatie voor uw praktijk:
www.intramed.nl/ggz

RUBRIEKEN

- 6 NIEUWS
- 9 COLUMN: Rolf Zwaan
- 21 BOEKEN EN MEDIA
- 24 FORUM: Kinderen met een LVB in het passend onderwijs
- 30 IEDER MENS DOET AAN PSYCHOLOGIE: Margôt Ros
- 32 SKILIFTANGST: Bungelen boven de afgrond
- 56 BIJEENKOMST: Motivatie als bron voor vitaliteit?

Redactioneel

THERAPIE OP MAAT

In *Therapie als geschenk* (2012, zesde druk) stelt de bekende Amerikaanse psychiater en psychotherapeut Irvin D. Yalom dat veel hedendaags psychotherapeutische onderzoekers gevangen zitten in een grote paradox. 'Ze moeten werken met een "standaardtherapie": een therapie die hetzelfde is voor alle subjecten in het onderzoeksproject en die door andere onderzoekers en therapeuten in de toekomst precies kan worden herhaald.'

Het probleem is evenwel, aldus Yalom, dat juist die standaardisering de therapie minder realistisch en effectief maakt. 'Therapie is een spontaan proces; de relatie tussen therapeut en patiënt is dynamisch en steeds in ontwikkeling, er worden voortdurend nieuwe ervaringen opgedaan en het proces is ononderbroken aan onderzoek onderhevig.'

Zijn advies: ontwerp voor iedere patiënt een aparte therapie.

Het zal psychologe en psychotherapeute Marie-Lotte van de Kamp vermoedelijk als muziek in de oren klinken. Uit het hart schreef zij een opiniestuk (*de Volkskrant*, 28 januari 2014) waarin ze stelt dat ze zich als therapeut 'in de houdgreep' genomen voelt door de verzekeraars en 'het gedrocht' van het DBC-systeem. Psychotherapie is volgens Van de Kamp 'geen diagnosebehandelpakketje'. Zij wil juist antwoord kunnen geven op de vraag waarom zij welke zorg biedt en hoelang. 'Ik kan niet alles verantwoorden in termen van kwantiteit, zoals wordt geëist. Ik kan en wil niet ondergeschikt zijn aan een systeem.'

In het coverartikel deze maand stellen Anke Versluis, Marija Maric en Loek Peute dat therapeutische behandelingen te beschouwen zijn als een N=1 experiment. Zij introduceren een webapplicatie – Systeem voor Effectief Meten en Therapie (SEMT) – die het voor therapeuten mogelijk maakt om de voortgang van cliënten intensief en individueel te volgen, op maat bij te stellen en te evalueren.

Zo'n toepassing is bepaald geen 'diagnosebehandelpakketje' maar raakt, volgens mij, echt het hart van de psychologie: n=1 is psychologie op z'n kwetsbaarst. Het is dan ook te hopen dat verzekeraars dit artikel massaal zullen lezen. Want als elk mens uniek is, zoals het cliché luidt, moet een therapie dan inderdaad niet een op maat gesneden behandeling zijn in plaats van een gestandaardiseerd protocol?

Vittorio Busato, hoofdredacteur (vittorio@psynip.nl)

COLOFON

De Psycholoog is het maandblad van het Nederlands Instituut van Psychologen, de beroepsvereniging van psychologen. *De Psycholoog* verschijnt elke eerste week van de maand (behalve in augustus) in een oplage van 14.000 exemplaren. Voor mensen met een leeshandicap verschijnt *De Psycholoog* in gesproken vorm op Daisy cd-rom. Informatie: Dedicon, Postbus 24, 5360 AA Grave, telefoon 0486-486486, e-mail: abonnee@dedicon.nl. **Redactiebureau:** Vittorio Busato (hoofdredacteur), Jeroen van Goor (bureau-/eindredactie) en Geertje Kindermans (schrijvend redacteur). e-mail: redactie@psynip.nl. ISSN: 0033-3115. **Eindcorrectie:** Else de Jonge **Vormgeving:** Curve, grafische vormgeving bNo, Henk Stoffels en Thomas Gaarhuis. **Advertenties, abonnementen en bladmanagement:** Performis Media, telefoon 073 6895889, e-mail: depsycholoog@performis.nl. **Uitgave en ledenadministratie:** NIP-bureau, Postbus 2085, 3500 GB Utrecht. Telefoon 030-8201500 (9.00-17.00 uur). IBAN code: NL81INGB00003788 02, SWIFT code: INGBNL2A.

www.psynip.nl, e-mail: info@psynip.nl. Coverfoto: De coverfoto is gebaseerd op het kunstwerk *Balanceren* van kunstenaar en potzenmaker Jan Ketelaar (www.janketelaar.nl).

Wilt u reageren op een artikel of wilt u een discussie starten naar aanleiding van een artikel in *De Psycholoog*, surf dan naar LinkedIn: <http://alturl.com/wz95u> of op Twitter (@RedactieDP).



BELANGRIJKE ROL FAMILIE EN VRIENDEN

BIPOLAIRE PATIËNTEN EN HUN OMGEVING

Op 14 januari jl. organiseerde Dimence, het Centrum Bipolaire Stoornissen in Deventer, het symposium *De patiënt en zijn omgeving*. Het programma ging via inflammatie en netwerktheorie naar vroeg-signalering en zelfmanagementstrategieën en bood veel nieuwe inzichten en instrumenten voor behandelaars van patiënten met een bipolaire stoornis.

Emeritus-hoogleraar Willem Nolen (UMCG) besprak de eerste resultaten van het *Moodinflammation Consortium*. Patiënten met een bipolaire stoornis hebben opvallend vaak ook een auto-immuunziekte. Beide ziektebeelden hebben een sterke genetische basis, al zijn omgevingsfactoren niet uit te vlakken. Afweercellen in de hersenen zijn te ac-

tief en dragen bij aan een gemoedstoestand lijkend op koorts, vergelijkbaar met die van met name een depressieve episode. Bij kinderen van bipolaire ouders is zelfs in het bloed te zien of ze een verhoogde kans hebben op het ontwikkelen van de stoornis. Misschien dat in de toekomst ontstekingsremmers toegevoegd kunnen worden aan medicijnen als lithium. Omdat in sommige gevallen juist een te traag werkende afweer is gevonden, is verder onderzoek nodig.

De rest van de dag was er veel aandacht voor het verbeteren van het ziekte-inzicht van de patiënt en zijn omgeving. Raphael Schulte, psychiater bij ggz Noord-Holland-Noord, introduceerde een nieuwe cursus psycho-educatie en besprak enkele *do's* en *don'ts*. Een cursus is bijvoorbeeld alleen zinvol bij patiënten die minder dan twaalf epi-

soden hebben meegemaakt.

Lifecharts en signaleringsplannen vormen nog altijd belangrijke pijlers van de behandeling van bipolaire patiënten. In een parallelsessie werd een *eHealth*-toepassing gedemonstreerd die deze vervangt of als toevoeging kan dienen: de *Care Indicator*. Patiënt, naastbetrokkenen en behandelaar geven waarnemingen door aan het programma zodat een beeld ontstaat van de gemoedstoestand. Bij een dreigende episode krijgen naastbetrokkenen en/of behandelaar een waarschuwing.

Het vlammende betoog van psychiater Erwin van Meekeren, werkzaam bij Scelta, om naasten meer bij de behandeling te betrekken sloot hier goed op aan. Een schat van informatie ligt voor het grijpen; juist vrienden en familie zien een episode vaak haarscherp en vroegtijdig aankomen. (IB)

KWESTIE VAN GRIJZE OF WITTE STOF?

VERMINDERD SEKSUEEL VERLANGEN BIJ

Onderzoekers hebben structurele verschillen aangetroffen tussen de hersenanatomie van 29 vrouwen met HSDD (hypoactive sexual desire disorder) en die van zestien vrouwen uit een controlegroep, allen vrouwen zonder geschiedenis van seksueel disfunctioneren.

Voor het onderzoek werkten mensen verbonden aan Emotional Brain, fabrikant van Lybrido en Lybridors

(middelen voor vrouwen met een *sexual arousal disorder*), samen met collega's van de Universiteiten van Amsterdam en Utrecht en het San Diego Center for Sexual Health. Hun proefpersonen waren vergelijkbaar qua leeftijd en socio-economische status.

Dat de verwerking van seksuele prikkels bij minder lustvolle vrouwen anders verloopt dan bij vrouwen die juist veel en vaak zin hebben in seks, was al bekend. Maar de onderzoekers

troffen nu een daarmee correlerend anatomisch verschil aan in de hersenstructuur bij beide groepen. Zo bleken de HSDD-vrouwen, vergeleken met de vrouwen uit de controlegroep, in de hersenschors over minder 'grijze stof' te beschikken. Die is betrokken bij informatieverwerking zoals de waarneming van lichamelijke reacties en van emoties, waaronder seksueel verlangen en opwindings. Dezelfde groep had in andere hersendelen, waaronder de

SCHAP

INPUT COLLEGA'S MOET INTERVENTIES WETENSCHAPPELIJKE MAKEN THERAPEUTISCHE SESSIES VANAF 2015 PEER REVIEWED

Alle psychotherapeutische interventies moeten vanaf 2015 peer reviewed worden, zo luidt het advies van de Stuurgroep 'Evidence-Based Psychotherapie' (SEBP).

Beoogde vragen, mogelijke gedrags-oefeningen en voorgestelde behandelingen moeten voor gebruik in een klinische context online ingediend worden om door vakgenoten 'constructief-kritisch' beoordeeld te worden. 'Het kan niet zo zijn dat je in Nederland als therapeut gewoon mag vragen wat je te binnen schiet,' aldus Johanna Ter Breukel, initiatiefnemer van het voorstel. 'We moeten een kwaliteitsbewakingsmechanisme installeren om te zorgen dat de cliënt de best mogelijke zorg krijgt.'

De maatregel wordt momenteel bij enkele gz-instellingen getest. 'Het

is inderdaad even wennen,' reageert Thomas Polter, therapeut in Rotterdam. 'Ik had iemand onder behandeling die door een uitermate verstoorde relatie met zijn ouders en problemen op zijn werk in een depressie was geraakt. Mijn plan was om, cliëntgericht, dieper in te gaan op de familiesituatie. Dat voorstel heb ik online ingediend. Maar na zes weken kreeg ik respons: een keiharde afwijzing. De reviewers waren unaniem dat ik moest beginnen met CGT met een focus op cognitieve herstructurering, en meer moest doen met de werkomgeving. Dat is even slikken, maar je zult je er toch bij neer moeten leggen.'

Voor reviewers is de kans om feedback te geven een grote verbetering. Johan Almsloot, psychotherapeut te Culemborg: 'Een collega was voornemens narratieve therapie toe te passen om

iemand te helpen bij zingevingproblematiek in een nieuwe baan. Ik vond de beoogde interventie te weinig diepgang bieden, en had bovendien de indruk dat mijn collega niet op de hoogte was van het recente boek dat ik over het onderwerp had geschreven. Ik heb daarom voorgesteld dat ze de vraagstelling uit mijn boek in de interventie verwerkt, om zo voor de cliënt de optimale uitkomst te bewerkstelligen. Je doet wat je kunt, als reviewer.'

Vanaf maart 2015 zal peer review een vereiste worden voor alle vormen van psychotherapeutische interventie. (RvdT)



FOTO: SHUTTERSTOCK

VROUWEN TE ZIEN IN HERSENANATOMIE

amygdala, juist meer van de bij signaaloverdracht betrokken 'witte stof'. Dat kenmerk correleert volgens de onderzoekers met orgasme problemen.

De bevindingen suggereren dat er een samenhang is tussen een verminderde reactie op seksuele stimuli en een verlaagd bewustzijn van lichamelijke reacties daarop enerzijds en de aange troffen anatomische verschillen anderzijds. De vraag of het eerste een gevolg is van het laatste of dat de causale relatie

juist omgekeerd is, laten de onderzoekers vooralsnog onbeantwoord. (EdJ)

Bron: Bloemers, J., Scholten S. et al. (2013), Reduced Gray Matter Volume and Increased White Matter Fractional Anisotropy in Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, doi:10.1111/jsm.12410.



PROMOTIES

AANPAK VAN OORSUIZEN

Ongeveer 60.000 mensen in Nederland hebben zodanig last van tinnitus (oorsuizen) dat ze niet goed meer kunnen functioneren. Iris Nowak-Maes onderzocht de invloed van tinnitus op aan gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven en kosten, aan de hand van een klinische studie waarin de (kosten) effectiviteit van een gespecialiseerde cognitieve gedragstherapeutische behandeling vergeleken werd met conventionele geluidstherapie. Het bleek dat die invloed aanzienlijk is. De gemiddelde maatschappelijke kostenpost was € 6,7 miljard, of € 5,315 per patiënt per jaar. Daarbij bleek dat de cognitieve gedragstherapie tot een significante verbetering van kwaliteit van leven leidde. Bovendien werd deze therapie als meer kosteneffectief bevonden dan de conventionele geluidstherapie.

Iris Nowak-Maes, *Tinnitus; assessment of quality of life & cost-effectiveness*. Universiteit Maastricht, 22 januari 2014. Promotoren: prof.dr. M. Peters, prof.dr. B. Kremer en dr. M. Joore, dr. L. Anteunis

VERZUIMBEGELEIDING EN PSYCHISCHE KLACHTEN

De begeleiding van medewerkers die vanwege ziekte hun werk verzuimen is een belangrijke taak voor de bedrijfsarts. Een eenzijdige focus op snelle terugkeer naar werk brengt het risico met zich mee dat zieke medewerkers te vroeg het werk hervatten. Uit het onderzoek van Peter Flach blijkt dat psychische klachten vaker dan andere klachten samengaan met langdurig verzuim, een grotere kans op baanverlies tijdens verzuim en minder functioneren in het jaar na de werkhervatting. Tevens blijkt dat psychische klachten niet vaker terugkomen dan andere klachten. Een gebrek aan ondersteuning door de leidinggevende kan samengaan met een grotere kans op baanverlies en op nieuw verzuim door dezelfde diagnose. Medewerkers die zichzelf als gezond beschouwen geven aan dat hun functioneren in het werk na werkhervatting ook beter is.

Peter Flach, *Sick leave management beyond return to work*. Rijksuniversiteit Groningen, 8 januari 2014. Promotoren: prof.dr. J.W. Groothoff, prof.dr. U. Bültmann

SPEELGOEDLOZE BABY'S LATER ANGSTIG

Kinderen die in hun eerste levensmaanden geen speelgoed hebben dat bij hun leeftijd past, hebben als peuter meer kans op emotionele problemen dan leeftijdsgenootjes die dit speelgoed als baby wel binnen handbereik hadden. Dat constateert Jolien Rijlaarsdam op basis van een grootschalig observatieonderzoek bij gezinnen thuis. Eerder onderzoek toont aan dat de sociaal economische status van gezinnen sterk verband houdt met de emotionele ontwikkeling van jonge kinderen. 'Ik constateerde dat de speel- en leeromgeving van baby's dit verband gedeeltelijk verklaart,' aldus Rijlaarsdam, 'en dus bijdraagt aan een beter begrip ervan. Nu uit mijn onderzoek blijkt dat speelgoed al zo jong van invloed is op emotionele problemen, kunnen ouders en verzorgers hierop alert zijn'.

Jolien Rijlaarsdam, *The early child-rearing environment and child development*. Erasmus Universiteit Rotterdam, 22 januari 2014. Promotoren: prof.dr. H. Tiemeier, prof.dr. F.C. Verhulst en dr. G.W.J.M. Stevens

Naim Jerliu, *Neural Coding of Speaker Identity - Methodological and Empirical Contributions*. Universiteit Maastricht, 16 januari 2014. Promotoren: prof.dr. E. Formisano en dr. G. Valente, dr. M. Bonte

Ilja Cornelisz, *School Choice, Competition and Achievement; Dutch compulsory education*. Universiteit Maastricht, 15 januari 2014. Promotoren: prof. dr. W. Groot, prof.dr. H. Maasen van den Brink, prof.dr. H.M. Levin



KENNIS IS VOOR IEDEREEN

Wetenschap is een raar bedrijf. Ga maar na, de belastingbetaler zorgt ervoor dat wetenschappers hun werk kunnen doen, de wetenschappers voeren hun onderzoek uit en doen er verslag van in een manuscript. Ze sturen het manuscript naar een tijdschrift waar het wordt beoordeeld door collega's (onbezoldigde reviewers en een laag bezoldigde editor). Vervolgens giet de uitgever van het tijdschrift het manuscript in een bepaalde vorm en vraagt dan \$35.95 aan een ieder die het lezen wil, inclusief de belastingbetaler en de auteur zelf. Een sigaar uit eigen doos dus. En dan nog wel een sigaar waarvoor de hoofdprijs moet worden betaald. Hoe kan dit?

Het is een overblijfsel uit de tijd toen er nog uitgevers nodig waren in de wetenschap. Artikelen werden gezet en gedrukt op papier in een wetenschappelijk tijdschrift dat door de uitgever werd verspreid onder de abonnees, een door het internet achterhaalde gang van zaken. Artikelen kunnen nu direct worden verspreid. Uitgevers zijn daar dan ook druk mee bezig en hechten daarom zelf minder belang aan papieren versies van hun tijdschriften. Dat bleek wel toen ik een tijdje geleden, als hoofdredacteur van *Acta Psychologica*, een bericht van de uitgever ontving dat besloten was de gedrukte versies van de tijdschriften niet meer toe te sturen aan de redacteurs van diezelfde tijdschriften. Alles kon immers online gevonden worden.

In feite zijn uitgevers dus overbodig geworden voor het verspreiden van wetenschappelijke artikelen. Maar voor die overbodigheid laten ze de belastingbetaler diep in de buidel tasten en de onderzoekers voor niets vrijwel al het werk doen. Dit verklaart de in razend tempo toenemende populariteit van open access-tijdschriften zoals *PLoS ONE*, het grootste wetenschappelijke tijdschrift ter wereld. *PloS* staat voor *Public Library of Science*. En dat is precies wat het is: alle artikelen zijn vrij toegankelijk voor iedereen. Zo hoort het natuurlijk ook. Kennis is van ons allemaal, niet van een paar uitgevers die deze kennis niet eens hebben vergaard.

Open access-tijdschriften zijn dus een goede ontwikkeling. Maar niet alles is rozengeur en maneschijn. Zo moeten auteurs betalen om hun artikel gepubliceerd te krijgen (nadat het geaccepteerd is voor publicatie). Bij *PloS ONE* is het bedrag redelijk en wordt het artikel ook geplaatst als men aangeeft het bedrag niet volledig te kunnen ophoesten. Maar bij andere tijdschriften kunnen de kosten oplopen tot in de duizenden euro's.

Een gerelateerd probleem is dat beunhazen open access-tijdschriften hebben ontdekt als geldkoeien. Onderzoekers worden dan ook gespamd met onzinnige verzoeken om een bijdrage te leveren aan dubieuze nieuwe tijdschriften. Zo werd ik gevraagd een artikel te schrijven voor een plantkundig tijdschrift. Nu kan ik heel verdienstelijk een cactus van een zonnebloem onderscheiden, maar dit lijkt me toch onvoldoende achtergrond voor een solide bijdrage aan de botanische literatuur.

Er kleven dus nog wel wat nadelen aan open access, maar al met al is het een hele positieve ontwikkeling die aantoont dat de wetenschap het ook zonder traditionele uitgevers wel redt.



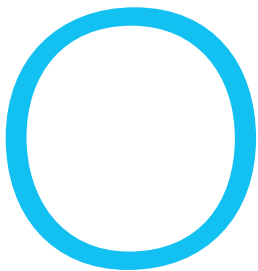
Prof. dr. Rolf Zwaan

is hoogleraar Biologische en Cognitieve Psychologie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Hij blogt (<http://rolfzwaan.blogspot.com/>) en twittert (<https://twitter.com/RolfZwaan>) actief. E-mail: zwaan@fsw.eur.nl.

Behandelingen zijn te zien als een $N=1$ experiment met als centrale vraag of de behandeling heeft gewerkt en hoe. Systematisch onderzoek naar behandelverloop is echter vaak beperkt. Om het gebruik van $N=1$ studies te ondersteunen ontwikkelt de afdeling Ontwikkelingspsychologie van de Universiteit van Amsterdam een webapplicatie om eenvoudig een overzicht te krijgen van behandelvoortgang van individuele cliënten.

(HOE) HEEFT DE BEHANDELING GEWERKT?

N=1 STUDIES IN ONDERZOEK EN PRAKTIJK



onderzoekers gebruiken vaak groepsvergelijkend onderzoek: *Randomized Controlled Trials* (RCT's). Hiermee testen ze of een behandeling effectiever is

in een behandelgroep vergeleken met een controlegroep. De controlegroep ontvangt hierbij dan doorgaans geen of een andere behandeling. RCT's worden vaak beschouwd als de gouden standaard voor het evalueren van behandelingen; dit type onderzoek heeft dan ook de grootste wetenschappelijke bewijskracht (Van den Berg & Schoemaker, 2010).

Therapeuten toetsen de werkzaamheid van behandelingen echter op kleinere schaal, namelijk op het niveau van de individuele cliënt. Er wordt gebruik gemaakt van onder meer vragenlijsten, interviews en kwalitatieve evaluaties zoals observaties. Systematisch onderzoek in de praktijk is echter vaak beperkt (Sapyta, Riemer & Bickman, 2005). Therapeuten hebben vaak de tijd of juiste middelen niet om het behandelverloop en de werkzaamheid van een behandeling uitgebreid in kaart te brengen (Nash et al., 2011). Veelal wordt de problematiek alleen voorafgaand aan een behandeling gemeten, met soms een extra meting halverwege en aan het eind van een behandeling. Hoewel dit inzicht geeft in hoeverre er klachten zijn en of de klachten zijn veranderd over de tijd, biedt dat

weinig specifieke informatie over het behandelverloop.

Het inbouwen van meerdere meetmomenten zou het mogelijk maken om specifiekere uitspraken te doen over de eventuele verandering in gemeten klachten. Cliënten reageren namelijk meestal niet identiek op behandelingen. Hieruit volgt dat de behaalde vooruitgang waarschijnlijk ook niet gelijk is tussen cliënten; dat hangt onder meer af van de ernst van de klachten (Brown & Jones, 2005). Daarnaast is het goed voorstelbaar dat sommige onderdelen van een behandeling tot betere resultaten leiden bij de ene cliënt dan bij een andere cliënt. Zo zal depressieve cliënt X meer gebaat zijn bij gedragsactivatie, terwijl cliënt Y profijt ondervindt van het uitdagen van negatieve gedachten. Meerdere meetmomenten maken het mogelijk om het behandelverloop en effectieve behandeltechnieken in kaart te brengen.

Door frequenter te meten bij een individu ontstaat er als het ware een N=1 studie. Verkregen informatie kan gebruikt worden om de behandeling optimaal in te richten en maximaal resultaat te verkrijgen. De N=1 methode is zo een mooie manier om de werkzaamheid van behandelingen te onderzoeken in de praktijk. Zodoende worden onderzoek en de klinische praktijk dichter bij elkaar gebracht; mogelijk kan de N=1 methode gebruikt worden om de kloof tussen die twee te overbruggen.

RCT's worden vaak beschouwd als de gouden standaard voor het evalueren van behandelingen

In dit artikel bespreken we een aantal kenmerken van N=1 studies. Ook presenteren we een webapplicatie in ontwikkeling die gebruikt kan worden om N=1 studies uit te voeren in zowel de onderzoeks- als klinische praktijk.

KENMERKEN

Wat zijn N=1 studies? Kort gezegd gaat het om studies waarbij de ernst van de klachten doorlopend wordt gemeten bij één cliënt tijdens de baseline (de fase voorafgaand aan behandeling) en de behandeling. Dit kan geschikte informatie opleveren om te achterhalen of en wanneer de behandeling werkt (Nash et al., 2011).

Meestal worden er een aantal kenmerken van N=1 studies genoemd. Allereerst dat de analyses op het niveau van één cliënt worden uitgevoerd. Dit houdt in dat de N=1 studie kan bestaan uit slechts één deelnemer. Hierbij is elke deelnemer zijn eigen controle: de ernst van de klachten bij baseline wordt vergeleken met de ernst van de klachten gedurende en na afloop van de behandeling (Horner et al., 2005).

Om meer overtuigende bewijzen te vinden voor de werkzaamheid van een behandeling, is het mogelijk om een reeks N=1 studies uit te voeren. Bij meerdere deelnemers wordt dan dezelfde onderzoeksvraag gesteld. De gevonden resultaten kunnen bij elkaar worden gevoegd en gelden als hardere bewijzen voor de werkzaamheid van de behandeling (Maric, Wiers & Prins, 2012; Van Yperen & Veerman, 2008).

Een tweede kenmerk van N=1 studies is *regelmatig en betrouwbaar meten*. Het is noodzakelijk dat er voldoende metingen worden gedaan; deze informatie is nodig om een goed beeld te krijgen van het patroon van functioneren. Pas als dat in kaart is gebracht, kan de werkzaamheid van de behandeling op een betrouwbare manier worden vergeleken

met eerder gevonden resultaten (Horner et al., 2005). Daarnaast is het belangrijk dat de meetinstrumenten die gebruikt worden valide en betrouwbaar zijn, zodat het functioneren van de persoon op een accurate manier in kaart kan worden gebracht (Horner et al., 2005; Rivzi & Nock, 2008).

Ten derde: *duidelijk gedefinieerde fasen*. In een N=1 studie bestaat er een baselinefase (genaamd A) wanneer er geen behandeling plaatsvindt en een fase wanneer er wél een behandeling plaatsvindt (genaamd B). Het is belangrijk om een baselinefase te hebben, zodat het functioneren van de cliënt tijdens de behandeling kan worden vergeleken met een fase waarin geen behandeling plaatsvindt. Het onderzoek wordt zodoende experimenteel van aard, in tegenstelling tot beschrijvend of correlatieel onderzoek (dat de samenhang tussen variabelen beschouwt). Hierdoor is het beter mogelijk om causale relaties tussen de onafhankelijke variabele (bijvoorbeeld behandeling) en afhankelijke variabele (bijvoorbeeld functioneren cliënt) te bepalen (Horner et al., 2005).

