

DE PSY- CHO- LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN

JAARGANG 49 • NR 12 • DECEMBER 2014

KORTDUREND WERKEN MET KINDEREN IN EEN ZIEKENHUIS: EEN PSYCHOANALYTISCHE INVALSHOEK • FORUM: GEREISTREERDE PSYCHOLOGENBEROEPIEN IN DE GEZONDHEIDSZORG: HELDERE POSITIES OF NOG STEEDS 50 TINTEN GRIJS? • INTERVIEW MET COGNITIEF NEUROWETENSCHAPPER MICHAEL GAZZANIGA • INSPIRATIE: POSITIEF PSYCHOLOOG ERWIN KLAPPE • IN SPE: TITIA BEEK • COLUMNIST ROLF ZWAAN : NIET ALTIJD MIJN KOPJE THEE

OVERGEWICHT BIJ KINDEREN



Bestel uw vakliteratuur in de NIP boekenclub



Log in via het Ledennet en bekijk alle nieuwe uitgaven en acties!

Boom | Psychologie
& Psychiatrie

www.boompsychologie.nl
info@boompsychologie.nl
+31 (0) 20 524 45 14

 Nederlands Instituut van Psychologen **NIP**

 TelePsy

diagnostiek screening triage ROM
PROMs cliënttevredenheid consultatie
ketenzorg sociale kaart verwijsmodel
beveiligde communicatie eHealth
beslisondersteuning rapportgenerator

TelePsy ontwikkelt en beheert een [internetapplicatie](#) ten behoeve van het [meten](#), [monitoren](#) en [behandelen](#) van psychische en lichamelijke klachten. Wij bieden een [platform](#) waar zorgverleners elkaar kunnen [vinden](#), cliënten [doorverwijzen](#) en met elkaar [communiceren](#). Ons doel is om met behulp van [kostenbesparende innovaties](#) een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de [kwaliteit van zorg](#).

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met ons centraal secretariaat via [043-3507385](tel:043-3507385) of mail naar info@telepsy.nl

- 10 OVERGEWICHT BIJ KINDEREN** – Ester Sleddens deed onderzoek naar de rol van ouders op het eet- en bewegingsgedrag van kinderen. Voedingspraktijken binnen een gezin blijken een grote invloed te hebben. Het effect van voedingsregels op eetgedrag hangt verder af van het opvoedingsklimaat thuis en het karakter van het kind (temperament en eetstijl). Deze bevindingen zijn van belang voor de preventie en behandeling van overgewicht bij kinderen.
- 34 FORUM: GEREGISTREERDE PSYCHOLOGENBEROEPEN** – In de gezondheidszorg werken master psychologen, gezondheidszorgpsychologen, klinisch psychologen, klinisch neuropsychologen, psychotherapeuten, etc. In hoeverre bestaan deze verschillen? Zijn ze voldoende helder voor buitenstaanders? Volgens Pieter de Groot en collega's zijn de beroepsprofielen in de praktijk niet onderscheidend. Psychotherapeut Paula de Jong, psychiater Remke van Sta-veren, voormalig gz-psycholoog Peter Prudon en klinisch psycholoog Paul Soons reageren.
- 46 KORTDUREND WERKEN MET KINDEREN IN EEN ZIEKENHUIS** – Kinderpsychologische zorg in een ziekenhuis is vaak kortdurend en cognitief-gedragstherapeutisch. An-neke Smeets-Schouten en Patrick Meurs beschrijven mogelijkheden tot kortdurende psychoanalytisch georiënteerde interventies middels twee gevalsbeschrijvingen van kinderen die last hebben van obstipatie en broekpoepen.

MMPI-2-RF®

Software voor afname en scoring beschikbaar

MMPI®-2/MMPI®-A/MMPI-2-RF®

interpretatieworkshop en casusbespreking

donderdag 11 december 2014, drs. Theo Bögels
Theater Odeon-De Spiegel, Zwolle

Praktische psychofarmacologie voor psychologen en psychotherapeuten - hands-on workshop

vrijdag 16 januari 2015, prof. dr. Jan Derksen
Hilton Hotel, Antwerpen

MMPI®-2/MMPI®-A/MMPI-2-RF® inleiding en interpretatie

donderdag 29 januari 2015, drs. Theo Bögels
Concertgebouw De Vereniging, Nijmegen

Kortdurende Psychodynamische Psychotherapie

4 cursusdagen, vanaf 6 maart 2015, prof. dr. Jan Derksen
Hotel Val Monte, Berg en Dal

Informatie/telefonisch aanmelden:

+31 (0)481 465 565 (dinsdag-vrijdag).

Accreditatie is voor alle vermelde items verleend, c.q. aangevraagd.

www.penpsychodiagnostics.com

U-center is een jonge, private instelling voor GGZ en verslaving, met een behandelprogramma dat gebaseerd is op het biopsychosociale model en de theorie U, waarbij alle relevante specialismen intensief met elkaar samenwerken in teams.

Voor onze locatie in Epen (Limburg) zoeken wij per direct

Een ondernemende Klinisch Psycholoog/ Hoofdbehandelaar

- Klinisch Psycholoog, BIG geregistreerd, bij voorkeur lid van beroepsvereniging VGCT of VRGT
- Ruime psychiatrische, diagnostische en psychotherapeutische ervaring
- Brede kennis op het gebied van psychopathologie en expertise in verslavingsproblematiek is een pré.
- Een teamplayer met bindend vermogen en ondernemingslust.

Taken en verantwoordelijkheden

- Bijdragen aan de missie en visie van U-center
- Hoofdbehandelaar
- Supervisor voor KP-opleiding
- Uitvoeren van individuele en groepsbehandelingen en partnerrelatiegesprekken



Uren per week: +/- 24 uur per week.

Meer informatie over deze functie kunt u vinden op onze website www.u-center.nl of richt uw sollicitatie aan hmr@u-center



Ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede biedt kwalitatief hoogwaardige medische zorg op een betrokken en patiëntgerichte wijze. We leveren in samenwerking met anderen een volledig pakket aan professionele zorg, onderzoek en behandeling en vervullen daarmee een belangrijke regionale functie. Ons ziekenhuis staat bekend om zijn expertise op het gebied van voeding, sport en bewegen.

Binnen de afdeling Medische Psychologie ontstaat er een vacature voor de functie van

KLINISCH PSYCHOLOOG M/V

Het betreft een functie voor 24 uur per week.

Als allround klinisch psycholoog bent u werkzaam op het medisch psychologisch vakgebied in de volle breedte. De afdeling verzorgt o.a. psychodiagnostisch onderzoek en behandeling van klinisch en poliklinisch verwezen patiënten. De werkzaamheden van de psychologen zijn onderverdeeld naar aandachtsgebieden, met behoud van en nadruk op onderlinge samenhang en continuïteit van zorg.

De klinisch psychologen zijn lid van de Medische Staf.

Een uitgebreide beschrijving van deze vacature kunt u bekijken op www.geldersevallei.nl

ACQUISITIE N.A.V. DEZE ADVERTENTIE WORDT NIET OP PRIJS GESTELD

Gedreven door kennis. Gericht op gezondheid.

www.geldersevallei.nl

RUBRIEKEN

- 6 NIEUWS
 9 COLUMN: Rolf Zwaan
 21 BOEKEN EN MEDIA
 28 INTERVIEW: Michael Gazzaniga
 44 INSPIRATIE: Erwin Klappe
 56 IN SPE: Titia Beek

Redactioneel

(ON)HERKENBAARHEID

Grote kunst kenmerkt zich door herkenbaarheid – denk aan het geel en rood van Piet Mondriaan, de sound van Miles Davis, de stijl van F. Scott Fitzgerald.