Er kan ook gekozen worden voor variaties op het standaard AB-design. Een mogelijke uitbreiding is het A-B-C-design, waarbij de cliënt na de baselinefase A opvolgend twee verschillende behandelingen krijgt – bijvoorbeeld relaxatie-training (fase B) en cognitieve therapie (fase C). Het voordeel van dit design is om de werkzaamheid van twee verschillende interventies met elkaar te vergelijken binnen één cliënt. Een andere mogelijkheid is het A₁-B₁-A₂-B₂-design. Deze opzet begint met een baselinefase (A₁), waarna behandeling in gang wordt gezet (B₁). Als de behandeling vervolgens wordt afgebroken, ontstaat er een nieuwe baselinefase (B₂) waarna de behandeling weer kan worden opgestart (B₂).

Niet elk design is, vanuit praktisch of ethisch oogpunt, geschikt voor de klinische praktijk. Het is bijvoorbeeld lastig om de behandeling af te breken bij een depressieve cliënt. Toevalsfactoren, zoals ziekte van de therapeut of cliënt of vakanties, kunnen situaties creëren waarbij er spontaan een tweede baselinefase ontstaat. Hermans c.s. beschrijven voor de praktijk geschikte N=1 designs (Hermans, Eelen & Orlemans, 2007).

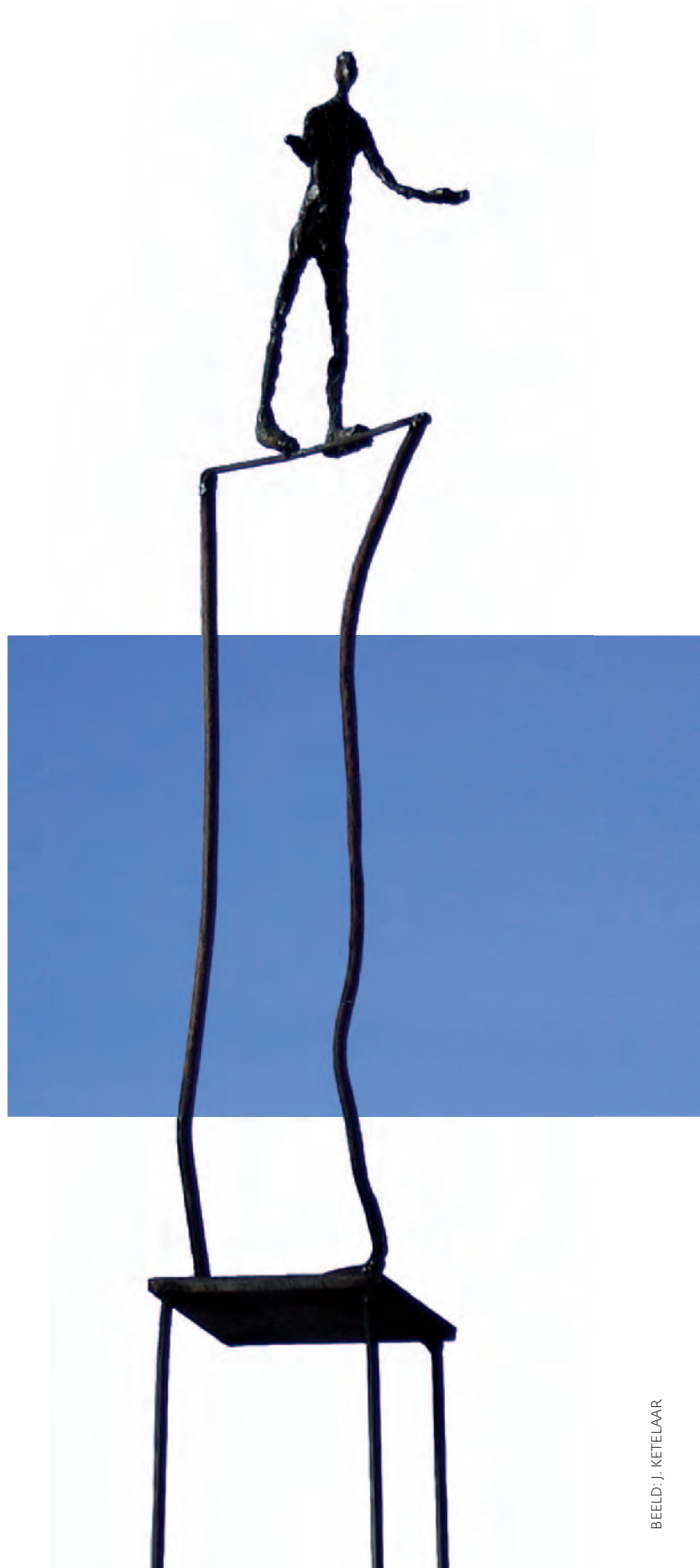
ANGSTSTOORNIS EN ADHD Een illustratie van een N=1 studie is het onderzoek van Jarrett en Ollendick (2012) waarbij een behandeling voor kinderen met een comorbide angststoornis en hyperactiviteitsstoornis (ADHD) werd geëvalueerd. De behandeling is samengesteld uit een protocol voor ADHD en op een familiegebaseerde behandeling voor kinderen met

angstklachten. De volgende elementen staan centraal in de behandeling: oudertraining, speciale tijd voor het verbeteren van de wisselwerking tussen ouder en kind, gebruik van *time-outs*, psycho-educatie voor ouder en kind over angst, cognitieve herstructurering en *exposure*. Resultaat was een behandelprotocol met tien wekelijkse sessies.

Het onderzoek betrof een serie N=1 studies met dezelfde onderzoeksvraag bij acht kinderen met een leeftijd tussen de acht en twaalf jaar. Er werd gebruik gemaakt van een A (baseline)-B (behandeling)-design, de lengte hiervan varieerde tussen de twee en vier weken. Tijdens de baseline en de twee follow-upmomenten (na één week en na zes maanden) werd een uitgebreid interview afgenomen om een inschatting te kunnen maken van de aanwezige problematiek. Verder werd tijdens de baselinefase, de twee follow-upmomenten en tijdens de wekelijkse sessies verandering gemeten in twee variabelen, namelijk angstklachten en ADHD-klachten. Zo werd nagegaan of er na de behandeling nog steeds sprake was van klachten. Uit de resultaten bleek dat de fase waarin de behandeling voor ADHD en angstklachten gegeven werd, effectiever was in het verlagen van klachten dan de baselinefase. Al met al heeft deze studie enige evidentie verzameld voor de werkzaamheid van deze gecombineerde behandeling.

Dit onderzoek is een mooi voorbeeld van hoe een N=1 studie gebruikt kan worden voor het onderzoeken van een vernieuwende behandeling. Zo neemt het bewijs toe dat de gelijktijdige behandeling van ADHD en angststoornis bevorderlijk werkt voor een afname van de klachten, en mogelijk executief functioneren. Deze N=1 studie heeft een toegevoegde waarde, aangezien nog weinig bekend is over de behandeling van comorbide angst en ADHD. Bovendien is het de eerste gecontroleerde studie die volledig gebruik maakt van behandel-elementen, zoals voorgesteld in de afzonderlijke protocollen voor angststoornis en ADHD (Jarrett & Ollendick, 2012).

WERKZAAM Naast het gebruiken van N=1 studies voor het testen van nieuwe behandelprocedures kunnen N=1 studies ook worden gebruikt om de doeltreffendheid van bestaande empirisch gevalideerde behandelingen te toetsen in de klinische praktijk. Hoewel de gevonden resultaten minder sterk zijn dan in RCT's, kunnen de resultaten van verschillende N=1 studies worden samengenomen en het mogelijk maken om uitspraken te doen die met een grotere waarschijnlijkheid gelden voor een grotere groep mensen (Maric et al., 2012; Van Yperen & Veerman, 2008). Zo heeft de *Task Force of the Society*



of *Clinical Psychology*, een onderdeel van de *American Psychological Association (APA)*, in 1995 besloten om behandelingen die getest zijn in negen gerepliceerde N=1 studies het predicaat van ‘werkzaam’ te geven. Het predicaat ‘werkzaam’ is het hoogste kwalificatieniveau voor een interventie (Van Yperen & Veerman, 2008)

WERKINGSMECHANISMEN

Naast de vraag ‘Is mijn behandeling effectief?’ kunnen met N=1 studies ook vragen naar veranderingsprocessen worden onderzocht. Het gaat dan dus om vragen als ‘Hoe werkt mijn behandeling?’ en ‘Wat moet er veranderen – bijvoorbeeld in cognities, gedrag, en/of gevoel – zodat positieve behandeluitkomsten bereikt kunnen worden?’

Dit zijn vragen naar werkingsmechanismen van behandeluitkomsten (Maric et al., 2012; MacKinnon, 2008). Werkingsmechanismen zijn processen waardoor de behandeling effect behaalt. Ze vormen de causale link tussen behandeling en uitkomst. Door onderzoek naar werkingsmechanismen kunnen mogelijk effectieve behandelcomponenten geïdentificeerd worden die kunnen leiden tot veranderingen in klachten. Er kan in dit geval worden besloten om behandelcomponenten te verwijderen die geen invloed hebben op de klachten. Dit kan de behandeling effectiever, korter en kostenefficiënter maken (Maric et al., 2012; Kazdin, 2007; Kraemer et al., 2002).

Het onderzoeken van mogelijke werkingsmechanismen heeft zin als er voldaan is aan een aantal voorwaarden. Allereerst dient de deelnemer de behandeling te hebben ontvangen. Daarnaast moet er tijdens de behandeling verbetering op zijn getreden in de onderzochte klachten. Ten derde moet er worden aangetoond dat er verandering is opgetreden op het voorgestelde werkingsmechanisme en, ten vierde, dat de verandering op dit mechanisme voorafging aan het behandeldeffect (Gaynor & Harris, 2008; Johansson & Höglend, 2007).

Stel een behandeling voor depressieve klachten (bijvoorbeeld cognitieve therapie) bij cliënt X wordt onderzocht; de verwachting is dat het veranderen van negatieve gedachten het proces is waardoor de depressieve klachten verminderen. Dan dienen er vier zaken aangetoond te worden. Allereerst moet cliënt X cognitieve therapie hebben ontvangen als behandeling en dienen zijn of haar depressieve klachten te zijn afgenomen tijdens de behandeling. De volgende stap is aantonen dat er tijdens de behandeling verandering heeft plaats gevonden in het werkingsmechanisme, in dit geval de negatieve gedachten. De laatste stap is laten zien dat de

verandering in het werkingsmechanisme – negatieve gedachten – voorafgaat aan (een deel van) de afname in depressieve klachten (Gaynor & Harris, 2008).

Het aantonen van deze temporele relatie tussen behandeling, werkingsmechanisme en behandeldeffect is belangrijk. Zo kan worden gestaafd dat juist door het gebruik van een bepaalde behandeltechniek (bijvoorbeeld cognitieve therapie) klachten bij de cliënt zijn veranderd (bijvoorbeeld negatieve cognities) en dat dit heeft geleid tot minder depressiviteit (Kazdin & Nock, 2003).

DEPRESSIEVE STOORNIS Een mooi voorbeeld van een N=1 studie naar werkingsmechanismen van een behandeling is de studie van Gaynor & Harris (2008). Vier adolescenten met een depressieve stoornis krijgen een behandeling van twaalf sessies. De behandeling bestaat uit psycho-educatie en gedragsactivatie. De variabelen ‘activatie’ en ‘disfunctioneel denken’ worden geëvalueerd gedurende de behandeling. Hiermee wordt onderzocht of één van de twee de relatie verklaart tussen het behandellement gedragsactivatie en de verandering in depressieve klachten. Tijdens de baseline-periode, één week na afloop van de behandeling en tijdens de follow-up, is een uitgebreide inventarisatie uitgevoerd om depressieve klachten, automatische negatieve gedachten en copingstijlen te meten. Om veranderingen in het probleemgebied in kaart te brengen tijdens de behandel fase werden, voorafgaand aan elke behandel sessie, de depressieve klachten, de automatische negatieve gedachten over zelfconcept en verwachtingen, en twee coping stijlen gemeten.

In lijn met de theorie (bijv. Hopko et al., 2003) laat het verloop in de data zien dat gedragsactivatie niet lijkt te werken via verandering in negatieve cognities. Het verloop in de data geeft aanwijzingen dat de verhoogde activiteit, die bij het merendeel werd bereikt door het behandellement gedragsactivatie, in de helft van de gevallen tot veranderingen in depressieve klachten leidde (zie figuur 1 en 2). Dit onderzoek geeft weer hoe in een N=1 studie werkingsmechanismen van een behandeling op kleine schaal nauwkeurig kunnen worden bestudeerd.

BRUG ONDERZOEK EN PRAKTIJK

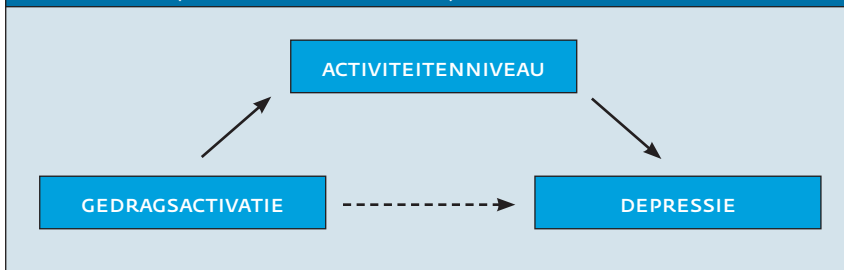
De kloof tussen onderzoek en praktijk kenmerkt zich onder meer door de controverse over de klinische toepasbaarheid van behandelingen die zijn ontwikkeld met RCT's (Cautin, 2011). Zo kijken RCT's naar verschillen tussen individuen; op die manier wordt getracht universele wetten op te stellen die gelden voor alle individuele leden van een populatie

(Hamaker, Dolan & Molenaar, 2005). Conclusies over een individu, op basis van resultaten verkregen in een populatie, worden soms echter in twijfel getrokken (Hamaker et al., 2005; Molenaar, 2004). De N=1 methodologie zou beter aansluiten bij de klinische praktijk (Van Yperen & Veerman, 2008).

Echter, ook de N=1 methodologie heeft nadelen. Zo hebben gegevens verkregen met een N=1 studie een lagere bewijskracht dan gegevens uit een RCT (Van den Berg & Schoemaker, 2010). In plaats van de twee onderzoeksmethodes tegenover elkaar te zetten, lijkt het slimmer om de methodes naast elkaar te zetten en te bekijken hoe ze elkaar kunnen aanvullen.

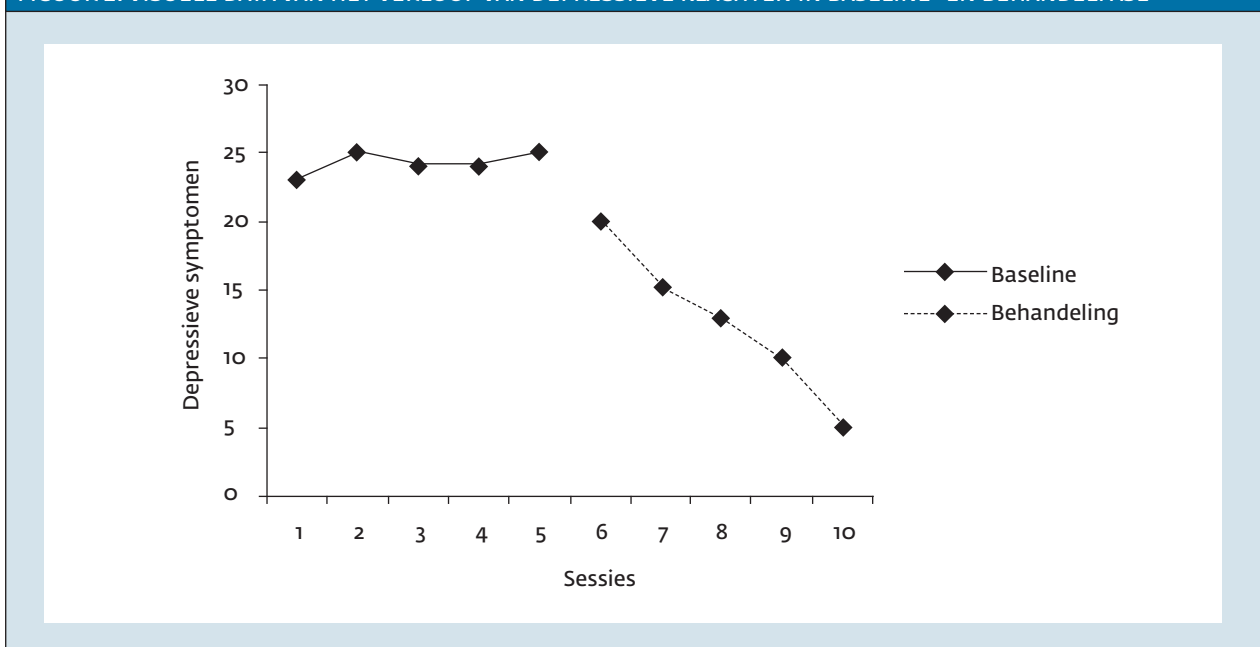
Een gebied waarop de twee methodes elkaar zouden kunnen aanvullen, is bijvoorbeeld het onderzoek naar werkingsmechanismes. Veel onderzoek is voorhanden over de werkzaamheid van verschillende behandelingen, er is echter minder bekend over hoe en waarom een behandeling werkt (Kazdin, 2007). Dit zou een belangrijke volgende stap zijn in effectonderzoek, aangezien het zou helpen om behandelprotocollen te verbeteren en behandelingen beter te laten aansluiten bij cliënten (Keefe et al., 2002). Er zou begonnen kunnen worden met het gebruik van N=1 studies om mogelijke werkingsmechanismes te achterhalen. Zo kan er onderzoek gedaan worden dat aansluit bij de klinische praktijk. De praktijk doet hiermee dienst als natuurlijk

FIGUUR 1. HET MODEL VAN WERKINGSMECHANISMEN VAN GEDRAGSACTIVATIE BIJ DEPRESSIE (GAYNOR & HARRIS, 2008).



De praktijk kan dienst doen als natuurlijk laboratorium

FIGUUR 2. VISUELE DATA VAN HET VERLOOP VAN DEPRESSIEVE KLACHTEN IN BASELINE- EN BEHANDELFASE



laboratorium voor het identificeren van veelbelovende werkingsmechanismes (Nash et al., 2011).

Diverse voordelen zijn verbonden aan het gebruik van N=1 studies. De omgeving waarbinnen de studie wordt uitgevoerd is allereerst aan minder methodologische eisen onderhevig. Zo hoeft er niet altijd een controlegroep te zijn, de cliënt is immers zijn eigen controle (Horner et al., 2005). Daarnaast kunnen werkingsmechanismes in heterogene groepen worden onderzocht, dus bijvoorbeeld in groepen met een hoge comorbiditeit (Rizvi & Nock, 2008). Een tweede voordeel is dat analyses op individueel niveau worden uitgevoerd, waardoor er geen informatie verloren gaat (Barlow, Nock & Hersen, 2009; Kazdin, 2008). En een derde voordeel: N=1 studies worden op kleine schaal uitgevoerd. Dat is financieel gunstiger en zal de start van het onderzoek waarschijnlijk versnellen. Door deze voordelen is het voor therapeuten waarschijnlijk eerder haalbaar om de onderzochte behandeling toe te passen.

Met andere woorden, er kan gezocht worden naar welke mechanismen van de behandeling effect sorteren. De werkingsmechanismes die naar voren komen in N=1 studies, kunnen daarna op grotere schaal worden onderzocht in RCT's, die in tegenstelling tot N=1 studies hypothesetoetsend van aard zijn. Dit geeft goed weer hoe N=1 studies en RCT's elkaar

kunnen aanvullen: de N=1 studie identificeert mogelijke werkingsmechanismes (hypothesevormend), de RCT toetst dit op grote schaal en zorgt hiermee voor grotere bewijskracht (hypothesetoetsend). Zo wordt optimaal gebruik gemaakt van de sterke kanten van beide methodes en worden onderzoek en praktijk meer met elkaar geïntegreerd.

Die integratie volgt mogelijk eveneens uit een ander proces. Voor therapeuten is het namelijk belangrijk dat er in een behandeling wordt gekeken naar complexiteiten die samenhangen met de wisselwerking tussen behandeling, omgeving, therapeut en cliënt (Kelley & Bickman, 2009). Binnen N=1 studies is hier ruimte voor; elke persoon kan bekeken worden als uniek systeem van interacterende dynamische processen (Molenaar, 2004). Deze gegevens kunnen later worden meegenomen in RCT's. Zodoende kan de kennis over behandelingen toenemen en de cliëntenzorg verbeterd worden.

Het begin van de verbinding tussen praktijk en onderzoek is reeds gelegd, bijvoorbeeld in de onderwijscurricula van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (vgct). Een onderdeel van de opleiding is het schrijven van een verslag over een N=1 casus. Echter, deze studies meten vaak alleen het klachtniveau aan het begin en aan het einde van een behandeling. De verkregen informatie uit deze metingen wordt daarnaast voornamelijk beschrijvend gebruikt in verslagen; zelden worden de gegevens kwantitatief bekeken. In de praktijk is het echter lastig om klachten frequent te meten; zo ervaren therapeuten vaak een hoge werkdruk en moet er in een sessie veel gebeuren.

Uit onderzoek blijkt dat herhaaldelijk meten wél bijdraagt aan verbetering van behandeluitkomsten (Knaup et al., 2009; Lambert et al., 2005). Een verklaring kan zijn dat therapeuten meer aandacht hebben voor een cliënt als de feedback aangeeft dat de cliënt niet verbetert (Lambert et al., 2005). Het is dus belangrijk het meetproces te vereenvoudigen, zodat herhaaldelijk meten mogelijk is en het klachtenverloop inzichtelijker wordt.

ROUTINEMATIG METEN

Een methodiek die herhaaldelijk meten mogelijk maakt, is *Routine Outcome Monitoring* (ROM; Buwalda et al., 2011; Van der Feltz-Cornelis, Volker & De Heer, 2010). ROM kan gebruikt worden om gegevens te verzamelen over stoornis, cliënt en behandeluitkomsten. Deze gegevens worden verzameld door afname van één of enkele vragenlijsten, die ten minste voor en na de behandeling worden afgenomen (Van der Feltz-Cornelis et al., 2010). ROM heeft als primaire



SEMT zal het voor therapeuten mogelijk maken N=1 studies uit te voeren

doel dat deze gegevens gebruikt worden ter ondersteuning en optimalisering van een individueel behandeltraject.

Dit doel heeft echter nog geen optimaal niveau bereikt. Vaak wordt enkel een voor- en nameting gedaan en wordt het behandelverloop niet tussentijds gemeten (Van der Feltz-Cornelis et al., 2010). Hierdoor ontbreekt inzicht in wat tot verandering van klachten heeft geleid; zo kunnen geen causale verbanden worden gelegd tussen behandeling en uitkomst. Zo worden werkingsmechanismen dus niet zichtbaar.

Naast dat metingen weinig frequent worden uitgevoerd, beschikken ze over weinig specificiteit en lijken ze niet geïntegreerd te zijn met de behandeling. Hierdoor lijkt ROM nog weinig aan te sluiten bij de N=1 opzet. Verder is er in de praktijk weinig ruimte en tijd om de metingen met ROM uit te voeren en/of te interpreteren, dit gaat uiteraard aan zijn doel voorbij. Dergelijke systemen dienen snel en eenvoudig toegepast en geïnterpreteerd te kunnen worden, zodat ze gebruikt kunnen worden in een werkveld met een grote werkdruk.

SEMT

Aan de afdeling Ontwikkelingspsychologie van de Universiteit van Amsterdam wordt in samenwerking met Loek Peute, vrijgevestigd arts en psychotherapeut, een webapplicatie ontwikkeld. De ontwikkeling van deze applicatie wordt ondersteund door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) in het kader van het Meerwaarde-project. Deze webapplicatie, genaamd Systeem voor Effectief Meten en Therapie (SEMT), zal het voor therapeuten mogelijk maken om in de praktijk N=1 studies uit te voeren.

Met behulp van SEMT kunnen klachten gemeten worden op frequente basis (bijvoorbeeld eenmaal per week of dagelijks). Cliënt en therapeut kunnen met elkaar afstemmen wat de frequentie van de metingen zal zijn. De therapeut moet dit eenmalig invoeren in SEMT en vanaf dat moment worden automatisch de gekozen vragenlijsten en/of vragen beschikbaar gesteld voor de cliënt. De frequentie van afname staat in contrast met de ROM, waarbinnen vaak enkel een voor- en een nameting worden uitgevoerd.

Een ander onderscheid tussen SEMT en ROM is te vinden in het type meting. Met ROM worden vragenlijsten volledig afgenomen, terwijl het bij SEMT ook mogelijk is om losse vragen of een zelf samengestelde vragenlijst af te nemen. Hierdoor kan het verloop van de specifieke klachten van een cliënt nauwkeuriger in kaart worden gebracht. Daarnaast kunnen behandelingen op basis van deze gegevens worden aangepast, als er aanwijzingen zijn dat dit nodig is. Denk aan een zichtbare toename van klachten als er een nieuw behandelelement wordt toegevoegd. Als deze inzichten in wat een positief of een negatief effect heeft op de cliënt gebruikt worden om behandeling aan te passen of bij te stellen, dan zal het resultaat van de behandeling naar verwachting beter worden.

TIJD(REEKSANALYSES) De webapplicatie maakt het niet alleen mogelijk om klachten en andere relevante constructen frequent te meten. Ook geeft de applicatie een visuele en statistische analyse van het verloop van deze gegevens over de tijd. Hierdoor is het mogelijk om informatie te verkrijgen over welke elementen van de behandeling voor een effect zorgen bij de cliënt.

Er is voor gekozen om geen standaardmogelijkheden in te bouwen voor randomisatie-toetsen. Een voorbeeld van zo'n toets is het *multiple baseline design*. Hierbij wordt de start van de behandeling afgewisseld tussen individuen. Het voordeel van dit type design is dat eventueel gevonden veranderingen met meer zekerheid kunnen worden toegeschreven aan de behandeling in plaats van aan toeval (Christ, 2007). Toch is hier niet standaard voor gekozen, juist om de flexibiliteit en gebruikersvriendelijkheid van het programma te waarborgen.

Wel zullen de mogelijkheden worden toegelicht tijdens de workshop voorafgaand aan het gebruik van de applicatie. Zodoende is de applicatie bruikbaar voor therapeuten (collega's zonder nadrukkelijke interesse in de wetenschap), door *science-practitioners* (collega's met interesse in praktijk en wetenschap) en door klinische onderzoekers (weten-

schappers die onderzoek naar behandelingen verrichten). De therapeuten kunnen de verkregen gegevens nog steeds statistisch bekijken om te zien of de verandering in de nameting betekenisvol is, vergeleken met de voormeting. Deze gegevens kunnen ze eventueel gebruiken om hun behandeling aan te passen. Collega's die geïnteresseerd zijn in een design, waarbij de uitkomsten een grotere bewijskracht hebben, kunnen een *multiple baseline design* uitvoeren. Bijvoorbeeld door te bepalen wanneer er begonnen wordt met metingen (baseline fase A) en wanneer de behandeling wordt ingezet (behandelfase B). Hierbij kan dan de start van de behandeling worden gevarieerd tussen individuen.

Gegevens verkregen met behulp van SEMT worden geanalyseerd door middel van innovatieve statistische methoden voor N=1 studies. In tegenstelling tot de klassieke tijdreeksanalyses (Barlow et al., 2009) die veel observatiepunten vereisen, kent SEMT een andere manier van analyseren. Hierbij kan gedacht worden aan statistische toetsen zoals gepresenteerd door Borckardt en collega's: *Simulation Modeling Analysis* (SMA). Dit is, kort samengevat, een relatief nieuwe methode om te bepalen in hoeverre de verschillen tussen de meetmomenten statistisch betekenisvol zijn. De methode maakt het mogelijk om deze analyses uit te voeren

bij data waarvan de verzamelperiode relatief kort is en hierdoor geschikt is voor onderzoek naar behandelingen (Borckardt et al., 2008). Voor wie meer wil weten over deze specifieke methode, verwijzen we naar Borckardt en collega's (2008).

Naast de SMA wordt voor de analyses van SEMT ook gedacht aan analyses die ontwikkeld zijn door Maric et al. (in voorbereiding). Met deze analyses kan worden gekeken naar de verschillen tussen de fasen, zowel gemiddelden als eindpunten. De verandering in twee klachten tegelijkertijd, zowel richting en temporele relaties, worden onderzocht met zogeheten *cross-lagged* correlaties. Om vast te stellen in hoeverre de gevonden verandering klinisch betekenisvol is, zal het mogelijk zijn om een *Reliable Change Index* (Jacobson & Truax, 1991) te berekenen.

De statistische analyses worden automatisch uitgevoerd. Gedetailleerde kennis is niet vereist, de therapeut hoeft de methode dus niet zelf toe te passen. Het rapportagesysteem koppelt de resultaten visueel terug in grafieken en geeft inzicht in het klachtenverloop gedurende de behandeling. Deze informatie kan gebruikt worden voor het plannen, evalueren en bijstellen van de behandeling. Deze geavanceerde data-analyse is een duidelijk toegevoegde waarde van

TABEL 1. VERGELIJKING ROM EN SEMT

	ROM	SEMT
Type meting	Bestaande vragenlijsten worden volledig afgenomen. Meten vaak generieke uitkomsten en minder specifieke, behandeling-gerelateerde klachten.	Vragenlijsten en losse vragenlijsten. Gebruiker kan d.m.v. losse vragen ook een eigen vragenlijst samenstellen. Tevens kunnen zelfgemaakte vragen toegevoegd worden. Veel specifieke klachten kunnen gemeten worden gerelateerd aan angst- en stemmingsstoornissen, ADHD, autisme, trauma en verslavings- en slaapproblemen.
Frequentie meting	Voor en na behandeling	Voor, tijdens en na de behandeling. Frequentie tijdens behandeling kan zowel per uur, per dag of wekelijks zijn.
Data-analyse	Geen	Ja: betreft effectiviteit ("werkt de behandeling?") en de werkingsmechanismen ("hoe werkt het, wat moet er veranderen?")
Output	Feedbackrapport inclusief grafieken	Feedbackrapport gebaseerd op de analyses en bestaande uit: (a) grafieken; (b) numerieke waarden; (c) samenvatting in woorden. Statistisch betekenisvolle relaties worden aangegeven en uitgelegd.

SEMT, aangezien eerdere systemen de verzamelde data niet uitgebreid analyseren. Een kort overzicht van de kenmerken van SEMT en hoe deze zich verhouden tot ROM is te vinden in tabel 1.

Eerder zijn er al pogingen geweest om, op basis van de N=1 methodiek, therapeuten te stimuleren meer kwantitatieve methoden te gebruiken om hun behandelingen te evalueren (bijv. Hermans et al., 2007). De methodiek is echter nog niet standaard opgenomen in onderwijsprogramma's of de klinische praktijk. Onderzoekers en therapeuten zijn vaak overweldigd door de praktische en methodologische kenmerken die verbonden zijn aan N=1 studies; dit verhoogt de drempel tot de toepassing van deze studies (Barlow et al., 2009).

Het doel van SEMT is om de N=1 methodiek bij de therapeuten te brengen, zodat zij het verloop en de werkzaamheid van de behandeling meer in detail kunnen bekijken en eventuele werkingsmechanismes kunnen bestuderen en evalueren. Op basis hiervan kunnen therapeuten aanpassingen aanbrengen in hun behandeling om de werkzaamheid te verhogen. Om het gebruik van SEMT te vergemakkelijken organiseert het team van SEMT onderwijsprogramma's om therapeuten en andere geïnteresseerden te

trainen in het gebruik van N=1 methode en SEMT. Het resultaat is een applicatie die inspeelt op het individu en daarnaast herhaalde metingen mogelijk maakt.

CONCLUSIE

Om behandelingen te testen op werkzaamheid wordt in wetenschappelijk onderzoek veelal gebruik gemaakt van *Randomized Controlled Trials*. In de klinische praktijk maakt men meer gebruik van kwalitatieve meetmethodes, vragenlijsten en observaties. Systematisch onderzoek in de klinische praktijk is echter vaak beperkt, waardoor therapeuten weinig specifieke informatie hebben over het behandelverloop.

Het inbouwen van meerdere meetmomenten bij de individuele cliënt, creëert als het ware een N=1 studie die twee dingen mogelijk maakt: het onderzoeken van de werkzaamheid van een behandeling én inzicht krijgen in de vraag waarom een behandeling werkt. N=1 studies kunnen los van RCT's gebruikt worden om, bijvoorbeeld, de werkzaamheid van een type behandeling te onderzoeken bij een kleine groep individuen met minder voorkomende ziektebeelden. De behandeling kan dan het predicaat 'werkzaam' krijgen als de N=1 studie negen keer gerepliceerd is.

Verder kunnen de N=1 studie en de RCT's ook naast elkaar gebruikt worden, om onderzoek naar werkingsmechanismes te versterken en praktijk en onderzoek meer met elkaar te verbinden. Zo kunnen N=1 studies aan het begin van de onderzoeksketen komen te staan en als hypothesevormend onderzoek dienen. In de praktijk kan zo onderzocht worden welke mogelijke mechanismes leiden tot verandering. De volgende stap is het gebruik van RCT's om de eventueel gevonden werkingsmechanismes te onderzoeken op grote schaal. Verkregen kennis kan gebruikt worden om effectieve behandelingen te ontwikkelen en brengt onderzoekers en therapeuten dichter bij elkaar.

De webapplicatie SEMT kan gebruikt worden om N=1 studies uit te voeren in de klinische praktijk. De zo verkregen informatie over het behandelverloop kan onder meer gebruikt worden om behandelingen te evalueren en bij te stellen. De verschuiving van onderzoek bij grote groepen naar het individu maakt het mogelijk om een nauwkeuriger beeld te krijgen van de complexe interacties tussen cliënt, klachten, therapeut en setting. Het individu dient zo als inspiratie om vanuit hem of haar te zoeken naar generalisatie.

Het inbouwen van meerdere meetmomenten maakt specifiekere uitspraken mogelijk over veranderingen in gemeten klachten

OVER DE AUTEURS

Drs. Anke Versluis is als promovendus verbonden aan de Universiteit Leiden. Dr. Marija Maric is universitair docent Klinische ontwikkelingspsychologie bij de Programmagroep Ontwikkelingspsychologie van de Universiteit van Amsterdam. Drs. Loek Peute is arts en psychotherapeut, supervisor VGCT en docent. Correspondentie aangaande dit artikel: Anke Versluis (Faculteit Psychologie, Universiteit Leiden, Wassenaarseweg 52, 2300 RB Leiden, tel.: 071 527 634, e-mail: a.versluis@fsw.leidenuniv.nl) en Marija Maric (Programmagroep Ontwikkelingspsychologie, Universiteit van Amsterdam, Weesperplein 4, 1018 XA Amsterdam, tel.: 020-5258388, e-mail: m.maric@uva.nl).

Summary

SINGLE-CASE EXPERIMENTAL DESIGNS IN RESEARCH AND PRACTICE

A. VERSLUIS, M. MARIC, L. J. M. PEUTE

Systematic research of treatment progress is often limited in clinical practice, for instance due to restricted time. With single-case experimental designs (SCED's) it is possible to study behavior using one or a few individuals. These designs can answer two questions: 1) Does the therapy work? and 2) How does it work? This knowledge can be used to develop or refine treatments, making them more applicable in therapy. Fusing research into practice – using SCED – may be an excellent way to augment information on client care and treatments. Herefore, the University of Amsterdam has developed an online application, together with Loek Peute (physician and psychotherapist), named System for Effective Measurement and Therapy (SEMT). SEMT makes existing knowledge and innovative statistics available, thereby helping therapists to evaluate and plan their treatments.

Literatuur

- Barlow, D., Nock, M.K. & Hersen, M. (2009). *Single case experimental designs: strategies for studying behavior change* (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Berg, M. van den & Schoemaker, C.G. (2010). *Effecten van preventie: deelrapport van VTV 2010 van gezond naar beter*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Borckardt, J.J., Nash, M.R., Murphy, M.D., Moore, M., Shaw, D. & O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research. *American Psychologists*, 63, 77-95.
- Brown, G.S. & Jones, E.R. (2005). Implementation of a feedback system in a managed care environment: what are patients teaching us? *Journal of clinical psychology/in session*, 61(2), 187-198.
- Buwalda, V.J.A., Nugter, M.A., Swinkels, J.A. & Mulder, C.L. (2011). *Praktijkboek ROM in de ggz: een leidraad voor gebruik en implementatie van meetinstrumenten*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Cautin, R.L. (2011). Invoking history to teach about the scientist-practitioner gap. *History of Psychology*, 14(2), 197-203.
- Christ, T. (2007). Experimental control and threats to internal validity of concurrent and nonconcurrent multiple baseline designs. *Psychology in the Schools*, 44(5), 451-459.
- Feltz-Cornelis, C.M. van der, Volker, D. & Heer, E. de (2010). *Routine outcome monitoring: ontwikkelingen in de ggz*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Gaynor, S.T. & Harris, A. (2008). Single-participant assessment of treatment mediators: strategy description and examples from a behavioral activation intervention for depressed adolescents. *Behavior Modification*, 32(3), 372-402.
- Hamaker, E.L., Dolan, C.V. & Molenaar, P.C.M. (2005). Statistical modeling of the individual: rationale and application of multivariate stationary time series analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 40(2), 207-233.
- Hermans, D., Eelen, P. & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie* (6^{de} ed.). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hopko, D.R., Lejuez, C.W., Ruggiero, K. J. & Eifert, G.H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, progress. *Clinical Psychology Review*, 23, 699-717.
- Horner, R.H., Carr, E.G., Halle, J., Odom, S. & Wolery, M. (2005). The use of single-subject research to identify evidence-based practice in special education. *Council for Exceptional Children*, 71(2), 165-179.
- Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Jarrett, M.A. & Ollendick, T.H. (2012, February 6). Treatment of comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety in children: a multiple baseline design analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0027123.
- Johansson, P. & Högglund, P. (2007). Identifying mechanisms of change in psychotherapy: mediators of treatment outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 1-9.
- Kazdin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
- Kazdin, A.E. (2008). Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologists*, 63(3), 146-159.
- Kazdin, A.E. & Nock, M.K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1116-1129.
- Keefe, F.J., Buffington, A.L.H., Studts, J.L. & Rumble, M.E. (2002). Behavioral medicine: 2002 and beyond. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 852-856.
- Kelley, S.D. & Bickman, L. (2009). Beyond outcomes monitoring: measurement feedback systems in child and adolescent clinical practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 363-368.
- Knaup, C., Koesters, M., Schoefer, D., Becker, T. & Puschner, B. (2009). Effects of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 15-22.
- Kraemer, H.C., Wilson, T., Fairburn, C.G. & Agras, W.S. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry*, 59, 877-883.
- Lambert, M.J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J.L. & Hawkings, E.J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: clinical results and practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 165-174.
- MacKinnon, D.P. (2008). *Introduction to statistical mediation analysis*. New York: Taylor & Francis Group.
- Maric, M., Haan, E. de, Hogendoorn, S. M., Wolters, L. & Huizenga, H. M. (in voorbereiding). Advances in analyzing data in single-case experimental designs: Strategy description and an example.
- Maric, M., Wiers, R.W. & Prins, P.J.M. (2012). Ten ways to improve the use of statistical mediation analysis in the practice of child and adolescent treatment research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(3), 177-191.
- Molenaar, P.C.M. (2004). A manifesto on psychology as idiographic science: bringing the person back into scientific psychology, this time forever. *Measurement*, 2(4), 201-218.
- Nash, M.R., Borckardt, J.J., Abbasa, A. & Gray, E. (2011). How to conduct and statistically analyze case-based time series studies, one patient at a time. *Journal of Experimental Psychopathology*, 2(2), 139-169.
- Rivzi, S.L. & Nock, M.K. (2008). Single-case experimental designs for the evaluation of treatments for self-injurious and suicidal behaviors. *Suicide and Life-threatening Behavior* 38(5), 498-510.
- Sapryta, J., Riemer, M. & Bickman, L. (2005). Feedback to clinicians: theory, research, and practice. *Journal of Clinical Psychology/in session*, 61(2), 145-153.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, Division of Clinical Psychology, American Psychological Association. (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Yperen, T.A. van & Veerman, J.W. (2008). *Zicht op effectiviteit: handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Uitgeverij Eburon.

Anders dan je verwacht

Ervaring niet vereist

Door: L. Holtes (2013)

Amsterdam: Podium, 160 p.

Recensent: Michiel van der Wolf



‘Het was de eerste keer dat ik in een tbs-kliniek kwam, ongeveer tien jaar geleden. De nacht ervoor had ik de slaap niet goed kunnen vatten en had me niet meer goed kunnen herinneren waarom ik ook alweer voor mijn stage klinische psychologie mijn vers aangeleerde kennis en kunde wilde oefenen op de meest moeilijke en gevaarlijke doelgroep denkbaar...’

Met deze memoires begin ik al jaren mijn inleidende tbs-college, ik open er ook mijn proefschrift *TBS – veroordeeld tot vooroordeel* (2012) mee. Het had evengoed het begin kunnen zijn van het relaas van Léonie Holtes over haar eerste dag in een tbs-kliniek, zoals opgeschreven in de proloog van haar boek. De ontwikkeling die ze daarin doormaakt, roept bij mij meteen herkenning op. Het dunne motief van een fascinatie op basis van nieuwsberichten, de geringe expertise op basis van één paper over psychopathie en het plotselinge angstige besef daarvan. Vervolgens de verbazing dat het er binnen allemaal zo anders dan verwacht – vooral minder beveiligd – uitziet, dat er zo anders gedacht wordt dan buiten die muren en dat je ondanks blijvende vragen al snel gelijkgestemd denkt.

Een kijkje in een tbs-kliniek is namelijk een confrontatie met je eigen vooroordelen, vooral bepaald door het beeld dat de media ons verstrekken. Maar iedereen die echt een kijkje krijgt – zoals ik ook zie bij de studenten die ik jaarlijks op excursie meeneem – heeft na afloop een reëler beeld van de complexe werkelijkheid. Het is dus niet ‘vooral knap’ van Holtes, zoals Tonie Mudde – de journalist die zich inspande voor de publicatie van het boek en van wie ook het nawoord is – schrijft in zijn recensie, hoe ze ‘afrekent met het clichébeeld van tbs-ers als gevaarlijke gekken’, omdat bij haar iedere tbs-er ‘een uniek individu is met een uniek verhaal’.

Dat is juist inherent aan het reële beeld. Er wordt wel beweerd dat het beeld van ‘monsters’ helpt om de gekte en het kwaad in onszelf te ontkennen en beteugelen. De angst daarvoor vent de politiek handig uit. Alleen al daarom verdient dit boek een groot publiek.

INTUÏTIE

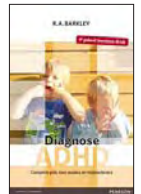
Per bladzijde groeit mijn gevoel van herkenning. Dat komt vooral doordat Holtes zo eerlijk is over haar gevoelens, twijfels en onzekerheden. Ook ik had niet altijd meteen door of ik met een patiënt of behandelaar te maken had; aan uiterlijke kenmerken zijn ze niet altijd te onderscheiden, wel aan

Diagnose ADHD. Complete gids voor ouders en hulpverleners

Door: R.A. Barkley (2013)

Amsterdam: Pearson, 360 p.

Deze geheel herziene editie geeft een compleet overzicht van de meest recente inzichten in de ontwikkeling en het gedrag van kinderen met ADHD. Vol met bruikbare aanwijzingen voor ouders en leerkrachten.



Intercultureel coachen. Nieuwe inzichten voor het ten volle benutten van verschillen

Door: P. Rosinski (2013)

Amsterdam: Pearson, 336 p.

Dit methodisch gefundeerde handboek gaat over het ontdekken, erkennen en ten volle benutten van culturele verschillen. Het biedt allerlei praktische handvatten voor het beter functioneren van samenwerkende personen, teams en organisaties.



Taalstoornissen bij meertalige kinderen. Diagnose en behandeling

Door: M. Julien (2013)

Amsterdam: Pearson, 224 p.

Dit boek beschrijft kenmerken van specifieke taalstoornissen en best practices die in Nederland en daarbuiten gangbaar zijn bij onderzoek en behandeling van meertalige kinderen met een taalstoornis.





Behandeling van volwassenen met een autismespectrumstoornis

Redactie: C. Schuurman, E. Blijd-Hoogewys & P. Gevers (2013)

Amsterdam: Hogrefe, 350 p.

Dit boek bestaat uit vier delen en brengt de huidige stand van zaken in kaart rond volwassenen met ass. Geschreven op basis van klinische ervaring van hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg.



Psychiatrische diagnostiek. De essentie

Door: A. Frances (2014)

Amsterdam: Nieuwezijds, 254 p.

Deze praktische gids helpt de juiste diagnose te stellen en mogelijke valkuilen en fouten te vermijden. Bedoeld voor psychiaters, psychotherapeuten, huisartsen en studenten.



Ontwrichte kinderen in het onderwijs. Een verborgen epidemie

Door: W. de Jong & A. de Jong (2013)

Gent: Pica, 184 p.

Nederlandse kinderen zouden tot de gelukkigste van de wereld behoren, desalniettemin neemt het aantal kinderen in de jeugdzorg toe. De auteurs willen onderwijsprofessionals wijzen op de signalen, risico's en gevolgen hiervan.

een sleutelbos. Daarmee is al vroeg het belangrijkste thema van het boek geopenbaard: de spanning tussen intuïtie, vatbaar voor misleiding, en objectieve gegevens. Ook ik heb ervaren dat mijn beeld van een patiënt soms ernstig werd bijgesteld na het zien van gruwelijke foto's van het plaats delict uit het strafdossier. Ook ik heb gemerkt dat verschillende behandelers daarover een ander advies gaven: bekijk ze meteen, bekijk ze na een maand, bekijk ze nooit.

Datzelfde gold voor de vraag hoeveel afstand je tot de patiënten moet bewaren. Spreek je ze aan met u? Rook je een sigaretje met ze? Voetbal je mee? Wat vertel je over jezelf? De visie van een collega was eerlijk te reageren op vragen, om niet te benadrukken dat zij anders zijn of dat je bang bent. En toch hield ik mijn mond toen een serieverkrachter tijdens een interne kerstmarkt vroeg of ik dat mutsje in mijn handen voor mijn vriendin had gekocht.

Ook Holtes constateert: er zijn geen regels voor, iedereen doet maar naar gelang eigen visie of waar men zich prettig bij voelt. Pas echt verbaasd is ze, wederom conform mijn ervaring, als blijkt dat ook vaak op dergelijke intuïtie wordt gevaren in situaties waar er wel geobjectiveerde methoden zijn, zoals geprotocolleerde behandelmethoden of risicotaxatie-instrumenten. Die zijn aanvankelijk voor haar een houvast waar ze zelf niet van afwijkt, ook niet als de uitkomst van een risicotaxatie voor een verlofaanvraag 'laag risico' is, terwijl haar intuïtie zegt dat het een 'engerd' is.

Uiteindelijk is haar gevoel dat het op de intuïtieve manier wel een keer fout moet gaan de reden om na anderhalf jaar ontslag te nemen. En als drie maanden later daadwerkelijk een ernstige recidive tijdens een verlof plaatsvindt van een patiënt uit haar kliniek, lijkt dit de bevestiging van haar gelijk.

RECIDIVE

Inderdaad blijkt uit incidentenonderzoeken vaak bij zo'n recidive, dat er ergens fouten zijn gemaakt in de beoordelingsprocedure. Maar die uitkomsten vertroebelen dat de uitkomst van de risicotaxatie toch foutief kan zijn, ook als er geen fouten worden gemaakt. Risicotaxatie-instrumenten leiden immers maar in zo'n zeventig procent van de beoordelingen tot juiste uitkomsten. En andersom worden er soms fouten gemaakt zonder dat de uitkomst foutief is.

Uit onderzoek blijkt inderdaad dat intuïtie misleidend kan zijn, maar ook dat de combinatie van het gebruik van een lijst én klinische ervaring tot betere uitkomsten leidt dan het gebruik van alleen een lijst. En een geprotocolleerde behandeling is niet per se *evidence based*. Mede hierdoor laat Holtes meer intuïtie toe, maar vallen ook haar zekerheden weg. Ze concludeert: tbs is een illusie, een schijnwereld, het werkt niet. Toch blijkt uit de vergelijking met recidivecijfers van ex-gevangenen dat tbs recidiveverminderend werkt. Maar hoe? En is dat wel genoeg?

Het is goed dat Holtes wijst op de ongerijmdheden van het werk in klinieken. Grotendeels betreffen die echter onzekerheden die het gedragskundige vakgebied nu eenmaal in zich draagt. Waren alle (forensische)

gedragskundigen maar zo eerlijk als zij over hun twijfels hoe een diagnose of inschatting tot stand is gekomen. Zeker in de voorlichting aan rechters worden de vruchten van de gedragskundige wetenschap wel eens als te zeker gepresenteerd.

NIET SENANG

Holtes en ik doorliepen een zelfde soort traject in een roerige tijd in de recente tbs-geschiedenis (zij: 2005-2006, ik: 2004-2005). Een aantal recidives leidden destijds tot een parlementair onderzoek (2006). Prof. dr. Corine de Ruiter stelt in de 'Noot van de uitgever' dat Holtes' kritische reflecties nog actueel zijn, ondanks de veranderingen sindsdien. Enkele aanpassingen aan de verloopprocedure, zoals de nadruk op lijstjes, hebben er overigens niet voor gezorgd dat we zozeer beter zijn gaan inschatten. Een aanvankelijke daling van het aantal onttrekkingen bleek bijvoorbeeld gewoon samen te hangen met een daling van het aantal verloven, met voorzichtigheid dus. Nu het aantal verloven weer oploopt, neemt ook het aantal onttrekkingen weer toe.

Akkoord, er is nu een specifiekere masteropleiding forensische psychologie. Dat leidt er wellicht toe dat personeel met iets meer ervaring de kliniek inkomt. Maar een belangrijker probleem is dat er zoveel onervaren personeel nodig is. Met tbs'ers werken is niet populair en personeelstekort en -verloop is van alle tijden. Het resulteert in sollicitatiegesprekken zoals Holtes die beschrijft (dat van mij was overigens een stuk steviger), en het leidde ertoe dat Holtes in no time van stagiair tot afdelingspsycholoog werd gepromoveerd. Eenzelfde scenario lag voor mij in het verschiet, maar ik voelde me er niet senang bij.

De titel klopt dus. Toen ik – te snel – één op één tegenover een oudere zedendelinquent zat, voelde ik overigens geen tekort aan opleiding, maar een tekort aan levenservaring om voor hem echt iets te kunnen betekenen. Een eventuele heilzame werking van overdrachtsgevoelens is niet te verwachten, zolang behandelaars zo jong en ook disproportioneel vaak vrouw zijn. Meer waardering voor het werk, maatschappelijk én financieel, is een eerste stap in de goede richting.

Uiteindelijk zijn Holtes en ik om dezelfde reden uit het tbs-veld gestapt: waarom doen we dit zo? Als begin van een antwoord schreven we albei een boek. Aan een eind van een antwoord zal Holtes helaas niet meer toekomen. Haar boek is een nagelaten document. Ze ontwikkelde zelf een psychose en pleegde zelfmoord. De vraag is wel gesteld in hoeverre de ziekte de inhoud van haar boek gekleurd heeft. Die vraag doet haar geen recht. Mijn memoires hadden inhoudelijk hetzelfde soort boek opgeleverd, wel minder zwaar getoonzet, maar waarschijnlijk slechter geschreven.

Dr. Michiel van der Wolf is jurist en psycholoog en als universitair docent Straff(proces)recht verbonden aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. E-mail: vanderwolf@law.eur.nl.

Transdiagnostische behandeling van emotionele stoornissen.

Therapeutenhandleiding

Door: D.H. Barlow e.a. (2014)

Amsterdam: Nieuwezijds, 180 p.

Deze handleiding brengt de krachtigste cognitief-gedragstherapeutische technieken voor de behandeling van specifieke emotionele stoornissen bijeen, aangevuld met theoretische inzichten over emotieregulatie.



Transdiagnostische behandeling van emotionele stoornissen.

Cliëntenwerkboek

Door: D.H. Barlow e.a. (2014)

Amsterdam: Nieuwezijds, 180 p.