Toon mij honderd anonieme cartoons en zoals het een psycholoog betaamt, ben ik er 95% zeker van dat ik die van Paul Faassen er moeiteloos uit haal. Zo herkenbaar als ook zijn werk is, zo treffend zijn in dit nummer zijn illustraties bij de Forumbijdrage van Pieter de Groot, Sako Visser en Giel Hutschemaekers. Zij betogen dat de psychotherapeut, de gezondheidszorgpsycholoog, de klinisch psycholoog en de klinisch neuropsycholoog qua beroepsprofiel en werkwijze helemaal zo onderscheidend niet zijn. Dat gebrek aan herkenbaarheid kan voor onduidelijkheid en onrust zorgen, zeker bij diegenen die van de diensten van deze psychologen gebruik moeten/willen maken.

Verontrustend is tevens het groeiend aantal kinderen met overgewicht en obesitas – letterlijk een uitdijend probleem in Nederland volgens epidemioloog Ester Sleddens. In haar bijdrage wijst ze onder meer op de grote invloed die ouders hebben op het eetgedrag van hun kroost; die spelen een belangrijke rol bij de preventie van overgewicht bij hun kinderen. Het is dan ook noodzaak hen bij een eventuele behandeling te betrekken, die ouders wellicht ook kunnen voorkomen door zelf het goede voorbeeld te geven voor wat betreft gezonde voeding en voldoende beweging.

Als kinderen last van obstipatie hebben, kan het ook helpen ouders bij dat probleem te betrekken, zeker als gedragstherapie stagneert. Anneke Smeets-Schouten en Patrick Meurs beschrijven mogelijkheden tot kortdurende psychoanalytisch georiënteerde interventies en concluderen dat het bieden van *containment* aan ouders en kinderen soms meer helpt dan concrete advisering.

Geen idee of er behalve de beginletters samenhang bestaat tussen obesitas en obstipatie, maar als ik mag eindigen met een ouderlijke tip die mijn *nonna* me als kind gaf: *Mangia molte fibre che ti mandano in bagno e non ti fanno ingrassare.**

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 (redacteur) 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. **Bladmanagement, advertenties en abonnementen:** Performis BV, contactpersoon Geert Janus, 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: Alamy/Imagaselect

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).



* (eet veel vezels, dat bevordert de stoelgang en maakt je niet te dik).

RUST IN DE TENT SCHEPT GOEDE CONDITIES

SUCCESVOL DOOR ORDELIJKE PARTNER

Wie carrière wil maken doet er goed aan zich bij de keuze van een partner niet louter te laten leiden door een knap voorkomen of intelligentie, maar vooral te letten op ordelijkheid.

Onderzoekers aan de Washington University hebben aanwijzingen dat een ordelijke partner iemands kansen op promotie, salarisverhoging en voldoening over het werk vergroot. Over een periode van vijf jaar vroegen de onderzoekers aan ruim 4500 heteroseksuele, getrouwde mensen hoe tevreden ze waren met hun werk en hoe ze hun kansen op een carrière-

stap en salarisverhoging inschatten. Daarnaast namen ze alle deelnemers een persoonlijkheidstest af op grond waarvan hun een score werd toegekend voor de Big Five. Scoort de ene partner hoog op ordelijkheid, zo wees het onderzoek uit, dan correleert dat vaak met loopbaansucces en werkvreugde bij de ander.

De onderzoekers vermoeden hier een oorzakelijk verband. Ordelijke mensen zouden relatief goed in staat zijn zaken als de opvoeding van kinderen, huishoudelijke taken en het regelen van financiën, efficiënt te organiseren. Zij scheppen daarmee con-

ditie die het hun partner mogelijk maken zich met meer toewijding op hun werk te richten. Bovendien maakt een ordelijke partner het combineren van loopbaan en privéleven gemakkelijker en dat leidt weer tot meer tevredenheid over het werk. Wel veronderstellen de onderzoekers een oorzakelijke relatie tussen de ordelijkheid van de ene en de inkomenshoogte van de andere partner. Naarmate de ene hoger scoort op ordelijkheid is het inkomen van de ander hoger. (EdJ)

Solomon B. C., Jackson J. J. (2014), *The Long Reach of One's Spouse Spouses' Personality Influences Occupational Success*, *Psychological Science*, DOI: 10.1177/0956797614551370

EXPERTISE IN DIAGNOSTIEK ONVOLDENDE TOEGEPAST
WERK AAN DE WINKEL!

De diagnostiek van autisme laat te wensen over. Verwijzers weten niet altijd de weg naar de autismecentra te vinden, en ook de centra zelf zitten te veel op een eilandje.

Bij een vermoeden van autisme moeten huisartsen, schoolartsen en andere professionals direct naar een gespecialiseerd autismecentrum verwijzen. Daar is de expertise aanwezig om een goede diagnose te kunnen stellen. En dat scheelt een hoop tijd, geld en ellende.

Dit is kort gezegd wat de Nederlandse Vereniging voor Autisme (NVA) wil. Op het jaarlijkse autismecongres eind oktober presenteerde de vereniging haar plannen. 'De autismecentra zijn gespecialiseerd in diagnostiek,' licht NVA-directeur Swanet Woldhuis toe. 'Van die expertise zou veel meer

gebruik gemaakt moeten worden. Verwijzers weten niet dat die centra er zijn, of ze denken vooral aan oplossingen binnen de eigen regio. Daardoor duurt het bij kinderen gemiddeld bijna drie jaar voordat de juiste diagnose wordt gesteld. Bij volwassenen is dat nog langer.'

Zonde, want in die periode maken kinderen en volwassenen vaak wel gebruik van zorg. Bovendien kan het zeker voor kinderen heel belastend zijn om niet te weten wat er aan de hand is. Het kan hun zelfvertrouwen aantasten, ze kunnen gedragsproblemen ontwikkelen, gepest worden op school en/of er ontstaan problemen thuis. Bij volwassenen dreigen stress-gerelateerde klachten, met ziekteverzuim en/of relationele problemen tot gevolg. Allemaal

dingen die misschien voorkomen kunnen worden met een eerdere diagnose. Dan kan immers ook de begeleiding snel van start gaan.

Swanet Woldhuis: 'Gemeenten hebben hier een kans. Als zij erin slagen om voor de diagnostiek van autisme efficiënt door te verwijzen, kunnen ze een hoop geld besparen.' Maar er is ook werk aan de winkel voor de autismecentra zelf, vervolgt Woldhuis. 'De wachttijden bijvoorbeeld moeten echt landelijk worden gemonitord. Nu heeft ieder centrum een eigen wachtlijst, en daar is geen communicatie over. Iemand kan maandenlang op een wachtlijst staan terwijl hij een eindje verderop direct geholpen zou kunnen worden. Ook daar is een hoop winst te behalen.' (ID)

SCHAP

EEN GEHEUGEN VOOR GEBEURTENISSEN GESTOLDE HERINNERINGEN

Ons episodische geheugen is eigenlijk een vergaarbak van allerlei soorten herinneringen, stellen twee Britse psychologen. Als alternatief introduceren zij een geheugen voor gebeurtenissen.

Behalve een semantisch geheugen voor feitelijke gebeurtenissen hebben we ook een episodisch geheugen, waarin persoonlijke herinneringen liggen opgeslagen. Samen vormen die twee het expliciete geheugen. Dit bevat alle kennis waarvan we ons bewust zijn. Hier tegenover staat het impliciete geheugen. Dit zit vol kennis van zaken waarvan we ons niet bewust zijn, en dat is ook weer in diverse soorten geheugen uit te splitsen.