Dit werkboek biedt oefeningen om onder meer emoties en gedrag in specifieke omstandigheden te herkennen en te registreren, emoties onder controle te krijgen met mindfulness en automatische gedachten op te merken en te onderzoeken.



BUG – een psychologische thriller (Tracy Letts)

Tekst: Tracy Letts. Regie: Jakob Ahlbom.

Acteurs: o.a. Tamar van den Dop en Bram Coopmans

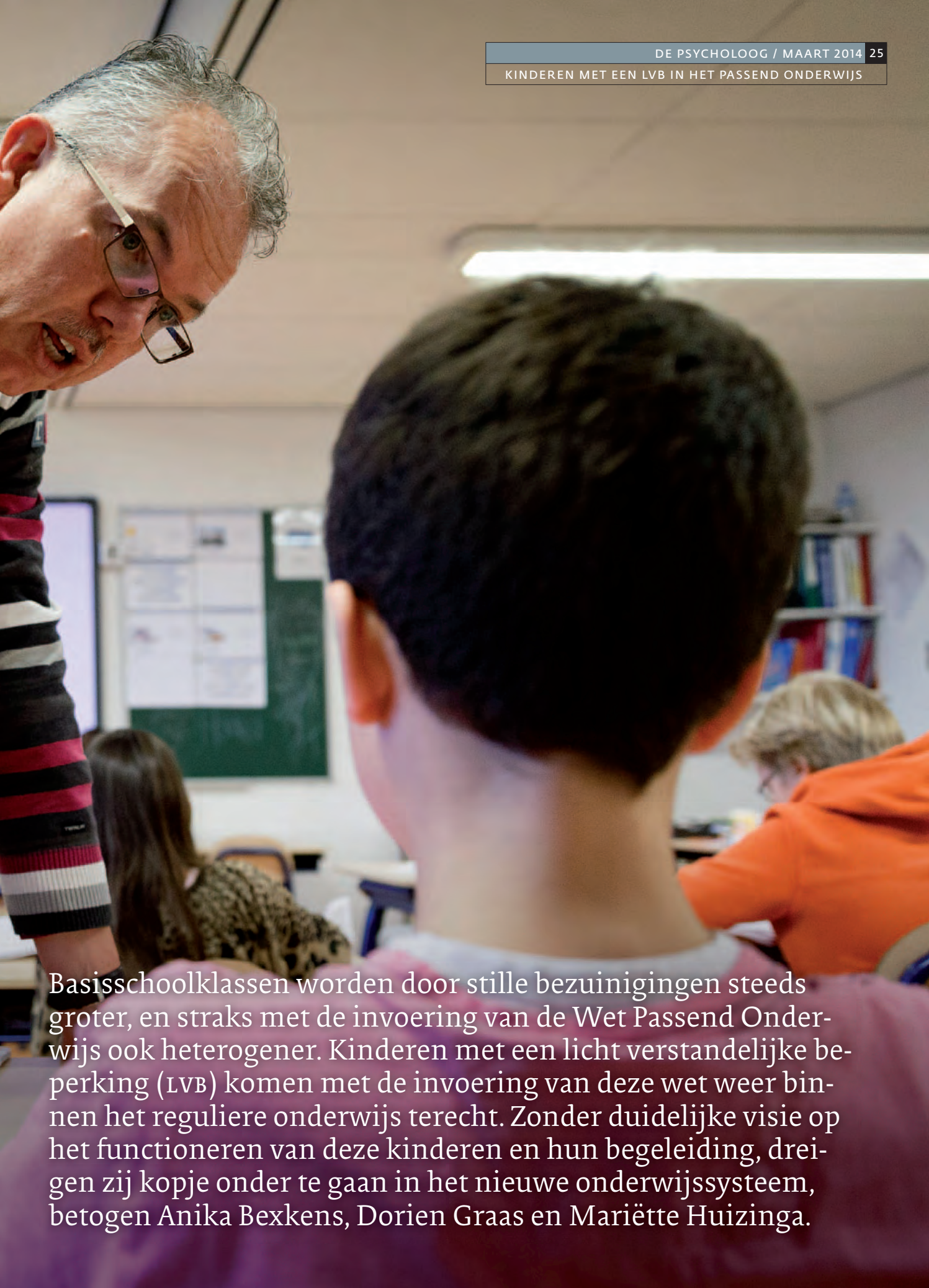
Première Toneelschuur (8 februari, daarna tournee tot half mei). <http://bit.ly/i1F7qBo>

Agnes verschuilt zich in een kale motelkamer voor haar gewelddadige ex-echtgenoot. Haar nieuwe vriend, de ingetogen en gevoelige Peter, trekt al snel bij haar in. Als de motelkamer geïsoleerd wordt door ongedierte, verdenkt Peter de buitenwereld van een complot. Zijn weerzin tegen de kleine beestjes neemt obsessieve vormen aan ...



ALS DAT MAAR GOED GAAT...

KINDEREN MET EEN LVB IN HET PASSEND ONDERWIJS



Basisschoolklassen worden door stille bezuinigingen steeds groter, en straks met de invoering van de Wet Passend Onderwijs ook heterogener. Kinderen met een licht verstandelijke beperking (LVB) komen met de invoering van deze wet weer binnen het reguliere onderwijs terecht. Zonder duidelijke visie op het functioneren van deze kinderen en hun begeleiding, dreigen zij kopje onder te gaan in het nieuwe onderwijssysteem, betogen Anika Bexkens, Dorien Graas en Mariëtte Huizinga.

De deelname van jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) in de maatschappij of het onderwijs vormt in deze tijden van bezuiniging een urgent vraagstuk. Het betreft ruim 29.000 jongeren van wie zo'n dertig tot veertig procent voldoet aan de criteria van een psychiatrische stoornis (Dekker & Koot, 2003).¹ Het gaat dus om een grote groep jongeren, die door bijkomende problematiek een grote zorgbehoefte heeft. Er heeft de laatste jaren een enorme groei plaatsgevonden in zowel de jeugdzorg als het speciaal onderwijs. Om de kosten van jeugdzorg en onderwijs voor onder andere jongeren met een LVb terug te dringen stelde de regering een aantal bezuinigingsmaatregelen voor, waaronder het overhevelen van de jeugd- en gehandicaptenzorg naar de verantwoordelijkheid van de gemeenten en de Wet op Passend Onderwijs.

Deze maatregelen hebben het verlagen van de kosten als doel, maar richten zich door de focus op lokaal georganiseerde jeugdzorg en 'Weer Samen Naar School' ook op een grotere inclusie van kinderen met een LVb of andere problematiek in de maatschappij en het regulier onderwijs.² Hoewel het vergroten van maatschappelijke deelname in grote mate heeft bijgedragen aan de emancipatie van mensen met een LVb, is er ook een schaduwzijde. Zo blijken burens, winkelpersoneel en werkgevers niet altijd bereid of in staat een relatie met iemand met een LVb op

te bouwen (Bredewold et al., 2013). Hierdoor kampen veel mensen met een LVb met vereenzaming en sociaal isolement en komen de positieve effecten die inclusie zou kunnen hebben in het geding.

De discussie over de beste manier om kinderen met een zorgvraag passend onderwijs te bieden en de discussie over participatie en vermaatschappelijking (inclusie) van kinderen met een licht verstandelijke beperking werden ook al in de pioniersfase van het speciaal onderwijs gevoerd. Een groep onderwijzers en artsen zette zich vanaf 1900 (toen alle kinderen leerplichtig werden) in voor goed onderwijs aan kinderen die 'niet mee konden komen in het reguliere onderwijs'. Zij ijverden voor apart opgezet onderwijs, want participatie in de samenleving, zo meenden zij, kon pas plaatsvinden na jarenlang gescheiden en aangepast onderwijs (Graas, 2008).

De historische groei van het speciaal onderwijs is een geschiedenis van wisselende meningen en beleidsmaatregelen geweest. Van particulier initiatief naar geïnstitutionaliseerde zorg; van liefdewerk naar professionalisering; van ongeïntegreerde zorg naar Zorg op Maat (rugzakje) en nu weer van gesegregeerd speciaal onderwijs naar geïntegreerd onderwijs door middel van passend onderwijs. De moeilijke omstandigheden waarin het basisonderwijs tussen 1900 en 1920 verkeerde – zoals slechte onderwijsvoorzieningen, overvolle klassen waarin elk kind met een zorgvraag als lastig en storend werd gedefinieerd en een overheid die door de Leerplichtwet gehouden is aan het bieden van

voldoende passende onderwijsvoorzieningen – hebben de groei van het speciaal onderwijs in de eerste helft van de twintigste eeuw in een stroomversnelling gebracht. Pedagogische en professionele keuzes werden toen gemaakt.

De ontwikkeling van een visie en aanpak draaiden rond een drietal kernvragen: de vraag naar apart onderwijs of toch samen op school, de behoefte aan meer fijnmazige differentiatie van leerproblemen en de vraag naar de uiteindelijke integratie van zorgleerlingen in de samenleving. Om te voorkomen dat de leerlingen die 'niet mee konden komen' in de praktijk van school gestuurd of weggehouden werden, koos de rijksoverheid in de pioniersfase van het speciaal basisonderwijs voor een stelsel los van het reguliere basisonderwijs. Als argument werd aangevoerd dat er zo extra financiële en inhoudelijke ruimte kon ontstaan om aangepaste onderwijsdoelen, leerplan en pedagogische uitgangspunten te formuleren die de ontwikkeling van leerlingen met een LVb ten goede zouden komen. Dit beleid kon op instemming van de professionals en de beroepsverenigingen rekenen, die ook het gevaar van stigmatiseren van zorgleerlingen in het regulier onderwijs als argument noemden (Graas, 1996).

ZORGEN

Als we niet uitkijken raken kinderen met een LVb met de invoering van de Wet Passend Onderwijs geïsoleerd in de klas. Die wet stelt dat leerlingen met een beperking niet meer naar speciaal onderwijs gaan, maar meedraaien binnen het reguliere onderwijs. Scholen moe-



ten zorgen voor onderwijs dat past bij de onderwijsbehoefte van de leerling. Een prima oplossing om de enorme kosten van de 'rugzakjes' en het speciaal onderwijs terug te dringen, althans zo lijkt het.

Wij hebben hier twee grote zorgen over. De eerste betreft het vermogen van leerkrachten om de vorderingen van elke leerling goed in de gaten te houden terwijl de klassen steeds groter en heterogener worden en de leerkracht een steeds groter takenpakket heeft gekregen. Wij sluiten ons daarmee aan bij de zorgen van de po-raad omtrent de 'stille bezuinigingen'.³ Hoewel binnen de Wet Passend Onderwijs budget beschikbaar is voor extra ondersteuning en daarmee het budget per leerling zou moeten toenemen, stijgen de kosten die scholen maken als gevolg van stijgende personele en materiële kosten. Hierdoor moeten scholen uit financiële overwegingen leerkrachten en intern begeleiders ontslaan, en dat gaat ten koste van de extra ondersteuning die nodig is voor jongeren met een grotere zorgvraag. We vrezen dat hierdoor de positieve effecten van inclusie niet tot uiting zullen komen. Binnen het inclusief onderwijs kunnen leerlingen met beperkingen zich op leer-, maar ook op sociaal, gebied optrekken aan sterkere leerlingen in de klas. Het blijkt echter dat deze positieve effecten afhankelijk zijn van het aangeboden programma en de manier waarop ondersteunende maatregelen zijn vormgegeven. Zo zou het bevorderen van sociale integratie een belangrijke component zijn in de totstandkoming van positieve effecten van inclusie. Als

dit proces niet goed wordt begeleid bestaat het gevaar dat kinderen met een LVB buiten de boot vallen. Het is aannemelijk dat leerlingen met een LVB dan voortdurend op hun tenen moeten lopen om het niveau in de klas bij te houden. Duurt zo'n situatie te lang, dan is er een grote kans op probleemgedrag en dan zijn we verder van huis. Hierbij gaat het om het leren zelf, maar ook om sociaal functioneren (Colloot d'Escury, 2007). Verder

ook een voldoende Cito-score halen? En horen zij dan ook bij de groep die in de toekomst een gemiddelde Cito-score van 537 moeten halen? Of krijgen zij als enigen in de klas dispensatie van de Cito-toets, een maatregel die juist tegen de gedachte van het 'meedraaien' ingaat?

SCHOOLPSYCHOLOOG

Meedoen is voor iedereen een levensbehoefte. Het meedoen of

Kinderen met een LVB kunnen met de invoering van de Wet Passend Onderwijs geïsoleerd raken in de klas

blijkt dat wanneer kinderen met een LVB op sociaal gebied niet mee kunnen komen dit de kans op gepest worden en omgang met 'verkeerde vrienden' aanzienlijk vergroot (Bexkens et al., 2009).

Onze tweede zorg is dat in de huidige plannen onvoldoende duidelijk is hoe kinderen met een beperking in het passend onderwijs kunnen meedraaien op hun eigen niveau. Dit meedraaien kan in het geding komen als het gros van de leerlingen met een LVB moet meedoen aan het 'gewone' klassenprogramma. Denk aan de Cito-toets. Is het de bedoeling dat leerlingen met een LVB die met extra ondersteuning mee kunnen komen in het regulier onderwijs

meedraaien van zorgleerlingen is decennialang een bron van zorg geweest voor ouders, opvoeders én overheid. De vraag of inclusief onderwijs beter is voor de totale ontwikkeling van alle leerlingen, en dus ook de zorgleerlingen, is hierbij cruciaal. Wat beter werkt is wetenschappelijk niet aanwijsbaar gebleken.⁴ De Wet Passend Onderwijs gaat zonder meer uit van de positieve uitwerking van inclusief onderwijs. Dat vraagt om zorgvuldigheid, deskundigheid en een stevige (sociaal pedagogische) visie op de uitgangspunten van Passend Onderwijs. Niet alleen passend onderwijs, maar vooral passende ondersteuning voor leerlingen en hun ouders.

Hier zien wij een rol voor de schoolpsycholoog of orthopedagoog weggelegd die met behulp van consultatieve leerlingbegeleiding de leerkracht kan helpen om de ondersteuningsbehoefte van de leerling in kaart te brengen. Niet elke leerkracht zal bij elk ondersteuningsprofiel goede ondersteuning kunnen bieden. Aangezien de klassen steeds heterogener worden, zullen leerkrachten vaker in situaties komen waarin zij handelingsverlegenheid ervaren. De schoolpsycholoog kan in deze situaties ingezet worden om samen met de leerkracht de ondersteuningsbehoefte van de leerkracht zelf in kaart te brengen. Zo blijft de leerkracht verantwoordelijk voor de manier waarop het onderwijs binnen de klas (vorm)

gegeven wordt, maar kan de leerkracht zich tegelijkertijd verder professionaliseren. Dit alles vraagt wel om een veilig en open schoolklimaat waarbinnen het mogelijk is kritisch te kijken naar het eigen functioneren.

De Wet Passend Onderwijs kan alleen een succes worden als scholen en leerkrachten beschikken over voldoende deskundigheid waarmee ze problemen vroeg kunnen signaleren en vervolgens adequate ondersteuning kunnen bieden. Op die manier kan zorg zo licht als mogelijk, maar zo intensief als noodzakelijk aangeboden worden. Dit kan op verschillende manieren. Scholen en schoolleiders moeten daarin leren de ruimte te nemen die de nieuwe wet biedt. Het gaat bij inclusief onderwijs niet alleen om het eerder en sneller detecteren van problemen bij kinderen, maar ook om scholing van leerkrachten om passende ondersteuning te kunnen bieden aan zowel het kind als de ouders.

Een dergelijke aanpak is vergelijkbaar met die in de nieuwe Wet Jeugdzorg. Daarin wordt gestreefd naar 'ontzorging' van opvoedings- en onderwijsproblemen door meer nadruk te leggen op de professionaliteit van de hulpverlener en de versterking van de eigen kracht en netwerken van ouders. Leerkrachten worden professioneel ondersteund om 'zorgleerlingen' bij aanvang van het schooljaar te identificeren op leer- of gedragsproblemen. Daarbij zou ook gebruik gemaakt kunnen worden van gestandaardiseerde vragenlijsten (zie bijvoorbeeld het Vraagprofiel Instrument; Handleiding en

Instructie VPI, 2013).⁵ Indien blijkt dat er meer ondersteuning nodig is kan het contact met de leerling en de ouders geïntensiveerd worden. Een andere mogelijkheid is het invoeren van een klassenmanagementsysteem dat geschikt is om problemen te voorkomen en vroegtijdig op te sporen. Hiervoor bestaan methoden, zoals *Schoolwide Positive Behavior Support*, die bijvoorbeeld gebruikmaken van een gefaseerde aanpak met preventieve zorg.⁶

Het is cruciaal dat er een landelijke visie wordt ontwikkeld op het omgaan met dit nieuwe onderwijsstelsel, zodat jongeren met een LVB hun hoofd boven water kunnen houden in de steeds groter wordende klassen. We moeten op zoek naar een hanteerbare aanpak om jongeren met een LVB de begeleiding en zorg te kunnen bieden die zij zo nodig hebben om zich positief te kunnen ontwikkelen. Inmiddels is er al veel werk verzet in de oprichting van regionale samenwerkingsverbanden en de verdeling van zorggelden, maar – zo constateert ook staatssecretaris Sander Dekker in een interview met *NRC Handelsblad*⁷ – het is nu tijd naar de inhoudelijke kant en de praktische invulling te kijken. Nu is het moment om te kapitaliseren op de mogelijke positieve effecten van de hervorming van het jeugdzorg- en onderwijsstelsel.

BESLUIT

In deze forumbijdrage hebben we een aantal cruciale elementen besproken voor het welslagen van passend onderwijs voor leerlingen met een LVB. Daarin nemen leraar en ouder een centrale positie in bij

Dit is het moment om te kapitaliseren op de mogelijke positieve effecten van de hervorming



de ontwikkeling naar passend onderwijs. Het succes van passend onderwijs zal gezocht moeten worden in investeringen en methodieken die de relatie tussen leraar, leerling en ouders versterken.⁸ Dat betekent dus ook dat de positie van ouders wordt versterkt. De schoolleiding biedt zowel aan leerkrachten als ouders ondersteuning en deskundigheid om zo'n positie in te nemen. Dat moet schoolbreed ingebed zijn, zodat niet alles op het bordje van de leerkracht geschoven wordt.

Het succes van passend onderwijs moet gezocht worden in investeringen en methodieken die de relatie tussen leraar, leerling en ouders versterken

OVER DE AUTEURS

Dr. Anika Bexkens is gz-psycholoog en universitair docent Ontwikkelings- en Onderwijspsychologie aan de Universiteit Leiden, Ontwikkelings- en Onderwijspsychologie, Wassenaarseweg 52, 2333 AK Leiden. Email: a.bexkens@fsw.leidenuniv.nl. Dr. Dorien Graas is

historisch pedagoog en zelfstandig onderzoeker/adviseur Jeugdzorg en Passend Onderwijs. E-mail: dorien.graas@gmail.com. Dr. Mariëtte Huizinga is universitair hoofddocent Onderwijsneurowetenschap, Vrije Universiteit Amsterdam. E-mail: m.huizinga@

vu.nl. Correspondentie over dit artikel via Anika Bexkens.

REAGEREN?

Wilt u reageren op dit artikel? Dat kan via LinkedIn (<http://alturl.com/wz95u>) en Twitter (@RedactieDP)

Referenties

- Bredewold, F., Trappenburg, M., & Tonkens, E. (2013, 23 september). Zorg en hulp in de buurt ontstaan niet vanzelf. *De Volkskrant*. Opgehaald op 4 november 2013 van http://www.margotrappenburg.nl/Zorg_en_hulp_in_de_buurt_ontstaan_niet_vanzelf.pdf
- Bexkens, A., Collot d'Escury, A. M. L., Huizinga, H. M., & Van der Molen, M. W. (2009). Risicogedrag bij jongeren met een licht verstandelijke beperking. *Onderzoek en Praktijk*, 14-17.
- Collot d'Escury-Koenigs, A. M. L. (2007). Lopen jongeren met een lichte verstandelijke beperking meer kans om in aanraking te komen met justitie? *Kind en Adolescent*, 28(3), 128-137. doi:10.1007/BF03061031
- Dekker, M., & Koot, H. M. (2003). DSM-IV Disorders in Children With Borderline to Moderate Intellectual Disability. I: Prevalence and Impact, *Journal of the American Academy of Child*, 42, 915-922. doi: 10.1016/S0074-7750(03)01003-6
- Graas, D. (1996). *Zorgenkinderen op school. Geschiedenis van het speciaal onderwijs in Nederland, 1900-1950*. Leuven/Apeldoorn: Garant (dissertatie VU Amsterdam).
- Graas, D. (2008). Inclusief en exclusief onderwijs: een historisch heet hangijzer. *De wereld van het jonge kind*, juni 2008, 300-303.

Noten

1. Zie ook Dossier Licht Verstandelijk Beperkte Jeugd NJI (2012). <http://nji.nl/Licht-verstandelijk-beperkte-jeugd-Probleemschets-Cijfers>
2. De inclusiegedachte gaat ervan uit dat de maatschappij verantwoordelijk is voor het opnemen van burgers met beperkingen en dat zij zich moet aanpassen om dit mogelijk te maken.
3. De feiten over stille bezuinigingen in het primair onderwijs (2013). <http://poraad.nl/node/5724>
4. Zie ook Sociaal en Cultureel Planbureau (2006), *Jeugd met beperkingen. Rapportage gehandicapten 2006*. Den Haag: SCP.
5. De handleiding en instructie van het Vraagprofiel Instrument zijn beschikbaar op <http://www.passendonderwijs.nl/toolkit/handleiding-en-instructie-vpi-versie-mbo/>
6. Zie voor meer informatie over School Wide Positive Behavior Support <http://www.onderwijsweb.hu.nl/Dossiers/SWPBS/>
7. Pelgrim, C. & Wever, J. (2013, 17 december). Die buslading met zorgleerlingen komt echt niet. NRC.
8. Onderwijsraad (2011), *Passend onderwijs voor leerlingen met een ondersteuningsbehoefte*. Den Haag: Onderwijsraad.



aldus wijlen Bert Duijker, de Amsterdamse psycholoog die ooit verantwoordelijk was voor de indeling van de verschillende subdisciplines binnen het vakgebied. Hoe doen niet-psychologen die dag in dag uit met mensen werken aan psychologie? In deze aflevering actrice en programmamaker Margôt Ros. 'Toren-C-scènes, ze gebeuren elke dag voor je neus.'



FOTO: HERMAN WOUTERS

WAT ALS JE ECHT DE PLANK MISSLAAT?

Een vrouw geeft in een vergadering een presentatie over de sales-cijfers, maar opeens roept ze: 'Jahaaa, ik heb een dikke kont.' Ze herstelt zich, gaat door met haar presentatie, draait zich dan om en roept: 'Kijk niet zo naar mijn kont, ik weet dat hij dik is! En kunnen die koekjes van tafel!'

Een scène uit *Toren C. Kantoorhumor*, herkenbaar, niet omdat het bij ons ook zo is voorgevallen, maar omdat we het misschien wel gedacht hebben. Niet voor niets sloeg de serie aan. Binnenkort start het vijfde seizoen bij de VPRO.

Actrice en programmamaker Margôt Ros bedacht en schreef de serie samen met Maïke Meijer, het duo neemt ook de hoofdrollen voor zijn rekening. Hoewel alle scènes zich afspelen in een kantoor, heeft Ros nauwelijks ervaring met het bedrijfsleven. Hoe verdiept ze zich in de kantoorliefde? 'Dat hoeft niet,' antwoordt ze luchtig. 'Het uitgangspunt was niet om kantoorscènes te maken en daar gaat het in wezen ook niet om.'

Het begon met een idee voor een verzameling sketches die zij en Meijer graag wilden spelen. Omdat er een verbindende factor nodig was, ontstond het idee om alles in hetzelfde gebouw te laten gebeuren. 'Het moest een complex worden waar van alles mogelijk is, behalve wonen. We zochten een omgeving waar je veel gezichtsverlies kunt lijden. Dat is op je werk, concludeerden we, in vergaderingen of bij een klant. Daar heb je veel meer te verliezen dan thuis.'

De relatie met collega's is een vreemde als je er goed over nadenkt, vindt Ros. 'Collega's heb je doorgaans niet uitgekoken, toch breng je er vaak veel tijd mee door. Ze zitten op je, aan je en kruipen onder je huid. Maar hoewel je elkaar vaak ziet, is het niet intiem. Soms weet je de meest basale dingen niet van je collega's.'

KOFFIEPADS

Toren C draait altijd om intermenselijk contact, aldus Ros. Inspiratie halen ze vaak uit hun eigen leven, uit verhalen van mensen of uit de krant. Ze nemen iets wat hen raakt, vergroten het uit en geven er een 'comedy-draai' aan. Zoals dat je soms onredelijk boos kunt worden als de koffiepads weer niet zijn aangevuld. Of over hoe moeilijk het is een kaartje te sturen naar iemand die een geliefde heeft verloren. Hoe ziet zo'n kaart eruit, wat moet erop? Ros: 'En daar fantaseren wij op door: wat nou als je echt de plank misslaat?'

Het denkbeeldige kantoorgebouw is meer dan een kantoor alleen; er is ook een zwembad mogelijk, of een sauna, een manege of een dokterspraktijk, als dat voor een scène nodig is. Die dokterspraktijk was bijvoorbeeld nodig voor een veelbekken scène op YouTube: de poeppoli.

Ros: 'Het begon bij de ervaring die je in ziekenhuizen kunt hebben. Je komt daar met iets gênants bij de dokter en dan komen er co-assistenten bij die vragen of het goed is dat ze erbij zijn. Natuurlijk zeg je ja, want ze moeten nog leren en dat wil je niet tegenwerken. Ze geven je een hand, en dan gaan ze van alles met je doen. Het is ongemakkelijk, maar daar zet je je telkens overheen. Met dat gevoel wilde ik iets doen.'

Het is niet zo dat ze oplet als ze in een bureaucratische omgeving komt, de ideeën komen echt op haar pad. 'Ik was laatst op een feest, iemand tilde me op en draaide me rond, waardoor cola uit mijn

glas gutste. Daarop begon een andere gast me uit te schelden dat ik een vreselijke vrouw was. Ik snapte er niets van! Daar maak ik dan een scène over. Je hebt ook mensen die helemaal niet kunnen troosten, dat kent iedereen. Het zijn dat soort ervaringen die ons inspireren. Een *Toren C*-scène, eigenlijk gebeuren ze elke dag voor je neus.'

Omdat ze dicht bij zichzelf blijven, hoeft Ros niet per se over veel mensenkennis te beschikken, zegt ze. Wel heeft ze veel kennis van emoties en dan vooral haar eigen emoties. En ze heeft een rijke fantasie. 'Ik kan me heel makkelijk in mensen of situaties verplaatsen. En ik overdrijf, ik maak het absurd.'

Het enige waarmee zij en Meijer moeite hebben, is om te bedenken waar mensen op kantoor eigenlijk over praten. 'We hebben geen idee. Dat houden we heel algemeen. We zeggen vaak tegen elkaar: "Heb jij de files van 2007?" Dat is een soort *running gag*. Of we beginnen een scène met: "Oké, spelen we dat door naar de klant, werk jij dat even uit, dan zorgen we dat we voor de zestiende klaar zijn." En dan gaat de scène verder over een menselijk onderwerp zoals: je wilt iemand maar die wil jou niet. Je wilt hogerop, maar dat lukt niet. Je bent hogerop, maar maakt een fout en valt terug. Die begintekst is alleen maar een opstapje naar de scène.'

En blijkbaar werkt het, zegt Ros. 'We hebben in ieder geval nog nooit een brief gehad van iemand die vroeg: "waar hebben jullie het over?"'

*Heb jij de files van 2007?
Oké, spelen we dat door naar de klant,
werk jij het even uit?*

DOODSANGST IN DE SKILIFT

BUNGELLEN BOVEN DE AFGROND



Sommige mensen staan doodsangsten uit in een skilift. Ze zijn bang dat hij stil komt te hangen of dat de kabel breekt en ze naar beneden storten. Lucas van Gerwen – psycholoog en piloot – ontwikkelde een training tegen skiliftangst, dat meer is dan alleen een luxeprobleem: ‘Het is een kapstok van problemen als hoogtevrees, claustrofobie, angst voor controleverlies en sociale angst.’

De weg slingert tussen de heuvels van het Limburgse Landgraaf omhoog naar de overdekte skihal van Snowworld. De bezoeker waant zich op een Oostenrijkse Alp, wintersporters in vol ornaat zitten op terrasjes in warme chocolademelk te blazen en poetsen hun skibril schoon. Binnen in het restaurant lopen de serveersters in Tiroler klederdacht rond met dampende schalen boven hun hoofd.

Hier wordt de wintersportervaring tot in detail nagebootst. Er is zelfs een skilift op de piste, de enige in Nederland. Vandaar dan ook dat Lucas van Gerwen van stichting VALK (gespecialiseerd in de behandeling van vliegangst) zijn training tegen skiliftangst op deze locatie geeft.

De tien deelnemers hebben op de eerste dag van de training psychoeducatie gekregen over de emotie angst en konden een kijkje nemen in de machinekamer van de lift. Daarnaast heeft Van Gerwen ze uitgevraagd over de fysiologische reacties die ze ervaren tijdens hun angstige ogenblikken.

Op de tweede dag roept Van Gerwen deze

lichamelijke reacties op door middel van oefeningen, om de deelnemers te leren ermee om te gaan en om ze te laten beseffen dat de verschijnselen van voorbijgaande aard zijn. En tot besluit van de training moeten ze hun angst zien te overwinnen en daadwerkelijk de lift in stappen.

EEN KAPSTOK

‘Skiliftangst is eigenlijk een kapstok van problemen als hoogtevrees, claustrofobie, angst voor controleverlies en sociale angst,’ aldus Van Gerwen. ‘Mensen met dergelijke angstklachten denken vaak dat het verloop van de angst als een stijgende lijn op een grafiek is, die door kan blijven stijgen tot een punt waarop je flauwvalt of zelfs doodgaat.’

Hij wil de deelnemers bijbrengen dat die lijn stabiliseert en op een gegeven moment zelfs weer afbuigt. ‘Daarbij is het essentieel dat je de angst toelaat en je er niet tegen gaat verzetten,’ instrueert hij de cursisten, ‘want dat is een gevecht dat je altijd verliest. En geef objectief antwoord op de vraag: “Ben ik hier en nu werkelijk in gevaar of niet?”’

Allereerst laat hij iedereen vijftien kniebuigingen

maken, om een verhoogde hartslag op te roepen die ook ontstaat in reactie op een schrikmoment. Vervolgens moeten de deelnemers met het voorhoofd op een imaginaire barkruk vijf rondjes om hun as draaien, wat een vervelend gevoel van duizeligheid en desoriëntatie teweegbrengt, dat pas na een halve minuut weer wegebt. Deelnemers houden elkaar vast en beamen dat het gevoel vergelijkbaar is met dat van een angstaanval.

Van Gerwen geeft een tip: 'Haal adem tot diep onder in je longen, hou drie seconden vast en adem daarna langzaam weer uit.'

Het werkt, constateren de deelnemers: de duizeligheid is op slag verdwenen.

STOP MET VERMIJDEN

De volgende oefening is het vervelendst: ademhalen door een rietje om hyperventileren op te roepen. Deelnemster Lieke moet al huilen bij de gedachte en wil de oefening alleen apart met Van Gerwen doen. De rest waagt zich er wel aan en al gauw staat iedereen moeizaam door vrolijk gekleurde rietjes te blazen. Het voelt alsof je bij elke teug minder zuurstof binnenkrijgt, waardoor je harder aan het rietje gaat zuigen, wat de ademnood alleen maar vergroot. Deelnemster Jacqueline barst in tranen uit omdat het nare gevoel haar zo bekend voorkomt. Van Gerwen moedigt haar aan: 'Laat je tranen de vrije loop. Dit is nu waarom je altijd dingen vermijdt, waarom je niet in de skilift durft, waarom je tunnels vermijdt. Wil je verandering? Stop dan met vermijden!'

Meneer Van der Eemst, gepensioneerd dierenarts, zit bij te komen van de oefening. 'Volgens mij kon je door m'n trui heen m'n hart zien bonken,' zegt hij. 'Vanwege de opkomende paniek. Ik heb dan ook een paar keer stiekem door m'n neus geademd. Maar ik ben heel blij dat ik het gedaan heb. Op een gegeven moment merkte ik dat de angst stabiliseerde en zelfs afvlakte, dat was wel een inzicht.'

Ook Jacqueline heeft er een waardevol inzicht aan overgehouden: 'Ik heb gemerkt dat ik niet flauwviel, en dat is waar ik altijd zo bang voor ben.'

DE LIFT IN

Dan verplaatst de groep zich naar de piste om de confrontatie met de gevreesde stoeltjeslift aan te gaan. De cursisten maken een gespannen, maar ook strijdbare

indruk. 'Probeer niet bang te zijn,' drukt Van Gerwen ze op het hart. 'Je mag de lift eng vinden. Laat de verschijnselen maar komen, ze verdwijnen vanzelf weer.'

Vervolgens gaat hij naast de deelnemers zitten die nog niet alleen de lift in durven.

Dierenarts Van der Eemst wil het zonder begeleiding doen en zit enigszins verbeterd met gekruiste armen in de lift, die zoemend in beweging komt. Op zo'n drie meter boven de sneeuw lijkt hij onaangedaan. 'Dit gaat goed,' verklaart hij, 'maar in deze hal is het toch een vertekend beeld. Er is een dak, er staat geen wind, je hangt niet boven een afgrond. Het is niet één op één te vergelijken met Oostenrijk.'

Strak voor zich uitkijkend praat hij onafgebroken. Elk jaar gaat hij op wintersport, maar de angst voor de liften ontnemt hem veel plezier. 'Er zijn zo veel mooie momenten die ik mis. Als je bijvoorbeeld niet met de hele familie naar een prachtig restaurant in het hooggebergte kan, omdat je bang bent. Het leven is kort, en spijt over dingen die je niet hebt gedaan blijft altijd knagen. Daarbij ga je je schuldig voelen, want je bent een blok aan het been van de rest. Door je angst

'Je moet je vooral niet tegen de angst verzetten. Dat is een gevecht dat je altijd verliest'

doe je dus afbreuk aan het plezier van anderen, en daar wil ik allemaal vanaf.'

Aan de cursus heeft hij veel. 'Ik accepteerde de angst nooit, maar zocht altijd manieren om ermee om te gaan. Door bijvoorbeeld voorbijkomende gondels te tellen als ik bang werd in de lift. Maar dat is ook ontwijkend gedrag. De inzichten die ik hier heb opgedaan zijn goed geweest, uitvluchten zoeken en

Angstklachten beheersen haar leven al vijftien jaar

vermijden is er niet meer bij. Ik heb er alle vertrouwen in dat het in Oostenrijk ook goed zal gaan.'

PANIEK

Deelneemster Lieke heeft de rit al een paar keer onder begeleiding van Van Gerwen gemaakt, en stapt nu voor het eerst zonder hem in. Angstklachten beheersen haar leven al zo'n vijftien jaar, vertelt ze. 'Ik heb al die jaren bepaalde situaties vermeden. Ik ben bang voor een gewone lift en heb vlieg angst. Autorijden gaat nog, als het maar niet te ver is. Ik ben bang voor de angst zelf geworden en wat er zou kunnen gebeuren, dat ik er zelfs dood aan zou kunnen gaan. Het gevoel is zo fysiek echt.'

Ze geeft toe dat ze het moeilijk heeft nu Van Gerwen er niet bij is. 'Het is moeilijk om al die tips in de praktijk te brengen, want als ik een paniekaanval krijg, kan ik niet meer helder denken.'

Dat blijkt als de lift plots tot stilstand komt en wat heen en weer schommelt in de lucht. Lieke verstijft, krijgt grote ogen en houdt twee gebalde vuisten voor haar gezicht. Het huilen staat haar nader dan het lachen en terwijl een andere deelnemer haar de adviezen van Van Gerwen in herinnering brengt, komt ze langzaam weer tot zichzelf. Tot er twee minuten later een omroepbericht door de hal schalt en ze weer verstijft.

Toch blijft ze optimistisch. 'Ik moet er vanaf komen,' beseft ze, 'en dat kan alleen als ik mijn angst leer omarmen.'

OVER DE AUTEUR

Jeroen van Goor, MA is redacteur van De Psycholoog.
E-mail: jeroen@psynip.nl

EEN KETTINGREACTIE IN HET LICHAAM

'Angst is een basisemotie, maar ons lichaam kan het onderscheid niet maken tussen fantasie en werkelijkheid,' aldus Lucas van Gerwen. 'Als we fantaseren dat we in gevaar zijn, past ons lichaam zich aan alsof we daadwerkelijk in gevaar zijn. Dan kan je behoorlijk heftige fysieke reacties krijgen. Zeker als je niet weet hoe je daarmee om moet gaan, wordt het alleen maar groter en sterker. Je gaat sneller en hoger ademhalen, waarna hyperventilatie kan volgen en je draaierig wordt. Ook heb je een verhoogde spierspanning, wat vraagt om extra zuurstofrijk bloed dat naar die spieren moet, dus je hart gaat sneller pompen. De hartslag neemt toe, de bloeddruk neemt toe, je krijgt een rood hoofd, gaat transpireren. Er gebeuren dus een hele reeks zaken die geen kwaad kunnen, maar die wel heftig en vermoeiend zijn. Het lichaam past zich aan omdat jij het vertelt dat het in gevaar is. En als je in je fantasie jezelf ook nog gaat vertellen dat die fysieke reactie gevaarlijk voor je is, dan kom je in een angstspiraal die op kan lopen, waardoor je uiteindelijk een paniekaanval kan krijgen.'

Pillen lossen in dit geval niets op, aldus Van Gerwen. 'Mensen met angstklachten gaan meestal naar een huisarts. Deze heeft echter geen tijd om goede psychoeducatie te geven. Dus schrijft hij medicijnen voor, meestal benzodiazepines. Het nadeel daarvan is dat je afleert met je angstreactie om te gaan. Je zegt: ik heb zelf geen controle, dus dat pilletje moet mijn lijf onder controle brengen. Daardoor verdwijnt je hele natuurlijke systeem om ermee om te gaan. Dat is heel jammer, dan leer je nooit je angstreactie hanteren.'

CV

Dr. Lucas van Gerwen is psychotherapeut BIG, EAAP luchtvaartpsycholoog, klinisch psycholoog NIP, eerstelijnspsycholoog LVE, gz-psycholoog BIG en vliegenier.



In the Eye of the Client

Het resultaat van uw praktijk wordt bepaald door uw cliënt, niet door uw methode

Zien is geloven. Kom naar onze Open Dag op zaterdag 8 maart.

Coaching, Counseling en Psychotherapie ECP
 Voor kinderen, jongeren, volwassenen en senioren
 PhD in psychotherapie mogelijk.
 Breed scala aan korte trainingen en workshops.

De Academie
 Persoonlijk Professioneel
 KnowHow to Change
 Voor meer info en inschrijving
www.academie-psychotherapie.nl

NEDERLANDSE
 ACADEMIE VOOR
 PSYCHOTHERAPIE



Ben je nieuwsgierig naar mindfulness?
 Wil je mindfulness voor jezelf leren?
 Zoek je een inspirerende leertherapie?
 Wil je grondig leren werken met mindfulness?

MBCT-OPLEIDING (START 3 MAART 2014)
 Volg in 8 dagen zelf het programma
 Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) en leer dit uitvoeren.

MBCT-INTRODUCTIE (19 EN 20 SEPTEMBER 2014)
 Maak in 2 aaneengesloten dagen kennis met
 mindfulness/MBCT, ervaringsgericht.

**LEERTHERAPIE GEBASEERD OP MINDFULNESS
 (22-25 MEI EN 25-28 SEPTEMBER 2014)**
 Een compacte en krachtige leertherapie. Van donderdagochtend tot zondagochtend op een mooie locatie (bij Nijmegen).
 In mei specifiek gericht op Mindfulness en communicatie, in september op Mindfulness en (zelf-)compassie.

SUPERVISIE
 Ruimte voor supervisie MBSR en MBCT, individueel en in groepjes.

BASIS- EN VERVOLGPROGRAMMA'S VOOR CLIËNTEN

Kijk op www.centrummindfulness.nl
 voor gratis startpakket met 5 uur oefeningen

Trainer: Hende Bauer, erkend leertherapeut, supervisor VGCT, gecertificeerd mindfulnesstrainer. Westeinde 175 L, 2512 GX Den Haag
info@centrummindfulness.nl | www.centrummindfulness.nl

Centrum voor Mindfulness Den Haag
Een mooi leven vraagt om open aandacht

PEN Psychodiagnostics

Binnenkort op de agenda
 Open inschrijving

BarOn EQ-i® certificering
 donderdag 6 en vrijdag 7 maart 2014, drs. Theo Bögels
 Jachtslot De Mookerheide, Molenhoek

Leren werken met de DSM-5
 vrijdag 28 maart 2014, Prof. dr. Jan Derksen
 Concert- en congresgebouw De Vereniging, Nijmegen

**MMPI®-2/MMPI®-A/MMPI®-2-RF®
 interpretatieworkshop voor gevorderden**
 vrijdag 4 april 2014, drs. Theo Bögels
 Concert- en congresgebouw De Vereniging, Nijmegen

**MMPI®-2/MMPI®-A/MMPI®-2-RF®
 interpretatieworkshop voor gevorderden**
 vrijdag 16 mei 2014, drs. Theo Bögels
 Hilton Hotel, Antwerpen

**MMPI®-2/MMPI®-A/MMPI®-2-RF®
 interpretatieworkshop voor gevorderden**
 vrijdag 27 juni 2014, drs. Theo Bögels
 Novotel, Maastricht

Informatie/telefonisch aanmelden:
 +31 (0)481 465 565 (dinsdag-vrijdag).
 Accreditering is voor alle vermelde items verleend, c.q. aangevraagd.

www.penpsychodiagnostics.com

Bij- en nascholingscursus
LEVENSLIJP ALS LEVENSKUNST
vanuit Existentieel Psychologisch perspectief

In het werk in de gezondheidszorg blijken bepaalde existentiële kernvraagstukken vaak de oorzaak van stagnatie of ontwikkeling te zijn. Van de andere kant kunnen deze vraagstukken ook aanzetten tot verandering in het eigen handelen. Dat komt de kwaliteit van het werk ten goede en bevordert het werkplezier.

De eigen levensloop is een vruchtbaar terrein voor onderzoek, scholing en ontwikkeling van deze vraagstukken. Je laat daarmee de 'waan van de dag' even achter je en concentreert je op datgene, wat je van wezenlijk belang vindt voor je eigen functioneren en het contact met je cliënten.

In 8 maandelijkse bijeenkomsten worden deze vraagstukken onderzocht en doorgewerkt, op theoretische, praktische en ervaringsgerichte wijze: autonomie & verbondenheid, vrijheid & verantwoordelijkheid, burn-out, dood, zingeving en verandering.

DOELGROEP klinisch en GZ-psychologen, psychotherapeuten, huisartsen, palliatieve zorg- en verpleeghuisartsen, medisch specialisten, (zorg)managers.
ACCREDITATIES NIP, FGZP, VGCT, VCGP, ABAN.

PLAATS Conferentieoord de Poort, Groesbeek.
TIJD op dinsdagen, 4 nov. en 2 dec. 2014, 13 jan., 10 feb., 10 mrt., 7 apr., 12 mei en 9 jun. 2015, van 9.30 tot 16.30 uur.

AANMELDING vóór 30 mei 2014.
 Opvragen draaiboek en aanmelding bij de docent
 Joske van Huygevoort, klinisch psycholoog en psychotherapeut,
 tel. nr. 024-3234503
E-MAIL ppvanhuygevoort@kpnmail.nl
WEBSITE www.joskevanhuygevoort.nl



INTERVIEWTECHNIEKEN BIJ VERDENKING OP SIMULATIE

DE PSYCHOLOOG ALS RECHERCHEUR

Simulatie van psychische stoornissen komt meer voor dan gedacht, en vormt een groot probleem. De simulant doet een onrechtmatig beroep op maatschappelijke voorzieningen en gelden, en brengt schade toe aan de vertrouwensrelatie met zijn psycholoog. Psychiater Remke van Staveren laat zien hoe je simulatie kunt opsporen en hoe je ermee om kunt gaan. ‘Bij een vermoeden van simulatie moet men zoveel mogelijk “indirect bewijs” verzamelen.’

Psychologen en psychiaters vertrouwen er meestal op dat cliënten eerlijk zijn. Als de cliënt aangeeft last te hebben van terugkerende nachtmerries en herbelevingen, dan gaan we er vanuit dat dit zo is. Waarom zouden we daaraan twijfelen? Simulatie, het doelbewust liegen en bedriegen over symptomen door cliënten om er financieel of juridisch voordeel uit te halen, komt waarschijnlijk veel meer voor dan we denken. Het is belangrijk om simulatie te onderkennen. De simulant doet een onrechtmatig beroep op maatschappelijke voorzieningen en gelden. Simulatie brengt bovendien

schade toe aan de betrokkene en aan de relatie met de hulpverlener.

Het opsporen van simulatie door psychologen en psychiaters vergt actief ‘researchwerk’. De diagnostiek van psychische stoornissen is voor een groot deel gebaseerd op zelfrapportage en vaak niet objectief verifieerbaar. Het is niet toevallig dat er juist vage, moeilijk objectiveerbare klachten gesimuleerd worden zoals moeheid, somberheid, slaapstoornissen, concentratieproblemen en het horen van stemmen. De psycholoog zal bij een vermoeden van simulatie zoveel mogelijk ‘indirect bewijs’ moeten verzamelen. De conclusie dat er – zeer waarschijnlijk – sprake

is van simulatie, is pas mogelijk na uitvoerig multidisciplinair onderzoek. Daarbij zijn naast meerdere onderzoeksgesprekken ook zoveel mogelijk externe informatiebronnen meegewogen en is gebruik gemaakt van specifieke neuropsychologische tests (Mol, 2008). Uiteindelijk valt simulatie niet te bewijzen, tenzij de psycholoog de simulant kan verleiden tot het afleggen van een 'bekentenis'.

VOORGEWEND, NAGEBOOTST OF INGEBEELD?

Simulatie is het opzettelijk voorwenden of overdrijven van lichamelijke of psychische klachten, met externe motieven (DSM-5; APA (2013)). Simulatie is geen psychiatrische stoornis, maar bewust, gecaluleerd bedrog. De simulant weet dat hij de zaak bedriegt en ook waarom. Hij hoopt bijvoorbeeld in aanmerking te komen voor een uitkering of verblijfsvergunning, een schadeclaim te kunnen indienen of gevangenisstraf te ontlopen. Simulatie is asociaal gedrag als de simulant de hulpverlener willens en wetens gebruikt om zijn

doel te bereiken. Aan de andere kant kan simulatie onder bepaalde omstandigheden ook als adaptief gedrag beschouwd worden. Wie overdrijft zijn klachten niet als er veel op het spel staat?

Simulatie wordt onderscheiden van de nagebootste stoornis (ook wel het syndroom van Münchausen genoemd) en de somatoforme stoornissen, die wel psychiatrische stoornissen zijn. Bij een nagebootste stoornis bootst de cliënt bewust ziekte na, maar wordt hij gedreven door onbewuste onderliggende motieven. Hij presenteert zich bijvoorbeeld herhaaldelijk op afdelingen spoedeisende hulp met gefingeerde klachten of zelf toegebrachte verwondingen, vanuit de onbewuste behoefte om zorg en aandacht te krijgen. Bij een somatoforme stoornis is de cliënt zich niet bewust van zijn ziektegedrag, laat staan de onderliggende motivatie. Hij heeft langdurige lichamelijke klachten, waarvoor geen lichamelijke oorzaak gevonden kan worden. Een eventuele psychische oorzaak zal hij vaak stellig ontkennen.

WAT TE DOEN BIJ DE VERDENKING VAN SIMULATIE?

- Wees je bewust van de context van het onderzoek (arbeidsongeschiktheid, letselschade) en vraag je af: hoe groot is het belang voor de cliënt?	- Let op de presentatie. Een simulant is geneigd zijn klachten te overdrijven en zijn presentatie te overacteren.	bekend is met de betreffende psychopathologie (discrepantie)?
- Bereid je goed voor. Zorg voor een gedegen kennis van psychopathologische symptomen en een goede dossierkennis. Controleer de beschikbare gegevens en vraag zoveel mogelijk externe informatiebronnen op.	- Gebruik het kegelmodel: begin met actief luisteren en open vragen, en vraag vervolgens steeds verder door. Hoe zit dat precies?	- Zijn de klachten voorgewend, nagebootst of ingebeeld?
	- Is het verhaal geloofwaardig (aannemelijkheid)? Spreekt de cliënt zichzelf tegen (inconsistentie)? Komen de klachten niet overeen met wat	Kan er sprake zijn van een persoonlijkheidsstoornis?
		- Spreek aanvullend neuropsychologisch onderzoek af.
		- Verdenk je de cliënt van simulatie, confronteer hem dan op milde, indirecte wijze.

SIMULATIE, NAGEBOOTSTE STOORNIS EN SOMATOFORME STOORNIS

Stoornis	Symptoomproductie	Motivatie
Voorgewend: simulatie	bewust	bewust
Nagebootst: nagebootste stoornis	bewust	onbewust
Ingebeeld: somatoforme stoornis	onbewust	onbewust

Psychologen en psychiaters vertrouwen erop dat cliënten eerlijk zijn

PREVALENTIE

Simulatie komt waarschijnlijk vaker voor dan we denken, ook in de reguliere ggz. Hoe vaak precies valt moeilijk te zeggen, aangezien de 'beste' simulanten per definitie nooit betraapt worden. De prevalentie van simulatie hangt sterk af van de setting en het juridische kader van het onderzoek. Hoe groter het belang van de cliënt, des te groter de kans op simulatie.

Onder whiplash-patiënten die om verzekeringsredenen verwezen zijn, zou volgens Nederlands onderzoek in ongeveer zestig procent sprake zijn van simulatie (Schmand, 1998). In de vs wordt geschat dat twintig tot dertig procent van de oorlogsveteranen PTSS-klachten simuleert om in aanmerking te komen voor een uitkering. Simulatie speelt in ongeveer dertien procent van de presentaties op een Spoedeisende Hulp (SEH) van een grote stad een rol, net als in tien tot twintig procent van de patiënten die vanwege suïcidale ideaties worden opgenomen in een psychiatrische kliniek (Mol, 2008). De meest frequent gesimuleerde ziektebeelden in de ggz zijn de posttraumatische stressstoornis, psychose (vooral positieve symptomen), cognitieve stoornissen (amnesie, dementie) en zwakbegaafdheid (Singh, Avasthi & Grover, 2007).

GOED VOORBEREID

Bij de verdenking op simulatie moet de onderzoeker goed op de hoogte zijn van het dossier en een gedegen kennis hebben van de gepresenteerde psychopathologie. Dat je als psycholoog veel van psychopathologie moet afweten, lijkt vanzelfsprekend. Maar bedenk dat ook de simulant zich vaak goed voorbereidt. Je eigen kennis moet in ieder geval uitgebreider en gedetailleerder zijn dan wat de simulant op internet kan opzoeken. Een psychologisch onderzoek is pas geloofwaardig als het verhaal van de cliënt aannemelijk en consistent is.

Verder mogen er geen discrepanties in het onderzoek voorkomen, het onderzoek moet overeenkomen met (min of meer) objectiveerbare gegevens. Er mogen geen klachten, symptomen of beperkingen ontbreken die je op grond van externe informatiebronnen en beschikbare kennis over de psychopathologie zou verwachten, of juist aanwezig zijn als je ze niet verwacht.

De onderzoeker moet bij de verdenking op simulatie (extra) goed op de hoogte zijn van de inhoud van het dossier (Van Staveren, 2013). Wat zijn de objectiveerbare feiten? Zijn er eerdere vermoedens geweest van simulatie? Is er een uitgebreide voorgeschiedenis met wisselende (zogenaamd falende) hulpverleners? Is er een heteroanamnese aanwezig? En zo niet, waarom niet? Heeft de onderzochte in het verleden meegewerkt aan aanvullend onderzoek en behandeling?