Aan al die geheugens voegen twee psychologen van de Duke University

in Durham nu 'event-memory' toe: een mentale constructie van een gebeurtenis. Die kan al dan niet daadwerkelijk hebben plaatsgevonden. Er kunnen ook meerdere gebeurtenissen met elkaar versmolten zijn geraakt – denk aan de jaarlijkse zomerbarbecue of andere terugkerende happenings. Je weet van zulke gebeurtenissen niet meer precies de details, maar ze roepen wel een beeld bij je op.

Dat beeld, daar gaat het om. De onderzoekers stellen dat mensen zelf wel deel uitmaken van dat beeld (oftewel de gebeurtenis in hun hoofd), maar dat ze daarmee de bewuste gebeurtenis nog niet per se doorleven. Het is eigenlijk een soort gestolde herinnering: je ziet iets voor je wat al dan niet heeft plaatsgevonden, en ook al bekijk je dat vanuit

jouw perspectief, je hebt hiermee nog niet het gevoel alsof je daadwerkelijk die gebeurtenis ervaart.

Daarin verschilt event-memory van het episodische geheugen. Dat lijkt op een vergaarbak van allerlei soorten persoonlijke herinneringen. Event-memory zou specifiekere zijn, en een beter antwoord bieden op allerlei losse eindjes in het geheugenonderzoek. Bovendien zou event-memory een duidelijkere tegenhanger van het semantische geheugen vormen, en zou meer handvatten bieden dan het episodische geheugen om de werking van ons expliciete geheugen te doorgronden. (ID)

Rubin, D.C., & Umanath, S. (2014). Event Memory: A Theory of Memory for Laboratory, Autobiographical, and Fictional Events. *Psychological Review*, APA, <http://dx.doi.org/10.1037/a0037907>.

ZINLOOS STUK CORTEX WERPT NIEUW LICHT OP PARIETAALKWAB HERSENGEBIED DOET HELEMAAL NIETS

Neurowetenschappers aan de Universiteit van Lelystad hebben een hersengebied ontdekt dat werkelijk helemaal nergens goed voor is.

Hoofdonderzoeker Ester Risselada wil de resultaten van het baanbrekende onderzoek in het blad *Science* presenteren. In de studie vonden de wetenschappers een klein stuk van de parietaalcortex dat 'op geen enkel van de 62 manipulaties leek te reageren'.

Risselada was erg verbaasd. 'In onze pilot-studie dachten we eerst dat we een meetfout hadden gemaakt. Het hersengebied reageerde op geen van onze manipulaties. De weken erna probeer-

den we van alles. We lieten mensen IQ-tests en geheugen oefeningen doen, spreken, luisteren, jongleren, maar er was geen enkele activiteit in het betreffende hersengebied te bespeuren. Uit pure wanhoop trokken we alle registers open: plaatjes van gezichten, erotische plaatjes, kattenfimpjes, plaatjes van geweld, zelfs erotisch geweld, maar er gebeurt werkelijk helemaal niets! Zelfs geen de-activatie. Geen connectiviteit naar andere hersengebieden, zelfs geen voodoocorrelatie. Twee kubieke centimeter compleet nutteloze cortex. Een evolutionaire aanfluiting, als je het mij vraagt.'

Collega's zijn ronduit geschokt. Neuroloog Jan te Heiden is furieus: 'Dit is precies het soort corticale luiheid dat ervoor zorgt dat zoveel mensen denken dat we slechts 10% van onze hersenen gebruiken. Schandalig, het breinequivalent van een reservewiel! Als iemand dit stuk cortex operatief wil laten verwijderen, dan bied ik gratis mijn diensten aan. Soms is een lobotomie de beste optie.' (RvdT)

Dit schokkende bericht verscheen eerder op collectivelyunconscious.wordpress.com



PROMOTIES

MORALITEIT IN HET BREIN

Felix Schirmann stelt in zijn proefschrift de volgende vraag: wanneer, waarom, waar, hoe, in welke contexten en met welke consequenties werd moraliteit in het brein onderzocht? Schirmann plaatst verschillende onderwerpen, situaties en perioden in theoretisch en historisch perspectief. Hij analyseert de wijzen waarop het morele brein werd gekend en kenbaar werd gemaakt, hoe het ontstond en zich ontwikkelde en hoe het mensen en samenlevingen zowel voorzag van een specifiek kader als door hen werd ingekaderd. Zijn doel is steeds het verleden te verhelderen om het heden begrijpelijk te maken; neurowetenschappelijke inzichten krijgen immers steeds meer betrekking op de invulling van het begrip moraliteit, bijvoorbeeld in de rechtspraak met de ontwikkeling van het wetenschapsveld 'neurolaw'.

Felix Schirmann, *The good, the bad, and the brain: theory and history of the neuroscience of morality*.

Rijksuniversiteit Groningen, 9 oktober 2014. Promotor: prof. dr. G.C.G. Dehue

DEPRESSIEBEHANDELING VIA INTERNET

Gemma Kok onderzocht de potentiële risicofactoren van terugval en het voorkomen daarvan bij mensen met terugkerende depressie(s). Psychologische therapieën blijken tijdens (gedeeltelijk) herstel effectief, ook bij weinig voorgaande depressieve episoden. Preventie van terugval is dus van belang voor iedereen die een depressie heeft meegemaakt. Ter vergroting van de toegankelijkheid van zorg zou internet-therapie uitkomst kunnen bieden. Resultaten tonen dat – in aanvulling op reguliere zorg – een preventieve cognitieve behandeling via internet, met minimale therapeutenondersteuning en stemmingsmonitoring (Mobiele Cognitieve Therapie), een effectieve en acceptabele manier is ter voorkoming van een toename van depressieve klachten na herstel bij mensen met meerdere voorgaande depressies.

Gemma Kok, *Under pressure. Vulnerability and stress in recurrent depression and new technologies to prevent relapse*. Rijksuniversiteit Groningen, 29 september 2014. Promotor: prof. dr. C.L.H. Bockting

MILIEU(ON)VRIENDELIJK GEDRAG

Bedrijven, overheden en natuurbeschermingsorganisaties proberen steeds meer om mensen ervan te overtuigen zich milieuvriendelijker te gedragen. Marijn Meijers laat echter zien dat langdurig milieuvriendelijk gedrag niet altijd zo vanzelfsprekend is. Zoals mensen excuses vinden om niet te sporten ('het regent') of om ongezond te eten ('één koekje kan geen kwaad') vinden ze ook smoesjes om het milieu een dagje links te laten liggen ('ik heb gisteren biologische kip gekocht, vandaag dan maar een kiloknaller'). Meijers onderzoekt al met al wanneer en hoe mensen hun milieuonvriendelijke gedrag rechtvaardigen en laat onder andere zien dat mensen de acties van andere individuen en instituten gebruiken om hun milieuonvriendelijkheid te verdedigen.

Marijn Meijers: *On Justifying Eco-Unfriendly Behaviors*. Universiteit van Amsterdam, 21 november 2014. Promotoren: prof. dr. E.G. Smit en dr. ir. P.W.J. Verlegh.

Radboud Marijnissen, *The weight of subclinical vascular disease & neuroticism in late-life depression*. Rijksuniversiteit Groningen, 12 november 2014. Promotoren: prof. dr. R.C. Oude Voshaar en prof. dr. R.A. (Robert) Schoevers

Sebastiaan DAVIS, *Cognitive Control and Motivation in Children with ADHD: How Reinforcement Interacts with the Assessment and Training of Executive Functioning*. Vrije Universiteit Amsterdam, 28 oktober 2015. Promotor: prof. dr. P.J.M. Prins

Evelien Snippe, *The individual matters. Understanding change in psychological treatments for depressive symptoms*. Rijksuniversiteit Groningen, 29 september 2014. Promotor: prof. dr. R. Sanderma.