Belangrijk zijn ook externe informatiebronnen zoals het elektronisch patiëntendossier (EPD) van de huisarts, de decursus van eerdere opnames, observaties van de verpleging en ontvangen correspondentie (Conroy & Kwartner, 2006).

HET GESPREK INGAAN

Een échte simulant verradt zich doordat hij zijn best doet ziek gevonden te worden (Van Schelven, 1919). Volgens hoogleraar Psychologie Harald Merckelbach hebben simulanten de neiging *over the top* te gaan, om een hoeveelheid en intensiteit van symptomen te rapporteren die je bij echte patiënten nooit aantreft (Van Tongeren, 2011). Let goed op de presentatie van de onderzochte en noteer nauwkeurig wat je ziet.

Bijvoorbeeld: 'Onderzochte wordt door twee familieleden in een rolstoel de spreekkamer ingereden en zit gedurende het gehele onderzoek ineengedoken met een plaid over de benen', in plaats van het nietszeggende: 'Maakt een theatrale indruk' (Van Staveren, 2013). Aantekeningen, vooral letterlijke citaten, kunnen later eventueel gebruikt worden om de simulant met inconsistenties te confronteren: 'Hé, in het begin zei u iets anders, namelijk ... Hoe zit dat?'

Mocht je bij aanvang van het onderzoek al simulatie vermoeden, laat dat dan nog niet blijken, maar stel je belangstellend en welwillend op. Moedig de cliënt in het begin aan zoveel mogelijk te vertellen en luister actief: 'Vertel eens', 'Oh?', 'En verder?'

Je gebruikt voor het afnemen van de anamnese het kegelmodel: veel open vragen, gevolgd door

gesloten vragen (Silverman et al., 2006). Maakt het verhaal, of een deel ervan een ingestudeerde indruk? Aanwijzingen hiervoor zijn een hoger spreektempo, een monotone wijze van vertellen, overgedetailleerdheid, het ontbreken van natuurlijke aarzelingen en onderbrekingen, of de blik gericht op de muur achter de onderzoeker. Echt affect heeft een natuurlijk crescendo en decrescendo en gaat vooraf aan verbale expressie. Vals affect is vlak, asymmetrisch, overdreven verlengd en volgt juist op verbale expressie (Othmer & Othmer, 2002).

Vaak zal een simulant zich op het gesprek moeten concentreren. Hij zal de vragen misschien herhalen of langzaam antwoord geven. Of hij beroept zich op een slecht geheugen. Maak er gebruik van! Laat het onderzoek, als het even kan, langer duren dan

gebruikelijk. Hoe langer het duurt, des te meer kans op vermoeidheid en inconsistenties in het verhaal. Beter nog: vraag hem voor een of twee vervolgspraken terug te komen. Dit biedt je de kans nogmaals te informeren naar al eerder gevraagde details (Van Staveren, 2013).

DOORVRAGEN

Nadat je de cliënt de ruimte hebt gegeven zijn verhaal te vertellen, laat je hem enkele belangrijke (onwaarschijnlijke, affectbeladen of schijnbaar ingestudeerde) opmerkingen herhalen: 'Hoe zit dat ook al weer?' Je gaat daarbij na of je het goed begrepen hebt: 'Dus..., klopt dat?' Zo laat je de simulant zijn eigen verhaal bevestigen.

Vervolgens zet je door. Je neemt geen genoegen met vaagheden, je laat je niet afleiden maar wil tot in detail weten hoe het zit. Het zal de echte simulant zo langzamerhand wel duidelijk worden dat je zijn verhaal niet zonder meer aanneemt. Om een goede werkrelatie te behouden, kan het helpen om je veranderde houding van tevoren te expliciteren: 'Ik ga u nu hele kritische vragen stellen. Ik vind het namelijk belangrijk precies te weten hoe het zit met uw klachten' (Van Staveren, 2013).

In dit stadium van het onderzoek komt de eerder genoemde, gedegen kennis van psychopathologische symptomen van pas. Een simulant is vaak niet goed

De simulant doet een onrechtmatig beroep op maatschappelijke voorzieningen en gelden

HET KRUISVERHOOR

Een strak kruisverhoor, zoals geregeld te zien in Amerikaanse politie- of rechtbankseries, kent geen open vragen. Een kruisverhoor is een reeks gesloten vragen waarop de onderzochte met 'ja' of 'nee' moet antwoorden. Dus niet: 'Waar was u op vrijdag de dertiende?' Maar: 'Was u op vrijdag de dertiende op het plaats delict, ja of nee?' *Please answer the question!*
Een kruisverhoor heeft

belangrijke voordelen. Je dwingt de onderzochte eindelijk concrete feiten te benoemen en bent niet langer afhankelijk van zijn afleidingen, uitvluchten en fantasieën. Bovendien kun je de onderzochte vragen stellen waarvan je het juiste antwoord op grond van je voorkennis al weet.
Nu zijn psychologen natuurlijk geen rechters of advocaten en is een psychologisch onderzoek (meestal) geen

onderdeel van een strafzaak. Je zult je cliënt niet snel aan een kruisverhoor willen onderwerpen omdat je de relatie goed wilt houden, zelfs als je simulatie vermoedt. Toch kan het lonen om deze techniek in te zetten als het vermoeden sterk is en de inzet hoog (zoals bij het vermoeden op een misdrijf).
Bron: Othmer & Othmer (2002)

in staat alle informatie van internet op waarde te schatten. Sommigen verraden zich door alle DSM-criteria van een bepaalde stoornis op te sommen, anderen melden nogal wat zeldzame symptomen.

Bij het simuleren van een psychose worden vooral positieve symptomen gemeld (zoals wanen en hallucinaties) en zelden of nooit negatieve symptomen (zoals een gebrek aan energie en apathie). Echte auditieve hallucinaties lijken doorgaans van buiten het hoofd te komen, voelen alsof ze niet bij de persoon horen, zijn beangstigend, zijn niet continu aanwezig, wekken de cliënt niet uit zijn slaap, en raken bij afleiding en sociale interactie op de achtergrond. Bevelshallucinaties zijn eenvoudige en duidelijke opdrachten die de cliënt over het algemeen goed kan weerstaan (Resnick, 2007; Resnick & Knoll, 2008; Conroy & Kwartner, 2006). Echte wanen worden het liefst verborgen gehouden. Wanen ontstaan en verdwijnen geleidelijk, zijn consistent met eerdere gedragspatronen van de cliënt en komen voor met (moeilijk te simuleren) formele denkstoornissen (Conroy & Kwartner, 2006).

Iemand met een posttraumatische stressstoornis is over het algemeen uiterst terughoudend in het praten over de traumatische gebeurtenis(sen). Dit in tegenstelling tot de simulant, die openlijk en gedetailleerd over zijn trauma zal willen spreken in de hoop op erkenning. Bij echte PTSS zie je

naast deze kenmerkende vermijding vaak ook ontkenning van emoties en afvlakking van het affect (Conroy & Kwartner, 2006). Bij een echte, ernstig depressieve cliënt komen cognitieve stoornissen voor, naast typische non-verbale symptomen zoals psychomotorische vertraging en vertraagde spraak. Ontbreken deze symptomen, dan is er een discrepantie tussen de anamnese en het psychiatrisch onderzoek en wordt simulatie waarschijnlijker (Conroy & Kwartner, 2006).

TESTS

Hoewel geen enkele diagnostische test simulatie met zekerheid kan aantonen of uitsluiten, kunnen zulke tests de opsporing van simulatie wel ondersteunen. Deze tests maken gebruik van het gegeven dat simulanten de neiging hebben te onderpresteren (zoals bij de figuren van Rey en de Amsterdamse Korte Termijn Geheugen Test), of teveel zeldzame symptomen te rapporteren (zoals bij de *Wildman Symptom Checklist* en de *Structured Inventory of Malingered Symptomatology*). Scores onder testniveau kunnen dan duiden op simulatie.

SYMPTOOMSUGGESTIE MET DE WILDMAN SYMPTOM CHECKLIST

Het is mogelijk om tijdens het explorerend onderzoeksgesprek simulatie al waarschijnlijker te maken. De onderzoeker maakt gebruik

EEN CASUS

Cliënte is een 54-jarige asielzoekster die geen Nederlands spreekt en daarom met haar negentienjarige dochter naar de praktijk komt. Volgens de huisarts, verbonden aan het asielzoekerscentrum (azc) waar cliënte sinds kort woont, is cliënte in haar land van herkomst ernstig getraumatiseerd. De huisarts vermoedt een PTSS en vraagt de psycholoog om diagnostiek en behandeling. Hoewel het gezin al enige jaren in Nederland is en cliënte bij diverse hulpverleners in behandeling is geweest, zijn er geen medische

gegevens beschikbaar. Cliënte geeft geen toestemming om gegevens op te vragen. Zij wantrouwt 'het systeem' en heeft bovendien 'slechte ervaringen' met eerdere hulpverleners. Het gesprek verloopt grotendeels via de dochter. Het is niet mis wat cliënte heeft meegemaakt: haar man is spoorloos verdwenen, zelf is zij op brute wijze verkracht door een politieagent, haar oudste dochter is door onbekenden mishandeld. Toen cliënte hoorde dat haar man zich mogelijk in Nederland zou bevinden, is ze samen

met haar twee tienerdochters gevlucht. Het gezin is herenigd en opgevangen in een azc. De dochter wordt gedurende het gesprek steeds bozer. Met woeste gebaren vertelt ze dat het een grof schandaal is dat ze zoveel hebben meegemaakt en dan nóg geen verblijfsvergunning krijgen! De psycholoog ziet toch ook hoe erg moeder er aan toe is? Terwijl dochter venijnig op een kauwgompje kauwt, zucht moeder nog eens diep en kijkt ze de psycholoog verwachtingsvol aan.

van het gegeven dat simulanten vaak ingaan op suggesties van uitzonderlijke of niet bestaande symptomen en stelt enkele suggestieve vragen. Bijvoorbeeld: 'Hooft u stemmen van vrouwen in uw rechteroor, en stemmen van mannen in uw linkeroor?'

Om dubbelures met later af te nemen neuropsychologisch onderzoek zoveel mogelijk te voorkomen, hebben de Amerikaanse onderzoekers Wildman en Wildman een lijst van dertig onwaarschijnlijke symptomen en kenmerken samengesteld: de *Wildman Symptom Checklist* (Merckelbach, Smeets & Jelicic, 2008).

DE FIGUREN VAN REY

Bij het simuleren van cognitieve defecten kan de test met de vijftien figuren van Rey worden afgenomen. Deze test is betrekkelijk gemakkelijk af te nemen en het resultaat is veelzeggend, hoewel niet bewijzend. De cliënt wordt verzocht zich vijftien figuren te herinneren (zie figuur 1). Vanwege hun onderlinge structuur zijn deze figuren zeer gemakkelijk te onthouden, zelfs voor cliënten met ernstige cognitieve defecten (Conroy & Kwartner, 2006).

NEUROPSYCHOLOGISCH ONDERZOEK

Als er voldoende aanwijzingen zijn voor simulatie en het belang groot is – zoals bij een uitkering, verblijfsvergunning of misdrijf –, dan kun je overwegen om een neuropsychologisch onderzoek te (laten) doen. De in Nederland meest gebruikte tests zijn de *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (de SIMS) en de Amsterdamse Korte Termijn Geheugen Test (de AKTG; Schmand, De Sterke en Lindeboom (1999)). Beide onderzoeken zijn betrouwbaar en gevalideerd.

De SIMS is gebaseerd op de neiging van simulanten om te veel zeldzame symptomen te rapporteren. De test spoort 'naïeve uitspraken' op en bestaat uit

Sommige simulanten verraden zich door álle DSM-criteria van een stoornis op te sommen

75 items verdeeld over vijf domeinen: cognitieve dysfuncties, depressie, neurologische stoornissen, psychose en geheugenstoornissen. Een score van zestien of hoger wordt als alarmerend beschouwd.

De AKTG is gebaseerd op het doelgericht onderpresteren door simulanten (Jelicic, Merckelbach & Cima, 2003). Bij de AKTG moet de cliënt steeds vijf woorden (prototypen van een bepaalde categorie) inprenten, dan een rekensom maken, en vervolgens uit opnieuw vijf woorden die drie kiezen die ook bij de oorspronkelijke vijf voorkwamen.

CONFRONTEREN

Je hebt nu al het 'indirecte bewijs' verzameld: het dossier uitgebreid onderzocht, kennis genomen van alle externe informatiebronnen, de anamnese en liefst ook de heteroanamnese afgenomen, en eventueel aanvullend neuropsychologisch onderzoek gedaan. Je hebt een sterk vermoeden dat de cliënt zijn klachten simuleert, maar keihard bewijs ontbreekt.

Soms helpt het om de cliënt in dit stadium te wijzen op eerder in het onderzoek geconstateerde discrepanties en inconsistenties om zo een 'bekentenis' af te dwingen. Dit kun je doen door tegenstellingen naast elkaar te plaatsen: 'Eerst zegt u ... (lees eventueel uit de gemaakte aantekeningen voor), maar even later zegt u ... Hoe kan dat?' Of: 'Aan de ene kant zegt u dit ... , en aan de andere kant zie ik bij onderzoek dat ... Wat vindt u daarvan?' Wanneer je dit op een neutrale, niet veroordelende toon doet, geef je de simulant de kans zonder al te veel gezichtsverlies alsnog de waarheid te vertellen.

Kies je ervoor om de cliënt met je vermoeden te confronteren, gebruik dan liefst een niet-beschuldigende ik-boodschap als: 'Ik heb begrip

FIGUUR 1. DE FIGUREN VAN REY

A	B	C
1	2	3
a	b	c
I	II	III
o	◇	□

voor uw problemen. Het is de wijze waarop u die problemen probeert op te lossen waar ik moeite mee heb. Ik wil daar niet in meegaan.' Of: 'Ik heb geen moeite met u als persoon. Ik heb moeite met uw verhaal. Ik ben daarin eerlijk, zodat u weet waar u aan toe bent. Ik hoop dat u ook tegen mij eerlijk wilt zijn' (Van Staveren, 2013).

EEN CONCLUSIE TREKKEN

Zonder 'bekenenis' heb je misschien wel een sterk vermoeden dat er sprake is van simulatie, maar heb je geen bewijs. Je kunt je ook vergissen. Hoe trek je een conclusie uit het onderzoek zonder de cliënt al te veel voor het hoofd te stoten of valselijk te beschuldigen?

Als onderzoeker van bijvoorbeeld arbeids(on)geschiktheid, letselschade of pro-Justitia-beoordelingen kun je volstaan met een conclusie als: 'Op grond van dit onderzoek heb ik onvoldoende aanwijzingen voor een psychiatrische stoornis.' Je kunt daarbij kiezen voor een zogenaamde wij-boodschap, waarbij je jezelf subtiel uit een ongewenste machtspositie houdt; niet ik, maar wij (de beroepsgroep) zijn deze mening toegedaan. 'Wij psychologen / psychiaters herkennen dit klachtenpatroon niet als een bekende psychiatrische diagnose.'

Houd er wel rekening mee dat de simulant zonder een psychiatrische diagnose waarschijnlijk zijn beoogde doel misloopt. Dit is voor de simulant hoe dan ook slecht nieuws. Het is om die reden verstandig om toch met een escalatie rekening te houden en veiligheidsmaatregelen te nemen (zoals het inlichten van een collega of een alarmknop onder handbereik), zeker wanneer je vermoedt dat de simulant een antisociale persoonlijkheid heeft.

OVER DE AUTEUR

Remke van Staveren is psychiater. Naast haar werk als psychiater verricht zij bestuursrechtelijke rapportages, en publiceert en doceert zij regelmatig over patiëntgerichte communicatie. E-mail: vanstaverenexpertise@gmail.com. Dit artikel is een bewerking van een hoofdstuk uit haar boek *Patiëntgerichte communicatie in de ggz* (De Tijdstroom, 2013).

Summary

THE PSYCHOLOGIST AS DETECTIVE

R. VAN STAVEREN

Malingering is the act of conscious, gross exaggeration of symptoms or impairment for financial or legal benefits. The malingering of psychiatric disorders is perhaps more prevalent than previously thought. The risk of malingering increases as the client's interest is greater, his health history proves to be unlikely and inconsistent, and psychological examination shows discrepancies. Most frequent malingered diseases in mental health care are: posttraumatic stress disorder, psychosis (hallucinations and delusions), cognitive impairment (memory loss, dementia) and mental retardation. It is important to recognise malingering, as it prevents illegitimate claims on social facilities and funds, as well as damage to the person concerned and damage to the relationship with the psychologist. Adequate psychological research and neuropsychological tests can help detect malingering. Malingering, however, cannot be proven.

Literatuur

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual disorders* (5th ed.). Washington: APA.
- Conroy, M.A. & Kwartner, P.P. (2006). Malingering. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 2(3), 29-51.
- Jelicic, M., Merkelbach, H. & Cima, M. (2003). Over het simuleren van cognitieve stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 687-695.
- Merkelbach, H., Smeets, T. & Jelicic, M. (2008). Onwaarschijnlijke symptomen simuleren: de Wildman Symptom Checklist. *Neuropsychiatry*, 2, 53-57.
- Mol, E. (2008). Simulatie. In B.A. Blansjaar, M.M. Beukers & W.F. van Kordelaar (Red.). *Stoornis en delict* (pp. 267-276). Utrecht: De Tijdstroom.
- Othmer, E. & Othmer, S.C. (2002). *The clinical interview using DSM-IV-TR. Volume 2: the difficult patient*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Resnick, P.J. (2007). My favourite tips for detecting malingering and violence risk. In S.C. Shea (Red.). *Clinical Interviewing: Practical Tips from Master Clinicians* (pp. 227-232). Philadelphia: Saunders.
- Resnick, P.J. & Knoll, J.L. (2008). Malingered Psychosis. In R. Rogers (Red.). *Clinical Assessment of Malingering and Deception* (pp. 51-68). New York: The Guilford Press.
- Schmand, B., Lindeboom, J., Schagen, S., Heijt, R., Koenen, T. et al.. (1998). Cognitive complaints in patients after whiplash injury: The impact of malingering. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 64, 339-343.
- Schmand, B., Sterke, S. de & Lindeboom, J. (1999). *Amsterdamse Korte Termijn Geheugen Test*. Amsterdam: Pearson.
- Silverman, J., Kurtz, S. & Draper J. (2006). *Vaardig communiceren in de gezondheidszorg*. Den Haag: Lemma.
- Singh, J., Avasthi, A. & Grover, S. (2007). Malingering of Psychiatric Disorders: a Review. *German Journal of Psychiatry*, 10, 126-132.
- Van Schelven, Th. (1919). De tegenwoordige stand van het vraagstuk der traumatische neurosen. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 63, 1703-1718.
- Van Staveren, R. (2013). *Patiëntgericht communiceren in de ggz*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Tongeren, C. (2011). Aan het woord. Harald Merkelbach: 'We moeten meer doordringen raken van het fenomeen simuleren.' *Psychopraktijk*, (3)4, 3-6.

Mannen zouden gemiddeld minder goed zijn in het herkennen van emoties dan vrouwen, aandacht van mannen zou over het algemeen meer naar agressieve signalen worden toegetrokken. Bij agressieve mannelijke delinquenten zijn deze twee kenmerken versterkt ten opzichte van gezonde mannen. Mariska Kret laat zien dat delinquenten die een gewelddadig delict hebben gepleegd, problemen hebben met het verwerken van meerdere emotionele signalen tegelijkertijd, vooral wanneer er agressieve cues aanwezig zijn.

PERCEPTIE VAN GEZICHTS- EN LICHAAMSEXPRESSIONE BIJ GEWELDDADIGE DELINQUENTEN

WANNEER EEN LACH EEN VUIST WORDT

Emotionele signalen zijn duidelijk af te lezen van het gezicht en lichaam en dienen als cruciale regulatoren van sociaal gedrag (Frijda, 1986; De Gelder et al., 2010). Uitdrukkingen van emotie worden over het algemeen makkelijk herkend en lokken snelle reacties uit in de waarnemer (Becker et al., 2007; Fox et al., 2000; Schupp et al., 2004; Bannerman et al. 2009).

Mensen verschillen onderling enorm in hoe ze anderen emoties ervaren en hoe ze daarop reageren. De grootste verschillen komen voort uit verschillen in eerdere ervaringen die sterk samenhangen met omgevingsfactoren. Daarnaast zijn er verschillen tussen mannen en vrouwen. Meerdere onderzoeken hebben aangetoond dat mannen dreiging beter opmerken dan vrouwen, wat er echter ook voor zorgt dat ze bepaalde situaties of personen ten onrechte als dreigend zien (Becker et al., 2007; Zebrowitz et al., 2010; Ohman & Dimberg, 1978; Marinkovic & Halgren, 1998). Mazurski et al. (1996) vonden een verbeterde elektrodermale respons (hogere geleiding door verhoogde zweetproductie gemeten met elektroden op de vingers) bij mannen die keken naar mannelijke gezichten met een boze expressie. De reactie van deze mannen duidt op verhoogde sympathische activiteit – grotere opwindingsgraad.

Een verminderde herkenning van emoties, en daarnaast een verkeerde, negatieve interpretatie van gezichtsuitdrukkingen, wordt vaak waargenomen bij mannelijke criminelen (Gery et al., 2009; Hoaken et al., 2007; McCown et al., 1986; Sato et al., 2009), hetgeen wellicht ten dele verklaard kan

worden door het feit dat deze mannen geregeld vanaf jonge leeftijd zijn blootgesteld aan agressie (Lansford, 1995). Bovenstaande onderzoeken suggereren dat de vertekening richting dreiging, en de reactie op dreiging, vooral sterk is bij mannen, met name wanneer zij te maken hebben met andere mannen.

Onderzoek met agressieve delinquenten heeft een duidelijk verband laten zien tussen agressie en de verminderde herkenning van gezichtsuitdrukkingen. Maar in het dagelijks leven zien we meer dan alleen het gezicht. Emoties zoals blijdschap en boosheid worden sterk uitgedrukt via het lichaam. Als je naar een lichaamsexpressie kijkt, dan worden hersengebieden actief die je in staat stellen om snel te reageren, bijvoorbeeld vechten of vluchten in reactie op het zien van een man met opgeheven vuist in een donker steegje (De Gelder et al. 2004; Grèzes et al., 2007). Mijn collega's en ik vonden dit hersenactivatiepatroon terug in een fMRI-studie, maar zagen dit patroon versterkt in mannen, vooral wanneer ze keken naar een dreigende mannelijke lichaamsexpressie (Kret et al., 2011).

Met de bevinding van deze studie en de bevindingen van studies van andere onderzoekers (Gery et al., 2009; Hoaken et al., 2007; McCown et al., 1986; Sato et al., 2009), ontstond het idee een serie experimenten op te zetten om de invloed van agressie te onderzoeken op de perceptie en interpretatie van agressieve lichaamstaal. Ik was op dat moment juist een samenwerking aangegaan met prof. dr. Karin Roelofs, een expert op het gebied van sociale angst, en het leek me

Mensen verschillen onderling enorm in hoe ze andermans emoties ervaren en hoe ze daar op reageren

interessant om die klinische lijn samen met mijn voormalige promotor Beatrice de Gelder door te trekken naar lichaams-expressies en agressie. Gezien het feit dat 95% van de gevangenen in Nederland man is, van wie een derde is veroordeeld voor een gewelddadig delict, was de stap naar de gevangenis snel gemaakt (CBS, 2007: <http://statline.cbs.nl>, *registered criminality in the Netherlands*). Het hoofdkantoor Dienst Justitiële Zaken (DJZ) in Den Haag bood mij de mogelijkheid om mijn studie in drie verschillende gevangenis- nissen uit te voeren.

METHODE

PROEFPERSONEN Binnen de instellingen werd alles op alles gezet om mannen te vinden die bereid waren om mee te doen aan mijn onderzoek. Die mannen moesten een zeer ernstig geweldsdelict gepleegd hebben met een mannelijk slachtoffer (ernstige mishandeling, gewapende overval gepaard met bedreigingen en extreem fysiek geweld, poging tot doodslag of moord), en jonger zijn dan 65 jaar. Ik wilde gevangenen van de psychopathie-afdeling uitsluiten omdat deze vaak verschillende comorbide stoornissen hebben naast agressieproblematiek (Palomo et al., 2007). Om de meest agressieveaders te testen, werden interne psychologen, maatschappelijk werkers en bewakers ingezet voor de recrutering. Zij namen het aantal recidieven en het aantal keer dat iemand in de isoleercel belandde mee in hun oordeel.

Uiteindelijk vonden we 29 jonge mannen (gemiddeld 32 jaar oud) bereid om mee te doen. Dertien van hen zaten vast voor moord, en zestien voor een gewapende overval gepaard met extreem fysiek geweld. Gemiddeld zaten ze zo'n drie jaar vast (variërend van vier maanden tot twaalf jaar). Bij het

selecteren van gevangenen zochten we meteen een passende controleproefpersoon. Deze diende niet gevangen te zitten, moest dezelfde leeftijd, een vergelijkbaar opleidingsniveau en een vergelijkbare nationaliteit hebben. Deze mannen vonden we via Nederlands-als-Tweede-Taal-cursussen, reïntegratiecursussen voor werklozen, via het ondersteunend personeel van de universiteit en via advertenties.

EXPERIMENTELE TAKEN De deelnemers werden individueel getest in de gevangenis, of op de Universiteit van Tilburg. De testsituatie van de controlegroep werd zo gelijk mogelijk gehouden als die van de gevangengroep (de experimenten zijn in dezelfde maanden uitgevoerd, dezelfde apparatuur werd gebruikt en dezelfde testleider werkte altijd volgens hetzelfde uitgeschreven protocol).

Proefpersonen kregen vier verschillende taken. Voor- gaand emotie-onderzoek heeft met name gebruik gemaakt van foto's van gezichtsexpressies (Frijda, 1986). Maar in een natuurlijke situatie zijn emoties dynamisch en worden ze tevens uitgedrukt met het lichaam en moeten ze kloppen met de situatie waarin de persoon zich bevindt. Door het een voor een manipuleren van deze kenmerken – lichaamstaal (Experiment 1), de dynamiek (Experiment 2), het gezicht als context (Experiment 3), en de scène als context (Experiment 4) – krijgen we meer inzicht in de specifieke factoren die zorgen voor een verstoorde verwerking van emotionele signalen en bouwen we voort op het eerdere onderzoek met gezichtsexpressie (Sato et al., 2009; Hoaken et al., 2007; Von Borries et al., 2012).