DE SOCIALE MEDIA: NIET ALTIJD MIJN KOPJE THEE

Ik vertelde pas aan mijn studenten hoe ik zelf als student eens vergeten was bij het juiste station uit de trein te stappen omdat ik opging in een wetenschappelijk boek. Ze zeiden dat zoiets nu, met iPhones en sociale media, ondenkbaar is. En daar hebben ze een punt natuurlijk. Ik reis meestal met de auto, maar ga ook regelmatig met de bus naar Utrecht. En dan zit ik Twitter en Facebook te lezen, waar mijn 23 jaar oude zelf nog *Mental Models: Towards a Cognitive Science of Language, Inference, and Consciousness* van Philip N. Johnson-Laird las.

Hoe diep zijn we gevallen! Vooral Facebook is vaak van een geestdodende onbenulligheid. 'Hehe, lekker op de bank met een kopje thee,' verkondigt iemand aan haar vriendschare. 'Voetjes omhoog en een koekje erbij zeker?' schrijft iemand anders. 'LoL,' antwoordt de eerste persoon, 'Laughing out Loud'. LoL? Wil je werkelijk zeggen dat je hardop moest lachen na die suffe opmerking?

De eerlijkheid gebiedt mij te zeggen dat ik dit soort spitse geesten al jaren niet meer volg. Ik heb ze 'uitgezet', ook al weten zij dit zelf niet – voor Facebook ben ik nog steeds hun 'vriend'. Deze schijnheiligheid kwam me laatst duur te staan. Op een feestje vroeg ik aan iemand hoe het ermee ging. 'Nou, zoals je hebt gezien aan mijn Facebook-updates, gaat het dus niet al te goed met mijn gezondheid,' was het antwoord. Ik wist natuurlijk van niets maar wist me eruit te redden (denk ik) door te zeggen: 'Ja, maar ik bedoel hoe gaat het sinds je laatste Facebook-update?'

Een Amerikaanse vriend van mij heeft sinds kort ontdekt dat de Republikeinen eigenlijk ongelooflijke mafkezen zijn en plaatst het ene bericht na het andere uit de *Huffington Post* op Facebook om die stelling te onderbouwen. Nu wisten u en ik al veel langer dat er iets danig mis is met de Republikeinen, maar mijn vriend komt uit een conservatieve familie en is momenteel verwickeld in een verhit debat met neven en nichten die George W. Bush een prima president vonden en Obama vergelijken met Hitler. Allemaal te volgen op Facebook dus.

Je kunt op Facebook ook artiesten volgen. Zelfs als ze al jaren dood zijn. George Harrison bijvoorbeeld. Leuk, dacht ik, dan krijg ik af en toe een berichtje over een nieuwe biografie of een bootleg of zo. Wist ik veel dat ik een stroom aan berichten zou ontvangen? Ik geef toe, 'Here Comes the Sun' is een van mijn favoriete Beatlesnummers, maar ik heb nu ook weer niet de behoefte aan dagelijkse updates over George. Zo veel nieuwe dingen kan hij tenslotte niet meer beleven.

Een tijdje volgde ik de evolutiebioloog en atheïsme-activist Richard Dawkins op Twitter. Dat resulteerde in een stortvloed aan antireligieuze en selfpromoting Tweets (soms tientallen per dag). Het werd al snel teveel. Van de weeromstuit werd ik haast gelovig. Ik heb Dawkins dus weer maar snel 'ontvolgd'.

Zo, en nu op de bank met een kopje thee. En een boek.



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.

Ester Sleddens deed onderzoek naar de rol van ouders op het eet- en bewegingsgedrag van kinderen.

Voedingspraktijken binnen een gezin blijken een grote invloed te hebben op het eetgedrag van kinderen. Het effect van voedingsregels op hun eetgedrag hangt verder af van het opvoedingsklimaat thuis en het karakter van het kind (temperament en eetstijl).

Deze bevindingen zijn van belang voor de preventie en behandeling van overgewicht bij kinderen.

WAT IS DE ROL VAN OUDERS?

OVERGEWICHT BIJ KINDEREN

‘Ik heb anderhalf jaar meegelopen op de overgewichtpoli, COACH (Center of Obese Adolescents and Childrens Healthcare), van het Maastricht Universitair Medisch Centrum. Daar herkende ik in de praktijk wat ik in mijn proefschrift heb onderzocht.’

Overgewicht en obesitas bij kinderen is – letterlijk – een uitdijend probleem. Het percentage kinderen met overgewicht en obesitas is vanaf 1980 sterk gestegen (Schokker et al., 2006; Schönbeck et al., 2011; Van den Hurk et al., 2007). Schönbeck en collega's (2011) maakten gebruik van data van de Nederlandse Groeistudies uit 1980, 1997 en 2009. In 2009 had 12.8% van de Nederlandse jongens en 14.8% van de Nederlandse meisjes in de leeftijd van twee tot 21 jaar overgewicht; en 1.8% van de jongens en 2.2% van de meisjes hadden obesitas. Vergeleken met 1980 is dit een twee tot drie keer hogere prevalentie van overgewicht en een vier tot zes keer hogere prevalentie van obesitas.

Overgewicht ontstaat door een verstoring van de energiebalans: de energie-inname uit eten en drinken is groter dan het energieverbruik voor basale functies en bewegen. Het gedrag dat bijdraagt aan de ontwikkeling van overgewicht wordt hier aangeduid met energiebalans-gerelateerd gedrag.

Overgewicht op kinderleeftijd is een belangrijke voorspeller van overgewicht op volwassen leeftijd (Singh et al., 2008). Het is gerelateerd aan een slechte gezondheid. Op korte termijn kan overgewicht leiden tot medische problemen zoals een verhoogde bloeddruk, ongunstig lipidenprofiel, type 2 diabetes mellitus, slaapapneu en verminderde fysieke fitheid. Ook psychische problemen zoals verlies van

kwaliteit van leven, verminderd zelfvertrouwen en depressie (Daniels, 2009; Must & Strauss, 1999) kunnen zich manifesteren. Deze problemen verhogen op hun beurt het risico voor de ontwikkeling van cardiovasculaire ziekten op latere leeftijd, en leiden tot verhoogde morbiditeit en vroegtijdige sterfte (Reilly & Kelly, 2011). Ook de medische kosten die gekoppeld zijn aan overgewicht en obesitas zijn groot: € 1,2 miljard per jaar (Van Baal et al., 2006). Dit komt overeen met 2% van de totale jaarlijkse zorguitgaven.

Overgewicht bij kinderen krijgt veel aandacht. Er is echter weinig informatie beschikbaar over de mate waarin ouders het gewicht van kinderen kunnen beïnvloeden en de manier waarop. Voortgang in het onderzoek naar specifieke ouderschapspraktijken (doelgerichte gedragingen en strategieën die ouders gebruiken zoals aanmoedigen, feedback geven, belonen, straffen, stellen van grenzen, met als doel het beïnvloeden van gedrag van hun kinderen) op het gebied van voeding en beweging (zogenaamde *voedings- en beweegpraktijken*) wordt bemoeilijkt door gebrek aan inhoudelijke en valide vragenlijsten die getest zijn in verschillende steekproeven wereldwijd (Kremers et al., 2013). Daarnaast is het onderzoek naar ouderschapspraktijken beperkt, omdat de meeste studies de context van deze praktijken niet onderzoeken, zoals *algemene opvoeding* (het emotionele klimaat in de thuisomgeving; Kremers et al., 2013). Algemene opvoeding reflecteert de interactie tussen ouder en kind in verschillende situaties, biedt de socio-emotionele context waarbinnen specifieke ouderschapspraktijken plaatsvinden en geïnternaliseerd worden bij kinderen, en reflecteert een filosofie die ouders hebben over hoe

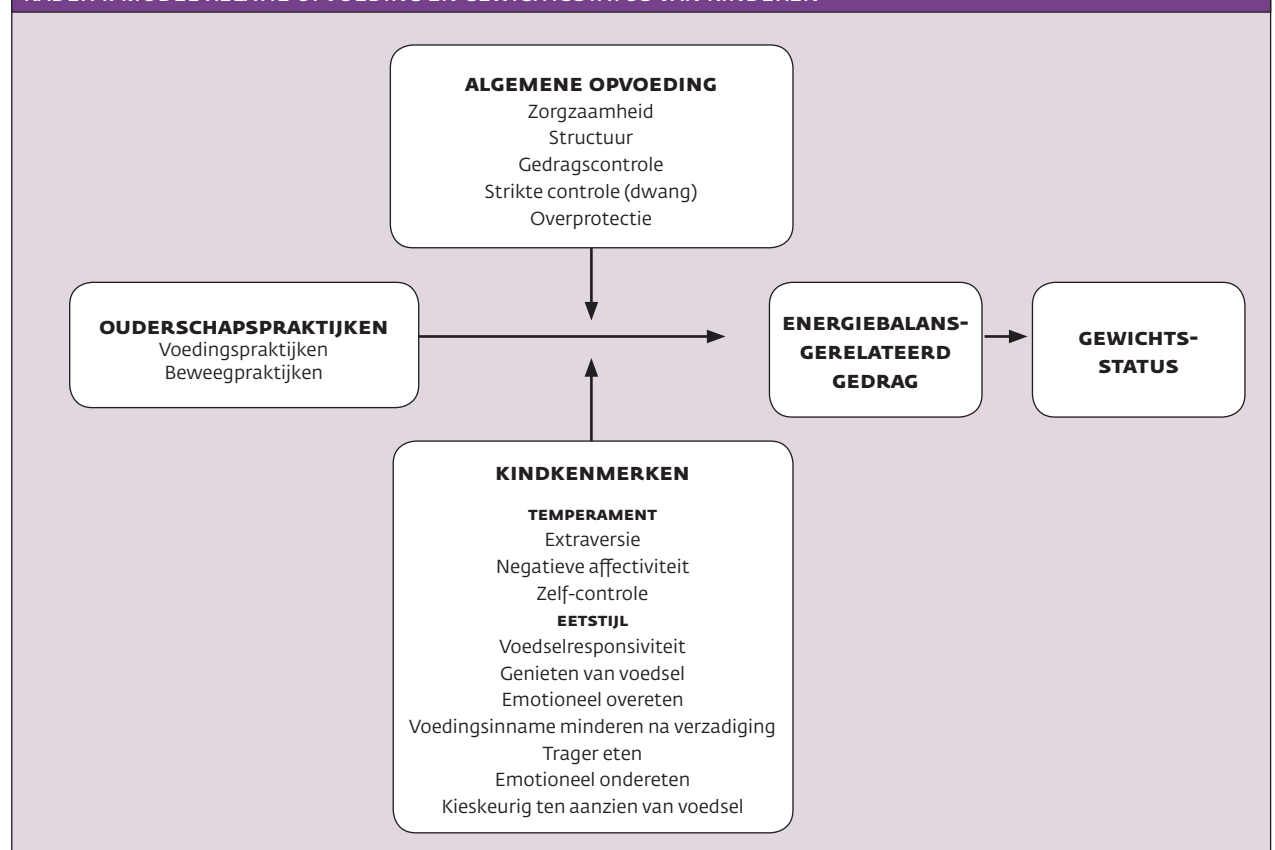
kinderen opgevoed moeten worden en de doelen die zij hebben voor de ontwikkeling van hun kinderen.

Opvoeding was het centrale thema van mijn dissertatie (Sleddens, 2013). Doel was de complexe relatie tussen opvoeding en gewichtsstatus van kinderen te onderzoeken door rekening te houden met algemene opvoeding en belangrijke kind-kenmerken zoals temperament en eetstijl (zie kader 1). Het vermoeden bestaat dat de relatie tussen voedingspraktijken en eetgedrag van kinderen wordt versterkt of verzwakt als rekening wordt gehouden met de context waarbinnen deze praktijken plaatsvinden. Er zijn maar weinig onderzoeken uitgevoerd die deze interactie tussen voedingspraktijken en algemene opvoeding testen in het verklaren van voedingsgedrag van kinderen. Er is dus nog veel onduidelijk over de precieze invloed die ouders uitoefenen op de ontwikkeling van energiebalans-gerelateerd gedrag bij hun kinderen. Bovendien spreken de bestaande resultaten elkaar vaak tegen (Sleddens et al., 2011). De huidige interventieprogramma's zijn daarom vaak

gebaseerd op onvolledige informatie over belangrijke en veranderbare oorzaken van overgewicht bij kinderen, waardoor ze veelal teleurstellende effecten hebben (Showell et al., 2013).

Dit artikel bestaat uit drie delen. Allereerst is het van belang om te weten wat er al bekend is over dit onderwerp. Het eerste deel beschrijft drie literatuurstudies over de rol van ouders in het beïnvloeden van energiebalans-gerelateerd gedrag van hun kinderen. In het tweede deel komen de ontwikkelde en gevalideerde vragenlijsten die opvoeding en gedrag van kinderen meten (temperament, eetstijl, voedingspraktijken en algemene opvoeding) aan bod. Als laatste wordt nader ingegaan op de invloed van ouders op energiebalans-gerelateerd gedrag van hun kinderen; daarbij is gebruik gemaakt van deze gevalideerde meetinstrumenten. Deze zijn afgenomen bij deelnemers aan een lopende cohortstudie, de KOALA Birth Cohort Study (KOALA staat voor 'Kind, Ouders en gezondheid, Aandacht voor Leefstijl en

KADER 1. MODEL RELATIE OPVOEDING EN GEWICHTSSTATUS VAN KINDEREN



Aanleg'; Kummeling et al., 2005). De resultaten zijn interessant voor de praktijk en kunnen worden gebruikt voor het verbeteren van bestaande interventieprogramma's voor ouders met kinderen met overgewicht.

OPVOEDING

Wat is er bekend over de relatie tussen algemene opvoedingsstijlen- en praktijken van ouders en overgewicht-gerelateerd gedrag bij kinderen? Om deze vraag te beantwoorden is een eerste literatuurstudie uitgevoerd (Sleddens, Gerards et al., 2011). In totaal voldeden 36 studies aan de inclusiecriteria.

STIJLEN Er werden in totaal 21 verschillende vragenlijsten gebruikt om algemene opvoeding te meten. Het duidelijkste resultaat was te zien tussen autoritatieve opvoeding (gekenmerkt door een opvoedingscontext waarin warmte en emotionele steun centraal staan, samen met het gebruik van duidelijke, tweerichtingscommunicatie) en energiebalans-gerelateerd gedrag en Body Mass Index (BMI) van kinderen. De BMI is de index voor het gewicht in verhouding tot de lichaamslengte. Bij volwassenen betekent een BMI tussen de 18.5 en 25 gezond gewicht, een BMI van > 25 overgewicht, en een BMI van > 30 extreem overgewicht ofwel 'obesitas'. Bij kinderen moeten de BMI-waarden voor leeftijd en geslacht worden gecorrigeerd.