In de verschillende experimenten worden accuratesse, vergissingen en reactietijden geanalyseerd in zogeheten *mixed multilevel*-modellen in SPSS waarin de verschillende experimentele condities en de twee groepen zijn opgenomen. Voor een uitvoerige beschrijving verwijs ik naar een eerder verschenen artikel (Kret & De Gelder, 2013).

RESULTATEN

EXPERIMENT 1 In de eerste taak moesten de proefpersonen lichaamsexpressie matchen. Op een laptop-beeldscherm zagen ze drie lichaamshoudingen: een boven en twee onder, waarvan er een dezelfde emotie had als de bovenste persoon (verdrietig, blij, boos of angstig). Via een kastje met knoppen gaven ze aan of het linker- of rechterplaatje dezelfde emotie had als de bovenste.

De gevangenen en controleproefpersonen werden vergeleken op 1) hoe goed ze waren in het matchen van

emoties (accuratesse), en 2) in welke mate ze werden afgeleid door bepaalde emoties (accuratesse als functie van het – qua emotie – afwijkende en afleidende plaatje).

De factoren in de statistische analyse waren: emotie (4) * sekse acteur (2) * groep (2).

UITKOMSTEN Over het algemeen verschilden gevangenen qua accuratesse niet van controleproefpersonen. Wanneer het afleidende plaatje echter, zoals in figuur 1 rechtsonder op het beeldscherm te zien, een agressieve man betrof, daalde de accuratesse van gevangenen gemiddeld meer dan die van de controlegroep. De aandacht werd toegenomen naar de agressieve, mannelijke lichaamsexpressie. Deze uitleg is in lijn met een recente studie van Von Borries et al. (2012). Zij constateerden dat het bij gevangenen ontbrak aan een automatische vermijdingsdrang van boze gezichtsuitdrukkingen, iets wat gezonde proefpersonen wel hebben.

EXPERIMENT 2 Een ander veel besproken fenomeen uit de literatuur over gevangenen is 'de vijandige attributiebias': de neiging om situaties of een gezichtsexpressie als negatief te zien (Dodge et al., 1990). In Experiment 2 onderzochten

we of deze bias ook aanwezig is bij emotionele lichaamstaal. Dit keer kozen we niet voor foto's van lichaamstaal maar voor filmpjes van twee seconden waarin de emoties boosheid, angst en blijdschap te zien waren. We lieten de emotie verdriet hier achterwege omdat deze emotie minder dynamisch is dan de andere drie (De Gelder et al., 2009).

De proefpersoon werd na afloop van elke video gevraagd de emotie te benoemen door op de knop te drukken met het corresponderende etiket. Doordat de response werd uitgesteld, analyseren we hier enkel accuratesse en fouten en geen reactietijden.

De factoren in de statistische analyse zijn emotie (3) * groep (2).

UITKOMSTEN Gevangenen herkenden angstige bewegingen minder goed dan de controlegroep. Zoals te zien in figuur 2 interpreteerden gevangenen de angstige lichaamsbeweging veel vaker als boos dan de controlegroep.

EXPERIMENT 3 In het dagelijks leven zenden we soms ambigue signalen uit, proberen we onze emoties in toom te houden, of juist kunstmatig te versterken. Denk aan een vader die zijn kind streng toespreekt en een boos gezicht

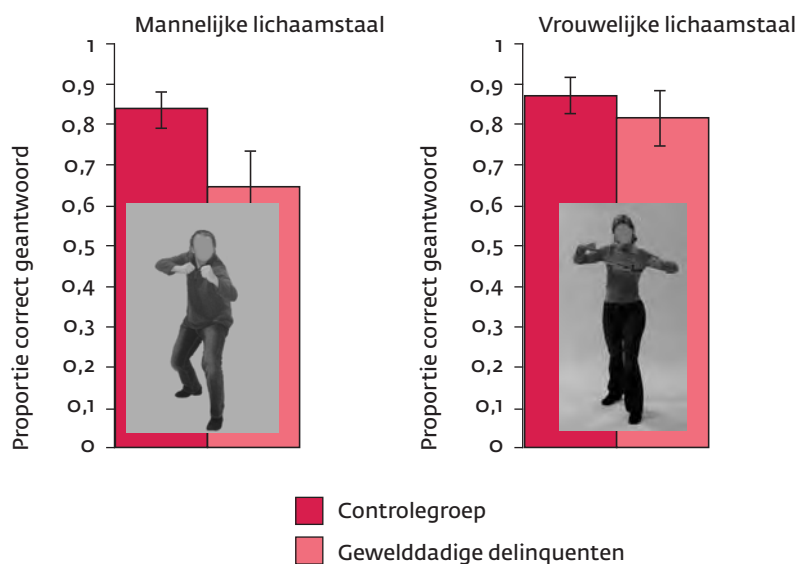
FIGUUR 1

Het matchen van emoties



Het bovenste beeld laat een man zien met een verdrietige lichaamshouding. Terwijl de persoon linksonder dezelfde emotie laat zien als de bovenste persoon, heeft de rechter persoon een agressieve houding. De proefpersoon zou hier op de linkerknop van de knoppenbox moeten drukken en het agressieve beeld negeren.

Agressieve lichaamsexpressie als afleidend beeld



opzet, terwijl hij inwendig moet lachen waardoor zijn lichaamshouding ontspannen is. In veel situaties lukt het ons beter om ons gezicht in de plooi te houden dan dat we volledige controle hebben over ons lichaam. Het resultaat is incongruentie tussen de emotie die het gezicht en lichaam laten zien (Kret et al., 2013).

In Experiment 3 kregen de proefpersonen heel kort (100 ms.) plaatjes te zien van boze, angstige of blijge gezichten die in *Photoshop* geplakt waren op lichamen die ofwel dezelfde of juist een andere emotie lieten zien als het gezicht. We kozen bewust voor een zeer korte aanbestedingstijd van de stimuli; zo wilden we voorkomen dat proefpersonen honderd procent correct zouden antwoorden en we geen verschil meer zouden zien tussen de emoties of groepen.

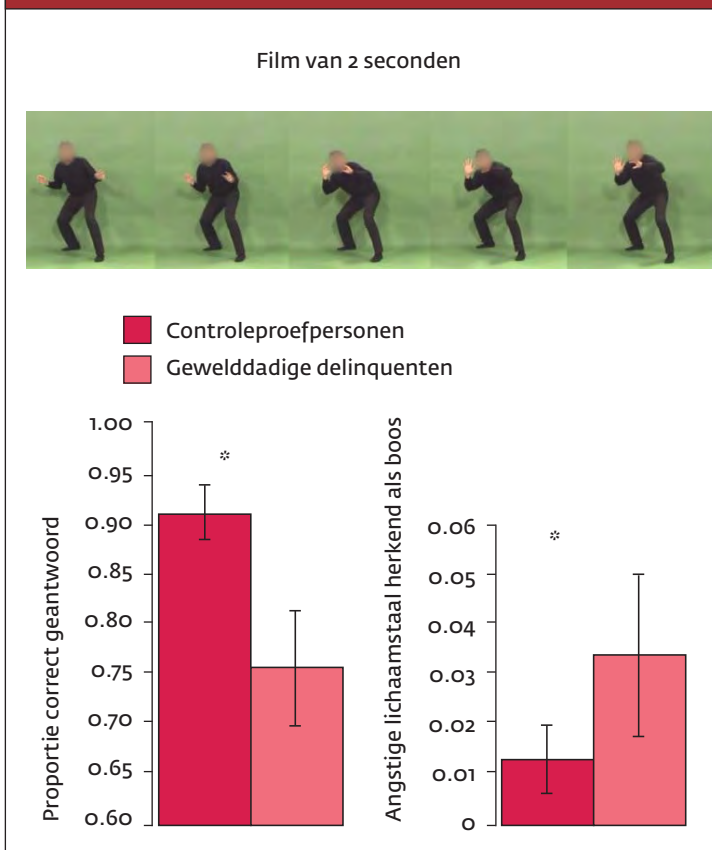
Proefpersonen moesten zo snel en accuraat mogelijk de gezichtsexpressie aangeven, wederom middels de box met knoppen met emotie-labels. Bijkomende instructie was de lichaamshouding te negeren. Op deze manier konden we

onderzoeken in welke mate die lichaamshouding toch van invloed was op de interpretatie van de gezichtsexpressie en op de snelheid van de respons.

De statistische analyse bevatte de factoren emotie gezicht (3) * emotie lichaam (3) * groep (3).

UITKOMSTEN In lijn met eerder onderzoek bleek dat alle proefpersonen een gezichtsexpressie sneller en accuraat herkennen wanneer die gepaard ging met dezelfde lichaamsexpressie (Kret et al., 2013). Werden de gevangenen met de controlegroep vergeleken, dan bleek dat ze minder accuraat waren dan de controlegroep bij de incongruente beelden (bijvoorbeeld een boos of blij gezicht gecombineerd met een angstige lichaamshouding). Het grootste effect werd gevonden bij een combinatie van een blij gezichtsexpressie met agressieve lichaamstaal. De gevangenen waren hier minder accuraat en ook langzamer in het herkennen van blijdschap dan de controlegroep – zie voor een grafische weergave figuur 3.

FIGUUR 2



EXPERIMENT 4 Normaal gesproken zien we een persoon nooit zonder context. Vrijwel altijd zien we iemand in een bepaalde omgeving waarin anderen aanwezig zijn. Deze extra informatie helpt je onbewust de emotie van de persoon naar wie je kijkt, te interpreteren. Uit eerder onderzoek (Kret & De Gelder, 2010) bleek dat proefpersonen de lichaamsexpressie van een persoon beter konden herkennen in een bijpassende situatie. Het was bijvoorbeeld makkelijker om een blij persoon als zodanig te herkennen op een feestje dan bij een gewelddadige demonstratie of sportevenement.

Ik verwachtte daarom dat, wanneer ik deze stimuli aan gevangenen zou laten zien (wederom weer voor slechts 100ms), dat zij het erg moeilijk zouden vinden om een blij persoon te herkennen tegen de achtergrond van een gewelddadige scène. Proefpersonen kregen de instructie de emotie van de persoon midden voor te benoemen middels de knoppenkast met de labels 'boos' en 'blij'. Ze kregen blij en boze lichaamshoudingen te zien die waren geplaatst in verschillende scènes. De scènes drukten boosheid (bijvoorbeeld een groep strijd lustige demonstranten) of blijdschap (feestende mensen) uit, of lieten geen sterke emotie zien maar wel een duidelijke actiecomponent (sportende mensen; zie Kret en De Gelder (2010) voor de details).

Proefpersonen kregen de opdracht zich te concentreren op de middelste figuur en de scène te negeren. De factoren in de statistische analyse waren: lichaamsexpressie (2) * emotie in de scène (3: boos, blij, neutraal) * groep (2).

UITKOMSTEN Bij het analyseren van accuratesse vonden we een interactie tussen groep, lichaamsexpressie en emotie in de scène. Net als in het tweede experiment hadden gevangenen meer last van incongruentie (de persoon op de voorgrond en de scène die daar qua emotie niet bij paste) dan de controlegroep. Zoals te zien in figuur 4 was dit inderdaad met name het geval bij een blij persoon midden in een gevecht.

DISCUSSIE

In een situatie waarin agressieve lichaamstaal contrasteert met een lachend gezicht of waar een blij houding geplaatst is in een agressieve scène, wordt het gedrag van gewelddadige delinquenten beïnvloed door de aanwezigheid van dreigende signalen zoals agressieve lichaamstaal. De resultaten van de vier experimenten laten consistente bevindingen zien. Uit het eerste experiment bleek dat gewelddadige delinquenten worden afgeleid door agressieve mannelijke lichaamstaal. In het tweede experiment interpreterden delinquenten angstige lichaamsbewegingen als agressief. Uit het derde experiment kwam naar voren dat delinquenten een blij gezicht niet herkenden als onderdeel van een agressieve houding. Het vierde experiment liet zien dat gevangenen moeite hebben met het herkennen van blij lichaamshoudingen in een gewelddadige scène.

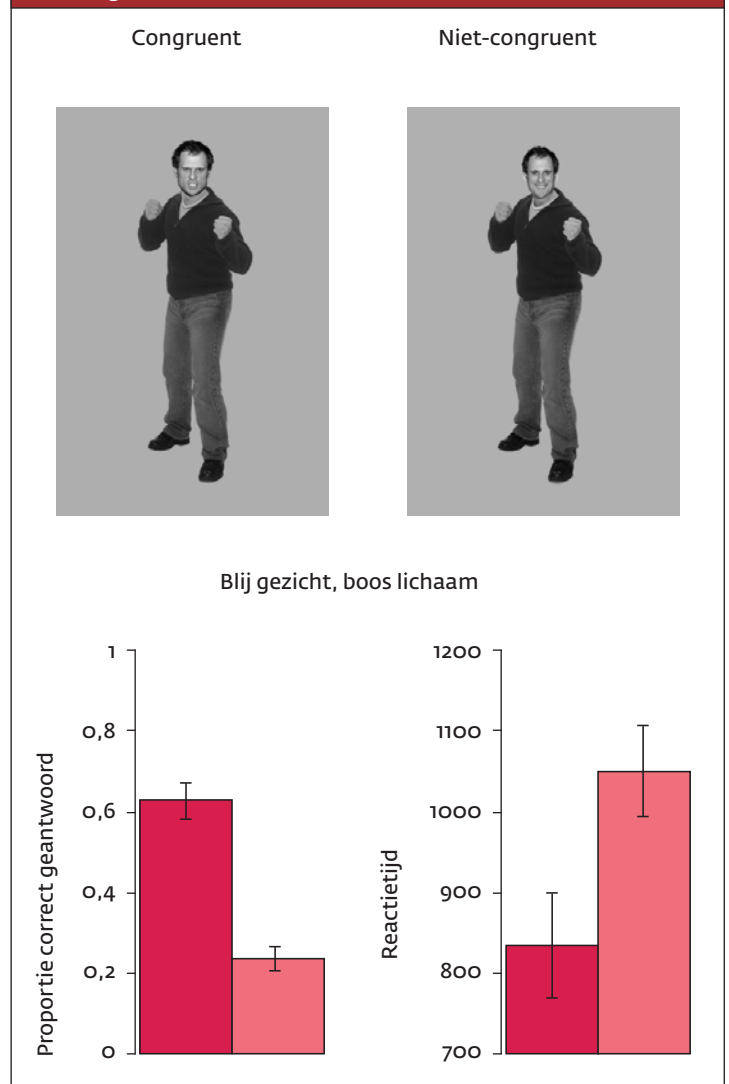
Eerdere studies hebben aangetoond dat agressieve delinquenten gemiddeld genomen moeite hebben met het herkennen van gezichtsuitdrukkingen (Gery et al., 2009; Hoaken et al., 2007; McCown et al., 1986; Sato et al., 2009). De huidige studie voegt hier aan toe dat delinquenten sterk reageren op agressieve houdingen, die een meer direct fysieke bedreiging vormen dan een gezichtsexpressie, met name wanneer ze van een man afkomstig zijn (Kret et al., 2011).

Gevangenen waren over het algemeen niet slechter in het herkennen van emoties dan controleproefpersonen. Er ontstonden vooral problemen wanneer er meerdere emoties tegelijkertijd gepresenteerd werden en wanneer dreigende houdingen moesten worden genegeerd. In het derde en vierde experiment presteerden gewelddadige delinquenten even goed op de emotioneel congruente trials als de controlegroep. Maar deze delinquenten waren minder goed in het herkennen van emoties van de incongruente beelden, vooral wanneer de context agressie liet zien. Mogelijk ontlenen gewelddadige delinquenten een andere betekenis aan bepaalde incongruente combinaties dan controleproefpersonen. In sommige situaties is de context of een lichaamshou-

ding informatiever voor de juiste interpretatie van een emotie; delinquenten kunnen gevoeliger zijn voor deze signalen.

In die zin is het oneerlijk te concluderen dat gewelddadige delinquenten slecht zouden zijn in het herkennen van gezichtsuitdrukkingen wanneer de lichaamstaal afwijkt of wanneer de lichaamshouding niet past bij de scène. Zo kan een persoon met een blij lichaamshouding onder een groep vechtende mensen gezien worden als iemand die het gevecht aanmoedigt. Wellicht dat mensen die uit eerste hand veel ervaring hebben met gevechten, een lachend persoon met

FIGUUR 3

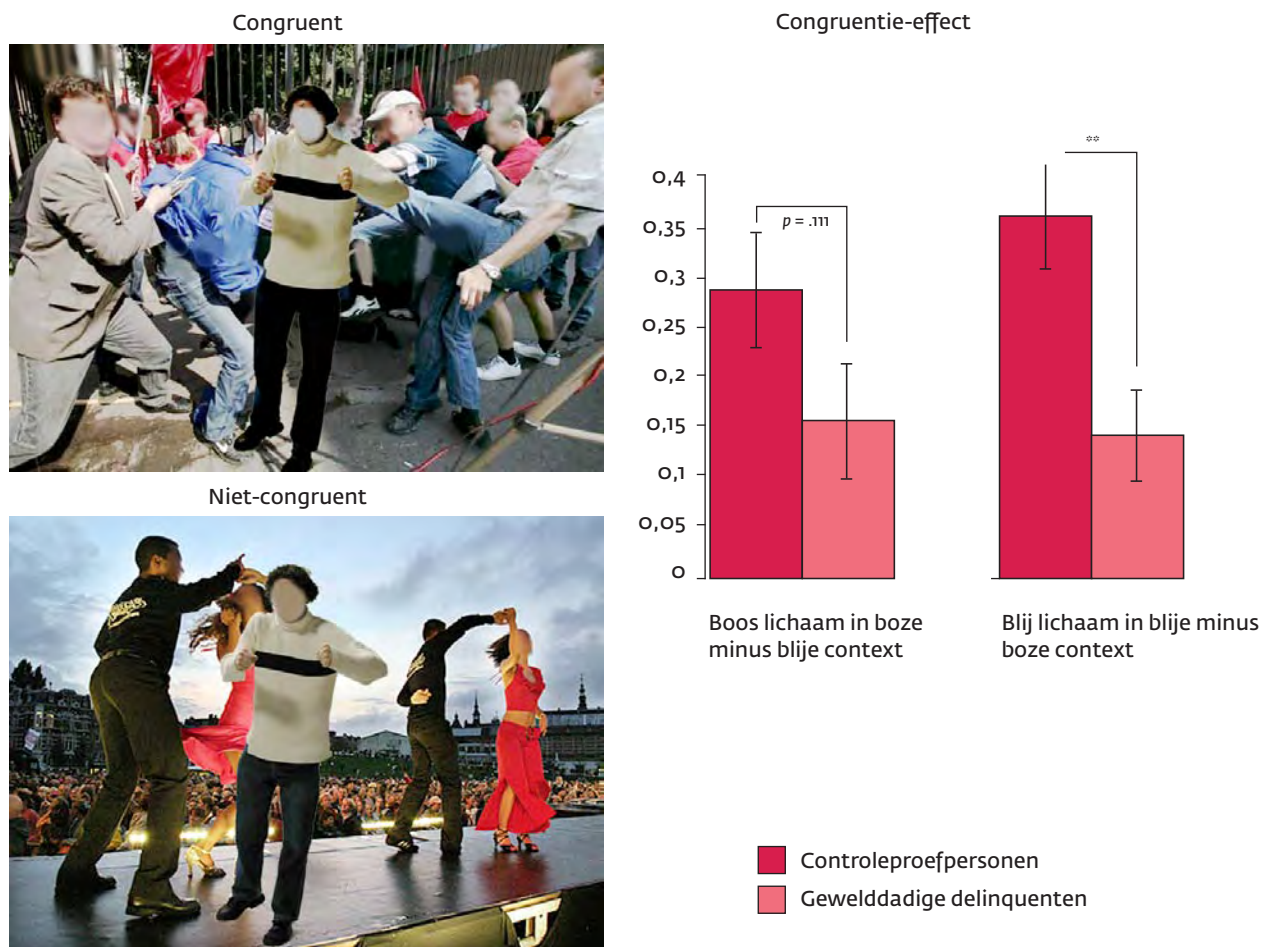


Gevangenen hebben moeite met het herkennen van blij lichaams-houdingen in een gewelddadige scène

een agressieve houding als extra bedreigend zien omdat de lach in die context als dominant, minachtend of als uitlachen gezien kan worden. Eerdere studies hebben aangetoond dat agressieve mensen geneigd zijn mensen en situaties negatief te beoordelen (Dodge, 1990; Copello & Tata, 1990; Black et al., 1997). De huidige studie ondersteunt deze bevindingen.

De effecten van de hierboven beschreven studies kunnen mogelijk deels verklaard worden door biologische factoren zoals een verhoogde blootstelling aan bepaalde hormonen als testosteron en genetische factoren. Ervaringen tijdens de kindertijd hebben waarschijnlijk een nog veel belangrijker rol gespeeld. Veel daders groeien op in een gewelddadige omgeving en agressie hoort tot hun dagelijkse routine (Cima et al., 2008; Driessen et al., 2006; Heide & Solomon, 2006; Hosser et al., 2007; Kopp et al., 2009; Lansford, 1995;

FIGUUR 4



Lindberg et al., 2009; Poythress et al., 2006). De negatieve omgevingsfactoren hangen samen met een hogere neiging tot boosheid en reactieve woede (Gardner, 2008). In dergelijke omgevingen kan het zinvol zijn geweest om snel, en misschien te sterk of verkeerd, te reageren op signalen van dreiging.

Een minpunt van deze studie is dat het niet direct te achterhalen is in welke mate de effecten veroorzaakt zijn door gevangenschap zelf. De controlegroep was op vrije voeten en de gevangenen zaten opgesloten in een agressieve mannenwereld. Ik ben nagegaan of de lengte van gevangenschap invloed had op de resultaten. De resultaten daarvan wezen eerder in de richting van een sterkere bias naar agressieve lichaamstaal onder de nieuwe gevangenen dan onder de gevangenen die al geruime tijd vast zaten. Toch blijft het moeilijk te zeggen waar de effecten in onze studie precies vandaan komen. Maar de belangrijkste bevinding is dat die negatieve bias en de gevoeligheid voor agressieve lichaamstaal aanwezig en meetbaar zijn.

Aangeleerde reacties kunnen met behulp van therapie worden veranderd, vooral bij jonge en niet-psychopathische gevangenen. In de afgelopen jaren zijn er al enkele interventies geweest in Nederlandse forensische instellingen zoals agressieregulatie-trainingen. De resultaten hiervan zijn positief, aldus het DJI. In de toekomst zou schematherapie wellicht aan dit succes kunnen bijdragen. Schematherapie is een relatief nieuwe en effectieve vorm van cognitieve gedragstherapie waarin mensen inzicht kunnen verwerven in patronen ofwel schema's (in dit geval bijvoorbeeld de gevoeligheid voor en reactie op agressieve lichaamstaal) die aan hun problemen ten grondslag liggen.

De in dit artikel beschreven taken zouden een aanvulling kunnen vormen op diagnostische tests, maar ze kunnen ook geïmplementeerd worden in de therapie. De mannen die ik heb getest in de gevangenis waren verbaal zwak en vonden het moeilijk om over hun gevoelens te praten. Ik merkte wel dat ze de experimentele taken met veel plezier en met grote motivatie uitvoerden. Wellicht kan in de toekomst onderzocht worden of het zinvol is om deze taken te integreren in systeemtherapie. De systeemtherapeut zou deze taken bij cliënten kunnen afnemen en de resultaten hiervan met de cliënten kunnen bespreken zodat deze zich meer bewust worden van hun schema's rondom lichaamstaal. Dit kan een opening bieden om in de systeemtherapie dieper in te gaan op lichaamstaal, door middel van technieken die gangbaar zijn binnen de systeemtherapie, maar misschien ook met behulp van experimentele taken.

Experimentele taken zijn op kleine schaal al eerder toegepast in een klinische setting en succesvol gebleken. Wiers en collega's (2012) hebben een taak ontwikkeld waarbij alcoholisten met een joystick aangeleerd wordt stimuli met beelden van alcoholische dranken te vermijden (de joystick van je afduwen) in plaats van te benaderen (de joystick naar je toetrekken). Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op de vraag of deze taak aangepast kan worden met als doel mensen met agressieproblematiek te leren hun 'approach'-neiging naar agressieve lichaamstaal te onderdrukken. Ten slotte zouden de taken beschreven in dit artikel gebruikt kunnen worden als nameting, om een objectieve maat voor het succes van een therapie te hebben die vergeleken wordt met de prestaties van cliënten bij de start van een therapie of bij de diagnose.

OVER DE AUTEUR

Dr. Mariska Esther Kret is postdoctoraal onderzoeker aan de afdeling Psychologie, Universiteit van Amsterdam, Weesperplein 4, 1018 XA, Amsterdam. E-mail: m.e.kret@uva.nl. De auteur dankt Siebe Dobbelaar voor zijn hulp bij het testen van de proefpersonen, en de drie gevangenen en het DJI-hoofdkantoor, met name Inge Henneken-Hordijk, voor hun medewerking aan dit onderzoek.

95% van de gevangenen in Nederland is man, van wie een derde is veroordeeld voor een gewelddadig delict

Summary

WHEN A SMILE BECOMES A FIST. THE PERCEPTION OF FACE AND BODY EXPRESSIONS IN VIOLENT OFFENDERS. M. E. KRET

Previous reports have suggested an enhancement of facial expression recognition in women as compared to men. It has also been suggested that men versus women have a greater attentional bias towards angry cues. Research has shown that facial expression recognition impairments and attentional biases towards anger are enhanced in violent criminal male offenders. Bodily expressions of anger form a more direct physical

threat as compared to facial expressions. In four experiments we tested how 29 imprisoned aggressive male offenders perceive body expressions by other males. The performance of all participants in a matching-to-sample task dropped significantly when the distracting image showed an angry posture. Violent offenders misjudged fearful body movements as expressing anger significantly more often than the control group. When violent offenders were asked to categorize facial expressions and ignore the simultaneously presented congruent or incongruent posture, they performed worse

than the control group, specifically, when a smile was combined with an aggressive posture. Finally, violent offenders showed a greater congruency effect than controls when viewing postures as part of an emotionally congruent scene, and did not perform above chance when categorizing a happy posture presented in a fight scene. The results suggest that violent offenders have difficulties in processing emotional incongruence when aggressive stimuli are involved and a possible bias towards aggressive body language which might have important implications for clinical interventions.