De bevindingen laten zien dat kinderen die zijn opgegroeid in autoritatieve gezinnen over het algemeen gezonder aten, vaker fysiek actief waren en een lagere BMI rapporteerden, in vergelijking met kinderen die zijn opgegroeid in gezinnen met andere opvoedingsstijlen (autoritaire, permissieve en verwaarlozende opvoeding). De resultaten van de enkele 'moderatie'-studies (studies die kijken naar interactie tussen variabelen om het gedrag te verklaren) laten zien dat de invloed van algemene opvoeding op gewicht-gerelateerd gedrag van kinderen afhankelijk is van bepaalde kenmerken van de ouder (Musher-Eizenman & Holub, 2006; Van der Horst et al., 2007). Zo blijkt uit een Nederlandse studie (Van der Horst et al., 2007) dat strikte voedingspraktijken een sterkere associatie hebben met een verminderde inname van suikerhoudende dranken als ouders een opvoedingsstijl hebben die zich kenmerkt door optimale niveaus van controle en hoge niveaus van betrokkenheid bij de opvoeding. Uit een Amerikaanse studie blijkt dat strikte voedingspraktijken een negatief verband laten zien met calorie-inname bij kinderen van autoritatieve vaders (Musher-Eizenman & Holub, 2006). Strikte voedingsregels zijn gerelateerd aan een hogere calorie-inname bij kinderen

van autoritaire moeders (Musher-Eizenman & Holub, 2006), die gekenmerkt worden door streng controlerende ouders (de ouder is de baas en het kind moet gehoorzamen). De tamelijk grote variatie in resultaten kan worden verklaard door de diversiteit aan opvoedingsvragenlijsten (sommige lijsten meten dezelfde en andere meten verschillende constructen, sommige vragenlijsten zijn ingevuld door ouders en andere door kinderen), de diversiteit in demografische contexten en de verschillende methodes die gebruikt zijn om ouders in de opvoedingsstijlen in te delen. Er kan worden geconcludeerd dat opvoeding samenhangt met gewicht-gerelateerd gedrag bij kinderen. De causaliteit en mate waarin deze associaties zich voordoen, dient nog verder te worden onderzocht; daarin zullen onder andere algemene opvoedingspraktijken worden meegenomen als

Huidige interventieprogramma's zijn vaak gebaseerd op onvolledige informatie over belangrijke en veranderbare oorzaken van overgewicht bij kinderen

contextuele factor in het beïnvloeden van de relatie tussen voedings- en beweegpraktijken en overgewicht-gerelateerd gedrag bij kinderen.

INTERVENTIES Wat is er bekend over de effectiviteit van bestaande interventies die zich richten op algemene opvoedingsstijlen- en -praktijken voor preventie en behandeling van overgewicht bij kinderen? Voor deze literatuurstudie zijn er zeven studies geschikt bevonden voor inclusie (Gerards et al., 2011). Deze studies beschrijven in totaal vier verschillende programma's gericht op algemene opvoeding die zijn

aangevuld met componenten die zich richten op leefstijl (zoals voeding en beweging). Alle studies laten kleine significante effecten zien op tenminste één gewicht-gerelateerde uitkomstmaat.

Op basis van deze literatuurstudie kan worden gesteld dat er maar weinig interventies zijn beschreven die zich richten op algemene opvoeding in de preventie en behandeling van overgewicht bij kinderen. Dit ondanks de toenemende overtuiging in de literatuur van het belang van opvoeding in de ontwikkeling van gewicht-gerelateerde uitkomsten van kinderen (Sleddens, Gerards et al., 2011).

Momenteel is er een stijging te zien in het aantal interventiestudies die zich richten op het aanleren van gezonde opvoedingspraktijken (zowel algemene opvoeding als specifieke voedings- en beweegpraktijken; Brotman et al., 2012; Magarey et al., Willis et al., 2013). De weinige bestaande interventies benadrukken de effectiviteit van het bevorderen van een autoritatieve opvoedingsstijl voor de preventie en aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen.

BEWEEGPRAKTIJKEN Een derde literatuurstudie richt zich op beweegpraktijken van ouders (Sleddens, Kremers et al., 2012), zoals steun van ouders om te bewegen en bevordering van lidmaatschap van sportclubs. Deze studie geeft een overzicht van gebruikte vragenlijsten. Daarnaast worden de psychometrische eigenschappen van deze vragenlijsten beschreven en de correlatie met het beweeggedrag van kinderen.

In totaal zijn er elf unieke beweegpraktijkvragenlijsten geïdentificeerd, en zijn er 46 studies opgenomen die deze vragenlijsten hebben gebruikt. Er blijkt een grote variatie te zijn in conceptualisatie van constructen die beweegpraktijken meten. Veelvuldig wordt er gebruik gemaakt van niet-gevalideerde vragenlijsten en er is een schaarste aan uitgebreide vragenlijsten die meerdere constructen meten. Deze conclusie wordt ondersteund door een recente review van Trost en collega's (2013) en de resultaten van een werkgroep over het meten van beweegpraktijken (Davison et al., 2013).

De ontwikkeling van op theorie gebaseerde beweegpraktijkvragenlijsten moet worden aangemoedigd. Het blijkt verder dat steun van ouders om fysiek actief te zijn, waaronder het zelf actief zijn in het bijzijn van hun kind (ouder als rolmodel), samenhangt met meer fysieke activiteit. Het is belangrijk dat de rol van ouders in de bevordering van fysieke activiteit van hun kinderen beter onderzocht wordt door de huidige meetinstrumenten te verbeteren. Alleen dan

kunnen er betere interventies voor ouders worden ontwikkeld om beweeggedrag bij kinderen te bevorderen. Het aanmoedigen van fysieke activiteit is een eerste stap in de goede richting.

MEETINSTRUMENTEN

De literatuurstudies laten zien dat er nog veel onduidelijk is over de rol van ouders in het beïnvloeden van energiebalans-gerelateerd gedrag van kinderen. Dit komt mede door gebruik van een veelvoud aan vragenlijsten die bovendien vaak slecht zijn gevalideerd. Omdat veel vragenlijsten niet beschikbaar zijn in het Nederlands, zeker niet voor jonge kinderen (en dus door ouders ingevuld moeten worden), heb ik tijdens mijn promotietraject besloten een aantal oudervragenlijsten te ontwikkelen en/of te valideren: over temperament van het kind, over voedingspraktijken van ouders en eetstijlen van kinderen, en over algemene opvoeding. Deze vragenlijsten zijn uiteindelijk afgenomen bij deelnemers aan de KOALA-cohortstudie (Kummeling et al., 2005) om te kijken wat de invloed is van opvoeding op energiebalans-gerelateerd gedrag van kinderen.

TEMPERAMENT In het voorgestelde model over de rol van opvoeding, gevisualiseerd in kader 1, is temperament van het kind beschreven als een van de modererende factoren in de relatie tussen ouderschapspraktijken en energiebalans-gerelateerd gedrag van kinderen. Een vragenlijst die uitgebreid temperament meet, is de in de vs ontwikkelde *Children's Behavior Questionnaire* (Putnam & Rothbart, 2006; Rothbart et al. 2001). Een uitgebreide validatiestudie van deze temperamentvragenlijst voor kinderen was afwezig in Nederland. De komende paragrafen beschrijven de validatie van diverse varianten van deze temperamentvragenlijst. De vragenlijsten dienen door ouders van drie- tot achtjarige kinderen te worden ingevuld.

De temperamentvragenlijst voor kinderen (in twee

Overgewicht en
obesitas bij
kinderen is letterlijk
een uitdijend probleem

varianten van respectievelijk 195 vragen en 36 vragen) is gevalideerd in een Nederlandse steekproef (Sleddens, Kremers et al., 2011). De drie belangrijkste temperamentkenmerken zijn 'extraversie', 'negatieve affectiviteit' en 'zelfcontrole'. Het drie-factorenmodel dat in de vs uit het onderzoek (Putnam & Rothbart, 2006; Rothbart et al., 2001) naar voren kwam, bleek eveneens van toepassing in de Nederlandse steekproef.

Tijdens mijn promotietraject heb ik een half jaar in de vs gewerkt bij het *Children's Nutrition Research Center* in Houston. In samenwerking met de onderzoeksgroep van prof. dr. Baranowski heb ik daar een zeer korte temperamentvragenlijst met drie vignetten gevalideerd (Sleddens, Hughes et al., 2012a/b). Deze vragenlijst is ontwikkeld voor gebruik in interventiestudies. Ouders dienen te kiezen welk kenmerk (vignette) het meest van toepassing is op hun kind en krijgen hierbij de mogelijkheid om te kiezen tussen drie alternatieven (de algemene temperamentkenmerken). De vignettes zijn weergegeven in kader 2.

De lijst is afgezet tegen de temperamentvragenlijst van 36 vragen. De resultaten met betrekking tot de validatie van de zeer korte vragenlijst laten zoals verwacht zien dat de drie temperamentkenmerken correleerden met de factoren van de lange vragenlijst. Er zijn mogelijkheden om de zeer korte

temperamentvragenlijst toe te passen voor klinische doeleinden, waaronder gebruik in een *smart phone*-videospel om ouders effectieve voedingspraktijken aan te leren gericht op het laten proeven van groenten bij hun kinderen (Baranowski et al., 2013). In dit soort interventiestudies wordt gepersonaliseerd naar het temperament van kinderen: de interventie wordt aangepast afhankelijk van de mate waarin een kind bijvoorbeeld impulsief of verlegen is. Het is dan noodzakelijk te identificeren welke temperamenttrek dominant is.

Voor de meeste studies is het beter de multi-dimensionaliteit van temperament te waarborgen en te kiezen voor een langere versie. Maar vaak is het niet mogelijk om een lange vragenlijst af te nemen, omdat de last voor de deelnemers dan te groot wordt. Daarom is de zeer korte temperamentvragenlijst aangepast en gevalideerd in Nederland (Sleddens, Kremers, et al., 2012).

In de aangepaste versie moeten ouders voor elk temperamentkenmerk (vignette) aangeven in hoeverre dat van toepassing is op hun kind, om zo de multi-dimensionaliteit van de schaal te waarborgen. Hiervoor is een vijfpuntsschaal gebruikt van 1 ('helemaal niet van toepassing') tot 5 ('volledig van toepassing'). Ook deze aangepaste lijst is afgezet tegen de temperamentvragenlijst van 36 vragen. De antwoorden op drie vragen van de temperamentlijst correleerden hoog met de gemiddelde scores van de drie temperamentfactoren uit de lange versie.

Voor verdere validatie is de relatie onderzocht tussen extraversie (een van de drie temperamentkenmerken) en impulsiviteit (een van de onderdelen van extraversie). Impulsiviteit werd gemeten met behulp van een vragenlijst van dertien vragen die door de kinderen moest worden ingevuld. Ook deze vragenlijst was nieuw voor gebruik in Nederland en moest eerst gevalideerd worden. De interne consistentie en factorstructuur waren ook hier voldoende. Bovendien bleek extraversie hoog te correleren met impulsiviteit.

De bevindingen laten zien dat verschillende varianten van de temperamentvragenlijsten toepasbaar zijn voor gebruik in Nederland. Het voordeel hiervan is dat men kan kiezen welke vragenlijst het beste geschikt is voor het onderzoek (type studie) en voor de populatie die onderzocht gaat worden. Als er bijvoorbeeld al veel vragenlijsten worden afgenomen, dan is een korte vragenlijst wenselijk om eventuele ergernis bij de invuller te voorkomen.

VOEDINGSPRAKTIJKEN EN EETSTIJLEN Naast temperament kan ook eetgedrag van het kind worden gezien als moderator

KADER 2. DRIE TEMPERAMENTVIGNETTES

Extraversie

Mijn kind heeft veel energie, raakt gemakkelijk opgewonden, en speelt vaak actief. Mijn kind houdt ervan om nieuwe mensen te ontmoeten en onbekende plekjes te verkennen.

Negatieve affectiviteit

Mijn kind uit vaak zijn/haar frustratie en ontevredenheid, en wordt snel droevig als hij/zij een project niet kan afmaken. Mijn kind is vaak bang (bijv. in het donker). Als mijn kind van streek is, is hij/zij moeilijk te kalmeren.

Zelfcontrole

Mijn kind luistert graag naar liedjes. Als hij/zij aan een project werkt is hij/zij erg geconcentreerd, en hij/zij volgt voorzichtig regels en instructies op. Als er iets verandert in zijn/haar omgeving, dan merkt mijn kind dit snel op.

van de relatie tussen voedingspraktijken van ouders en overgewicht bij kinderen. Het kan zijn dat bepaalde voedingspraktijken van ouders een versterkende invloed hebben op ongezond eetgedrag van kinderen als hun kind een slechte eter is.

Een vragenlijst die uitgebreid de variatie in eetstijl van kinderen meet, de *Children's Eating Behavior Questionnaire* (Wardle et al., 2001), is ontwikkeld in het Verenigd Koninkrijk en niet beschikbaar in het Nederlands. Dit meetinstrument is vertaald naar het Nederlands en gevalideerd in een Nederlandse steekproef van 135 ouders met kinderen in de leeftijd van zes tot zeven jaar (Sleddens, Kremers, et al., 2010b; Sleddens, Kremers & Thijs, 2008). Factoranalyses zijn uitgevoerd en correlaties tussen eetstijl en BMI onderzocht. De factorstructuur was vrijwel gelijk aan de structuur die in het Verenigd Koninkrijk is gevonden, met acceptabele interne consistenties en correlaties tussen de verschillende schalen van de vragenlijst. Lineaire regressieanalyses lieten zien dat de BMI-standaarddeviaties positief geassocieerd zijn met de 'voedings-bevorderende' schalen ('voedselresponsiviteit', 'genieten van voedsel', 'emotioneel overeten') en negatief met de 'voedings-vermijdende' schalen ('voedingssinnelijkheid minderen na verzadiging', 'trager eten', 'emotioneel onder-eten', 'kieskeurig ten aanzien van voedsel') van de eetgedragsvragenlijst. Deze vragenlijst is dus betrouwbaar en valide om eetgedrag te meten. De vragenlijst is toepasbaar in studies om kinderen te identificeren die een hoger risico lopen om overgewicht te ontwikkelen.