Literatuur

- Becker, D.V., Kenrick, D.T., Neuberg, S.L., Blackwell, K.C. & Smith, D.M. (2007). The confounded nature of angry men and happy women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 179-190.
- Cima, M., Smeets, T. & Jelicic, M. (2008). Self-reported trauma, cortisol levels, and aggression in psychopathic and non-psychopathic prison inmates. *Biological Psychology*, 78(1), 75-86.
- Copello, A.G. & Tata, P.R. (1990). Violent behaviour and interpretative bias: an experimental study of the resolution of ambiguity in violent offenders. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 417-428.
- De Gelder, B., Van den Stock, J., Meerens, H.K.M., Sinke, C.B.A., Kret, M.E. & Tamietto, M. (2010). Standing up for the body: Recent progress in uncovering the networks involved in processing bodies and bodily expressions. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34(4), 513-527.
- Dodge, K.A., Price, J.M., Bachorowski, J.A. & Newman, J.P. (1990). Hostile attributional biases in severely aggressive adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(4), 385-92.
- Driessen, M., Schroeder, T., Widmann, B., Von Schonfeld, C.E. & Schneider, F. (2006). Childhood trauma, psychiatric disorders, and criminal behavior in prisoners in Germany: a comparative study in incarcerated women and men. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(10), 1486-1492.
- Fox, E., Lester, V., Russo, R., Bowles, R.J., Pichler, A. & Dutton, K. (2000). Facial expressions of emotion: Are angry faces detected more efficiently? *Cognition and Emotion*, 14, 61-92.
- Frijda, N.H. (1986) Facial expression processing: E.H. Jeeves, M.A. Newcombe, F. Young, A. Dordrecht & M. Nijhoff (Eds), *Aspects of face processing* (pp. 319-325). Dordrecht: Kluwer Academic Publishing.
- Gardner, F.L. & Moore, Z.E. (2008). Understanding clinical anger and violence: the anger avoidance model. *Behavior Modification*, 32(6), 897-912.
- Gery, I., Miljkovitch, R., Berthoz, S. & Soussignan, R. (2009). Empathy and recognition of facial expressions of emotion in sex offenders, non-sex offenders and normal controls. *Psychiatry Research*, 165(3), 252-62.
- Grèzes, J., Pichon, S. & De Gelder, B. (2007). Perceiving fear in dynamic body expressions. *NeuroImage*, 35(2), 959-967.
- Heide, K.M. & Solomon, E.P. (2006). Biology, childhood trauma, and murder: rethinking justice. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(3), 220-233.
- Hoaken, P.N., Allaby, D.B. & Earle, J. (2007). Executive cognitive functioning and the recognition of facial expressions of emotion in incarcerated violent offenders, non-violent offenders, and controls. *Aggressive Behavior*, 33(5), 412-421.
- Hosser, D., Raddatz, S. & Windzio, M. (2007). Child maltreatment, revictimization, and violent behavior. *Violence and Victims*, 22(3), 318-333.
- Kopp, D., Spitzer, C., Kuwert, P., Barnow, S., Orlov, S. et al. (2009). Psychiatric disorders and childhood trauma in prisoners with antisocial personality disorder. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 77(3), 152-159.
- Kret, M.E. & De Gelder, B. (2010). Social context influences recognition of bodily expressions. *Experimental Brain Research*, 203(1), 169-180.
- Kret, M.E. & De Gelder, B. (2013). When a smile becomes a fist. The perception of face and body expressions in violent offenders. *Experimental Brain Research* 228(4):399-410.
- Kret, M.E., Pichon, S., Grèzes, J. & De Gelder, B. (2011). Men fear other men most: Sex specific brain activations in perceiving threat from dynamic faces and bodies. An fMRI study. *Frontiers in Psychology*, 2:3.
- Kret, M.E., Stekelenburg, J.J., Roelofs, K. & De Gelder, B. (2013). Perception of face and body expressions using EMG and gaze measures. *Frontiers in Psychology*, 4(28).
- Lansford, J.E., Miller-Johnson, S., Berlin, L.J., Dodge, K.A., Bates, J.E. & Pettit, G.S. (1995). Early physical abuse and later violent delinquency: a prospective longitudinal study. *Child Maltreatment*, 12, 233-245.
- Lindberg, N., Laajasalo, T., Holi, M., Putkonen, H., Weizmann-Henelius, G. & Hakkanen-Nyholm, H. (2009). Psychopathic traits and offender characteristics - a nationwide consecutive sample of homicidal male adolescents. *BMC Psychiatry*, 9, 18.
- Marinkovic, M. & Halgren, E. (1998). Human brain potentials related to the emotional expression, repetition, and gender of faces. *Psychobiology*, 26, 348-356.
- McCown, W.G., Johnson, J.L. & Austin, S.H. (1986). Inability of delinquents to recognize facial affects. *Journal of social behavior and personality*, 1(4), 489-496.
- Palomo, T., Kostzewa, R.M., Beninger, R.J., Archer, T. (2007). Genetic variation and shared biological susceptibility underlying comorbidity in neuropsychiatry. *Neurotox Res*. 12(1), 29-42.
- Poythress, N.G., Skeem, J.L. & Lilienfeld, S.O. (2006). Associations among early abuse, dissociation, and psychopathy in an offender sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(2), 288-297.
- Sato, W., Uono, S., Matsuura, N. & Toichi, M. (2009). Misrecognition of facial expressions in delinquents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(1), 27.
- Von Borries, A.K.L., Volman, I., De Bruijn, E.R.A., Bulten, B.H., Verkes, R.J., & Roelofs, K. (2012). Psychopaths lack the automatic avoidance of social threat: Relation to instrumental aggression. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 761-766.
- Wiers, R.W., Eberl, C., Rinck, M., Becker, E. & Lindenmeyer, J. (2011). Re-training automatic action tendencies changes alcoholic patients' approach bias for alcohol and improves treatment outcome. *Psychological Science* 22(4), 490-497.
- Zebrowitz, L.A., Kikuchi, M. & Fellous, J.M. (2010). Facial resemblance to emotions: group differences, impression effects, and race stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98, 175-189.

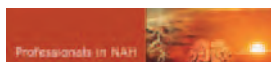
VRAAG & AANBOD

DE PSYCHOLOOG / MAART 2014 55

Ga naar www.psynip.nl/advertenties om onderstaande advertenties te bekijken

Vacatures

Gz-psycholoog 8-24 uur
WERKREGIO IN OVERLEG



Vacatures

Gz-psycholoog K&J
BILTHOVEN



Cursussen/workshops

Uw online advertentie extra onder de aandacht brengen?

Kijk voor meer informatie op www.psynip.nl bij de rubriek Vraag en Aanbod

Klinisch psycholoog
GRONINGEN



Gz-psycholoog E-Mental Health
AMSTERDAM



Uw online advertentie extra onder de aandacht brengen?

Kijk voor meer informatie op www.psynip.nl bij de rubriek Vraag en Aanbod

GZ-psycholoog (M/V)
DOETINCHEM



Praktijkruimtes

Uw online advertentie extra onder de aandacht brengen?

Kijk voor meer informatie op www.psynip.nl bij de rubriek Vraag en Aanbod

Overig

Uw online advertentie extra onder de aandacht brengen?

Kijk voor meer informatie op www.psynip.nl bij de rubriek Vraag en Aanbod

Vraag & Aanbod

Dé nieuwe advertentierubriek in *De Psycholoog*. Plaatsst u een digitale advertentie op www.psynip.nl dan is het mogelijk deze extra onder de aandacht te brengen van de 15.000 lezers van *De Psycholoog*.

De rubriek Vraag & Aanbod sluit één op één aan op uw online advertentie. De titel, keuze van rubriek en plaatsnaam worden in het blad overgenomen. Daarnaast kunt u in het blad uw (bedrijfs)logo toevoegen.

Een vermelding in het blad *De Psycholoog* is alleen mogelijk in combinatie met een online advertentie.

Adverteren in Vraag & Aanbod?

Voor meer informatie: www.psynip.nl bij de rubriek Vraag & Aanbod. Hier vindt u het digitale aanvraagformulier om een reservering te maken.

De uitgever van *De Psycholoog* en het NIP zijn niet aansprakelijk voor de inhoud van deze advertenties.

De uitgever behoudt zich het recht voor advertenties te weigeren zonder opgave van redenen.

BIJEENKOMST

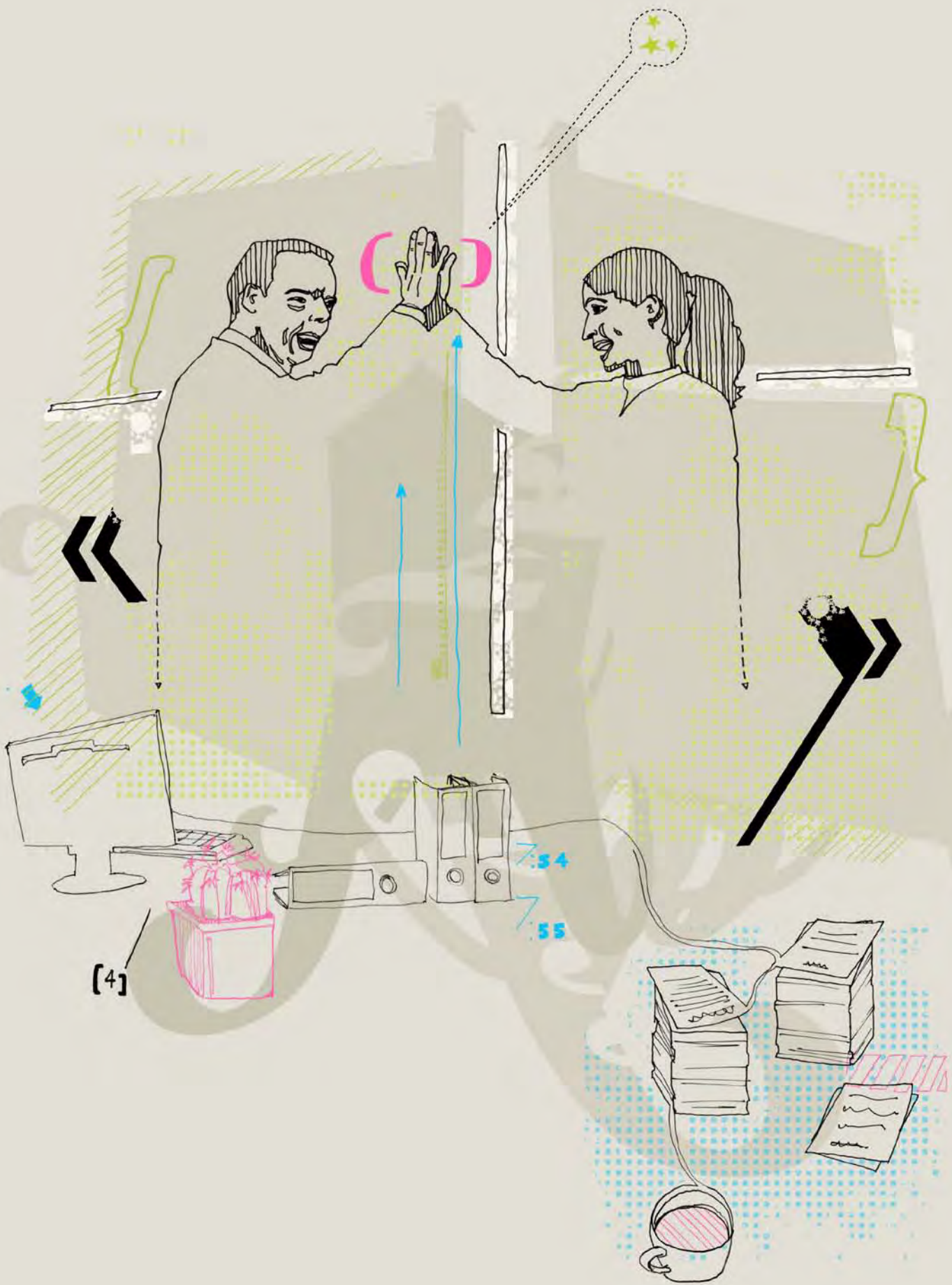
INTRINSIEKE MOTIVATIE ALS BRON VOOR VITALITEIT?

Vitaliteitsmanagement is weggelegd voor organisaties die een visie hebben. Aldus Pauline van Dorssen, trainster van *Vitale mensen in een vitale organisatie*, een nieuwe training van het NIP. Positieve psychologie en vitaliteit staan hierin centraal. De belangstelling van A&O-psychologen en A&G-psychologen is groot. Ook bedrijven en organisaties hebben behoefte aan advies en coaching op dit gebied. Kinderpsycholoog Lisa van der Heijden woonde een training bij en doet verslag.

De training 'Vitale mensen in een vitale organisatie' biedt arbeids- en organisatiepsychologen en arbeids- en gezondheidspsychologen tools waarmee meer energie en motivatie op de werkvloer wordt gecreëerd. Deze training richt zich op het ontwikkelen van vitaliteit bij individuele medewerkers én teams en organisaties. Het programma bestaat uit zes bijeenkomsten van elk vier uur en na afloop vier intervisiebijeenkomsten. Deze workshops zijn verspreid over een periode van vier maanden en vinden plaats bij het NIP in Utrecht. De cursisten krijgen actuele wetenschappelijk kennis aangeboden

en oefenen met vitaliserende werkvormen.

De training wordt gegeven door Pauline van Dorssen en Marjolijn Punt, beiden registerpsycholoog NIP/Arbeid en Organisatie. Samen met Tinka van Vuuren, hoogleraar Vitaliteitsmanagement en eveneens registerpsycholoog NIP/Arbeid en Organisatie, hebben zij de training ontwikkeld die in september 2013 is gestart. Als kinderpsycholoog woonde ik twee maanden later de derde workshop bij en heb ik mij laten verassen.



Vitale werknemers zijn gemotiveerd, veerkrachtig, energiek en hebben doorzettingsvermogen

TRAINING

Vitaliteit duidt op levendigheid, levenslust, levensenergie en levenskracht; vitale werknemers zijn gemotiveerd, veerkrachtig, energiek en hebben doorzettingsvermogen. Hierdoor zijn zij gezond en productief en hebben zij plezier in hun werk. Vitaliteitsmanagement gaat om het versterken van alle medewerkers. Het onderscheid zit erin dat de aandacht voor risicogroepen een onderdeel is van het geheel (Van Vuuren, 2011). Voorheen richtten de aë-o- en aë-g-psychologen zich vooral op herstel van 'zieke' werknemers en preventie van psychische klachten, demotivatatie en ziekteverzuim.

Bij vitaliteit wordt veelal gedacht aan de fysieke gezondheid. Uit onderzoek van Strijk et al. (2012) is gebleken dat sport, yoga en fruit eten een positief effect hebben op het gevoel van fitheid na een werkdag. Deze interventies blijken voorsnóg niet bij te dragen aan de mentale gezondheid.

Zou de training 'Vitale mensen in een vitale organisatie' antwoord geven op de vraag: wat maakt dat werknemers zich wel mentaal gezond, gemotiveerd en energiek voelen in hun werk? In grote lijnen komen de volgende onderwerpen aan bod: vitaliteit en vitaliteitsmanagement, factoren die vitaliteit en bevologenheid positief beïnvloeden, intrinsieke motivatie, *flow* van teams en individuen, zelfleiderschap, psychologisch kapitaal, kwaliteiten

en *self-efficacy*, en ten slotte vitaliteitsmanagement voor de toekomst. In de workshop die ik volgde, stond het belang van intrinsieke motivatie voor vitaliteit centraal.

ZELFDETERMINATIE Deelnemers waren twaalf aë-o- en aë-g-psychologen met diverse achtergronden. Sommigen werken bij bedrijven als KLM en Rabobank, anderen zijn zzp'er. Er wordt gestart met een rondje.

Wat mij opvalt is dat bijna iedereen actief bezig is geweest met de thema's van de vorige keer. Ik hoor reacties als: 'Leuk om te kijken naar wat er goed gaat', 'door aan de slag te gaan met vitaliteit geef je de cliënt meer eigen verantwoordelijkheid en meer ruimte, dit wordt niet door iedereen als prettig ervaren, sommige willen meer een kader,' en 'door met cliënten te kijken naar wat hun energie wegneemt en waar ze energie van krijgen leren ze leiding te nemen binnen hun eigen functie'. De sfeer in de groep is positief en ontspannen en er wordt regelmatig gelachen.

Trainster Pauline van Dorssen neemt het woord en vertelt zonder powerpoint over intrinsieke motivatie, de Zelf Determinatie Theorie (ZDT) en *job crafting*. Er wordt gesproken over het recept voor vitaliteit, dat bestaat uit intrinsieke motivatie, competentie, sociale verbondenheid en autonomie. De ZDT van Deci en Ryan (2000) laat zien wat de drijfveren zijn van een werkverslaafde, een bevologen en een opgebrande werknemer. De ZDT biedt een kader om de relatie tussen arbeidsmotivatie en werkgerelateerd welbevinden te onderzoeken. Om werknemers te stimuleren, zullen hun werkzaamheden leuk, interessant en bevredigend moeten zijn – hetgeen mij vrij vanzelfsprekend lijkt. Hieruit volgen drie basisbehoeften: competentie, verbondenheid en autonomie.

In de discussie vraagt Van Dorssen: 'Kunnen mensen die werken in een geprotocolleerde omgeving, waar sprake is van veel sociale controle en regels, intrinsiek gemotiveerd zijn voor hun werk?' Volgens Deci en Ryan zijn mensen die worden gedreven door controlesystemen niet vitaal. Van Dorssen is er echter van overtuigd dat ook deze mensen vitaal kunnen zijn. Belangrijk is of de procedures en/of regels als waardevol worden gezien. Als je iets doet omdat je het echt belangrijk vindt, kun je zeker vitaal zijn. De discussie wordt besloten

met de opmerking dat, als je aan de slag wilt gaan met vitaliseren, het belangrijk is om te kijken of het controlesysteem waardevol is.

OEFENING Om zelf te ervaren wat mijn behoefte aan autonomie, competentie en verbondenheid is, doe ik mee met een oefening. Ik moet een lastige en een positieve werksituatie in gedachten nemen. Opvallend aan mijn uitkomsten en die van de groep is dat bij beide situaties de autonomie hoog blijft, maar de verbondenheid in de negatieve werksituatie minder wordt. Dezelfde oefening kan gedaan worden bij cliënten. Leuk om dit zo zelf te ervaren.

In de pauze vraag ik de deelnemers van de cursus vinden. Deelnemers zijn erg te spreken: 'Je leert door deze cursus aan te sluiten bij wat wel goed gaat.' Iemand anders zegt: 'Het is direct toepasbaar.'

Vernieuwend is dat deze training de nadruk legt op mentale vitaliteit. Veel bedrijven zijn bezig met oplossingen te zoeken voor ziekteverzuim. Deze cursus leert je je te richten op alle medewerkers en hoe je de gehele groep intrinsiek kunt motiveren. Deelnemers leren zo om naar het positieve en naar oplossingen te kijken in plaats van naar problemen.

JOB CRAFTING Na de pauze gaat het over *job crafting*. Werknemers kunnen actief vorm aan hun eigen werk geven door wat zij zelf te bieden hebben en wat de baan vraagt beter in evenwicht te brengen. In groepjes van twee wordt geoefend met *job crafting*.

Opvallend om te zien is dat een aantal groepsleden

het gesprek met een 'werknemer' zeer goed onder de knie hebben. Eén deelnemer is zich er zelfs door het voeren van dit gesprek van bewust geworden dat hij zelf meer plezier uit zijn werk kan halen als hij zijn baan anders inricht. Hij wil hier maandag direct mee aan de slag.

Job crafting geeft je als werknemer naar mijn idee een gevoel van vrijheid, maar ook van verantwoordelijkheid. Zelf kan ik mijn baan zo inrichten dat ik er het meeste uithaal. Wie klinkt dat niet als muziek in de oren?

EN: VITALER?

Ben ik nu vitaler uit deze cursus gekomen? Het is een intensieve middag geweest na vier uur te zijn ondergedompeld in een voor mij nieuw onderwerp. Het was zeker inspirerend. De cursus zet je aan het denken, en maakt je bewust van je eigen vitaliteit en hoe je die zou kunnen vergroten. Kortom: een nuttige cursus, met een goede opbouw en afwisseling, die bovendien goed toepasbaar is in het werkveld.

Ik denk dat ik deels antwoord kan geven op de eerder gestelde vraag: wat maakt dat werknemers zich wel mentaal gezond, gemotiveerd en energiek voelen in hun werk? Sleutel is de mate van autonomie en verbondenheid. Je intrinsieke motivatie als werknemer wordt vergroot naarmate je autonomer kunt zijn. Meer vrijheid om nadruk te leggen op de dingen die je leuk vindt, zorgt voor meer energie en dat je je vitaler voelt.

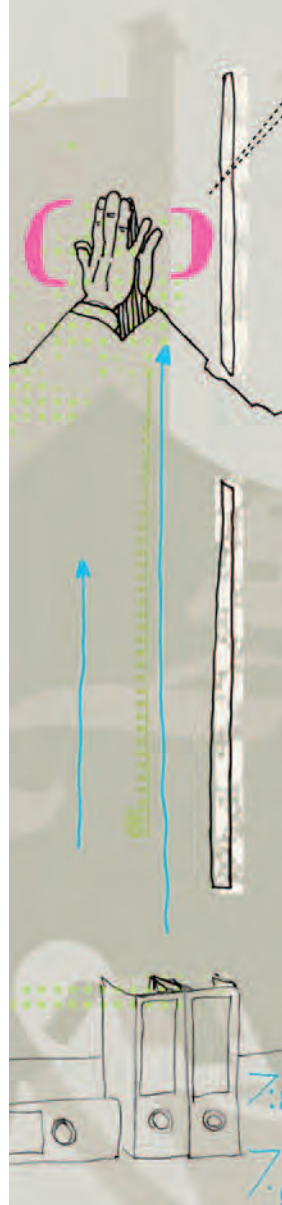
Tijdens deze cursus rees bij mij de vraag op waarom er binnen de ggz weinig aandacht is voor vitaliteit, terwijl het bedrijfsleven er zo gretig gebruik van maakt. Is dat misschien omdat het bedrijfsleven meer aandacht heeft voor goed functionerende organisaties?

OVER DE AUTEUR

Lisa van der Heijden is kinder- en jeugdpsycholoog en werkzaam als onderzoeker aan de Vrije Universiteit Amsterdam. E-mail: lisavanderheijden@gmail.com.

Literatuur

- Deci, E. L. & Ryan R. M. (2000). The 'What' and 'Why' of Goal Pursuits: Human needs and the self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Strijk, J. E., Proper, K. I., Beek, A. J. van der & Mechelen, W. van (2012). A worksite vitality intervention to improve older workers' lifestyle and vitality-related outcomes: Results of a randomized controlled trial. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66(11), 1071-1078. doi:10.1136/jech-2011-200626
- Vuuren, T. van (2011). *Vitaliteitsmanagement: je hoeft niet ziek te zijn om beter te worden!* Oratie, Open Universiteit.





Professionals in NAH zoekt:

GZ-Psycholoog 8-24 uur

Waar ga je werken?

Professionals in NAH biedt begeleiding en behandeling aan mensen met Niet Aangeboren Hersenletsel (NAH). We hebben specialistische kennis en deskundigheid op het gebied van NAH en bovendien scholen we professionals. Medewerkers binnen Professionals in NAH zijn gemotiveerd, betrokken en uitstekend in staat om zelfstandig zaken op te pakken in zelfsturende teams.

Professionals in NAH heeft gemerkt dat het reguliere aanbod van psychologenpraktijken helaas onvoldoende antwoord biedt op de specifieke vragen die mensen met NAH hebben. Ook partners van mensen met NAH merken dat er onvoldoende begrip is voor hun specifieke situatie. Adviezen blijken onvoldoende toepasbaar in de thuissituatie. Daarom bieden wij naast begeleiding ook behandeling.

Wat ga je doen?

Als GZ-Psycholoog maak je deel uit van een team professionals en richt je je op het begeleiden en behandelen van mensen met diverse klachten. Je richt je op het kernprobleem van de te behandelen persoon, dat in een aantal gesprekken aan de orde komt en afgerond wordt. Ook de partner of naaste van iemand met hersenletsel kan in aanmerking komen voor psychologische behandeling. De behandeling kan gericht zijn op het verwerkingsproces, relatie- of communicatieproblemen, of het vergroten van inzicht in de gevolgen van hersenletsel. Je functie komt neer op het volgende:

- Je bent hoofdbehandelaar (BGGZ) en in het kader hiervan verantwoordelijk voor een juiste uitvoering van de behandeling, (mede) uitgevoerd door basis-psychologen.
- Je draagt actief bij aan de ontwikkeling en verdere vormgeving van behandeling bij Professionals in NAH.
- Je stimuleert innovatie en het delen van kennis.
- Je geeft werkbegeleiding en supervisie.
- Met je team zorg je ook zelf voor nieuwe klanten. Je onderhoudt contacten met huisartsen, praktijkondersteuners, collega (GZ-) psychologen in de regio, ketenpartners, etc.

Wat krijg je hiervoor terug?

Je krijgt veel vrijheid en ruimte om de doelstellingen van de organisatie te verwezenlijken. Zelfsturing en ondernemerschap staan hoog in het vaandel. Wij investeren veel in scholing en persoonlijke ontwikkeling. Hier staat een passende beloning tegenover. Je werk-regio stellen we in overleg vast.

Spreekt deze functie je aan?

Stuur je motivatiebrief en cv naar personeel@nah.nl.

Voor meer informatie kun je contact opnemen met Karin Rijnberg, GZ-Psycholoog, via telefoon 06-33161135 of mail k.rijnberg@nah.nl.

PSYCHOLOGISCHE BEHANDELING

VOOR MENSEN MET NIET AANGEBOREN

HERSENLETSEL EN HUN OMGEVING.



Professionals in NAH bv

Postbus 23
7240 AA Lochem
T 0573-442646
F 0573-442582
info@nah.nl
www.nah.nl

HKZ - ISO 9001 GECERTIFICEERD



DNV Certification BV