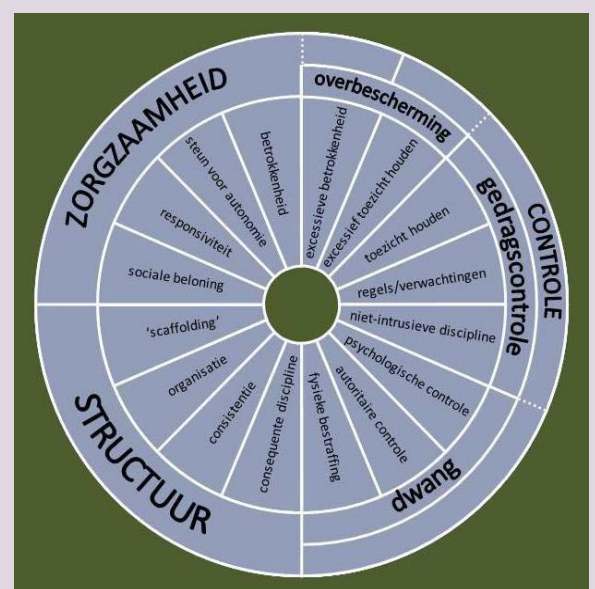
Net zoals vragenlijsten voor eetstijlen bij kinderen zijn ook vragenlijsten voor ouderschapspraktijken ten aanzien van voeding schaars in de Nederlandse taal. We hebben, als goede aanvulling op de *Child Feeding Questionnaire*, een voedingspraktijkenvragenlijst vertaald vanuit het Engels: de *Parental Feeding Style Questionnaire* (PFSQ; Wardle et al., 2002). De validatie hiervan is uitgevoerd in een Nederlandse steekproef van 135 ouders met kinderen in de leeftijd van zes tot zeven jaar (Sleddens, Kremers, et al., 2010a/b). Psychometrische evaluaties waaronder factoranalyses lieten zien dat de vier voedingspraktijken van de PFSQ ook in de Nederlandse steekproef werden herkend: 'controle over voeding', 'instrumenteel voeden', 'emotioneel voeden', en 'aanmoedigen om te eten'. Bovendien zijn de correlaties tussen voedingspraktijken en voedingsgedrag van zowel ouder als kind onderzocht om te bestuderen in welke mate voedingsgedrag voorspeld kan worden. De factorstructuur, interne consistentie en correlaties tussen de verschillende schalen vertoonden ook hier grote overeenkomsten met de oorspronkelijke studie

(Wardle et al., 2002).

Verder is gekeken of voedingspraktijken correleerden met snackgedrag van de kinderen en voedingsgedrag van de ouders. 'Instrumenteel voeden' (het gebruiken van voeding als beloning) en 'emotioneel voeden' (het geven van voeding als reactie op emotionele stress van het kind) waren positief gecorreleerd met snackgedrag van kinderen. Daarentegen was 'aanmoedigen om te eten' negatief gecorreleerd met snackgedrag. Verschillende voedingspraktijken waren gerelateerd met voedingsgedrag van ouders. De bevindingen laten zien dat het belangrijk is om voedingspraktijken te meten in toekomstige studies en mee te nemen in de ontwikkeling van interventieprogramma's voor ouders om gezonde eetgewoontes van kinderen te bevorderen.

ALGEMENE OPVOEDING Vervolgens is getoetst of de relatie tussen ouderschapspraktijken en energiebalans-gerelateerd gedrag van kinderen beïnvloed wordt door de algemene opvoedingscontext binnen een gezin. Zoals eerder geconstateerd zijn er veel verschillende vragenlijsten in omloop die beogen het algemeen opvoedingsklimaat te meten, maar de meeste van deze lijsten richten zich op een beperkt aantal aspecten van opvoeding. Bovendien is er veel onduidelijkheid over hoe je opvoeding het beste kunt meten (Power et al., 2013).

KADER 3. ALGEMENE OPVOEDINGSFACTOREN



Daarom is in samenwerking met de eerder genoemde onderzoeksgroep uit Houston een algemene opvoedingsvragenlijst ontwikkeld, de *Comprehensive General Parenting Questionnaire* (CGPQ; Sleddens et al., 2014). Deze vragenlijst bevat de vijf belangrijkste constructen van opvoeding, namelijk 'zorgzaamheid', 'structuur', 'gedragscontrole', 'strikte controle (dwang)' en 'over-protectie' (zie kader 3; Sleddens et al., 2014), evenals de onderliggende kenmerken.

De vragenlijst is afgenomen bij grote groepen ouders van vijf- tot dertienjarige kinderen in Nederland, België en de vs. In totaal hebben 1497 ouders de vragenlijst ingevuld. Bovendien is er ook een vragenlijst van 30 vragen, over persoonlijkheidskenmerken (de zogenaamde *Quick Big Five*; Vermulst & Gerris, 2005) afgenomen bij de ouders. De opvoedingsvragenlijst laat een acceptabele overeenkomst zien met ons vijf-factoren opvoedingsmodel. Persoonlijkheid van de ouder hing samen met de vijf opvoedingsconstructen in onze vragenlijst. De persoonlijkheidstrekken 'extraversie', 'meegaandheid', 'zorgvuldigheid', en 'openheid voor ervaringen' waren positief geassocieerd met de opvoedingsconstructen 'zorgzaamheid', 'structuur bieden' en 'gedragscontrole'. Deze opvoedingsconstructen zijn veelal gerelateerd aan positieve gezondheidssuitkomsten van kinderen. De persoonlijkheidstrek 'neuroticisme' was geassocieerd met dwangmatige controle en een chaotische thuisomgeving.

De voorgestelde opvoedingsvragenlijst kan hopelijk bijdragen aan onderzoek van de rol van ouders in de ontwikkeling van gezondheidsgedrag bij kinderen. Zo kan beter in kaart worden gebracht welke opvoedingsconstructen positief en negatief samenhangen met gezondheidsgedrag en kunnen interventies daarop beter aangescherpt worden.

TOEPASBAARHEID IN NEDERLAND De hierboven genoemde vragenlijsten zijn ontwikkeld voor onderzoek en niet voor individuele assessment. Ze zijn evenwel uitermate geschikt

om in Nederland te gebruiken voor het in kaart brengen van het gedrag van ouder en kind. De ontwikkelde Nederlandstalige vragenlijsten mogen dan ook worden gebruikt, na contact met de auteurs om de laatste versie te krijgen (en in verband met eventuele rechten op de oorspronkelijke Engelstalige vragenlijsten), en in geval er over gepubliceerd wordt: met adequate referentie naar de vermelde publicatie over de Nederlandse vertaling alsmede de oorspronkelijke Engelstalige lijst. Verdere ontwikkeling en validering van de vragenlijsten is toe te juichen (zie Sleddens (2013) voor verdere informatie over de valideringstudie van de genoemde vragenlijsten).

RELATIE OPVOEDING EN EETGEDRAG KIND

Dit laatste deel beschrijft de modeltoetsing van de relatie tussen opvoeding en eetgedrag bij kinderen (Sleddens, 2013; Sleddens, Kremers et al., 2014; zie kader 4).

Allereerst heeft deze studie als doel te bepalen welke voedingspraktijken van ouders de ontwikkeling van het eetgedrag van hun kinderen voorspellen. De volgende voedingspraktijken zijn gemeten: 'instrumenteel voeden' (het gebruik van voedsel als beloning), 'emotioneel voeden' (het gebruik van voedsel als antwoord op emotionele stress bij kinderen), 'controle' (controle uitoefenen over eten van het kind), 'aanmoedigen' (aanmoedigen van interesse in voedsel en het eten van een grote verscheidenheid aan voedingsproducten), 'het hanteren van strikte regels over voedingsgedrag van kinderen', 'druk op kinderen uitoefenen om te eten', 'het in de gaten houden van voedingsgedrag van kinderen', en 'controle die niet waarneembaar is door het kind' (het niet in huis halen van ongezonde producten of niet consumeren van ongezonde producten in het bijzijn van kinderen). De volgende voedingsgedragingen zijn gemeten: 'snacken', 'frisdrank', 'fruit- en waterconsumptie'. Bovendien heeft de studie tot doel de modererende invloed van context, zowel algemene opvoeding als de kind-kenmerken (temperament en eetstijl), te testen op de relatie tussen voedingspraktijken en eetgedrag van kinderen. Het kan namelijk zo zijn dat bepaalde moderatoren de relatie tussen voedingspraktijken en eetgedrag van kinderen versterken of verzwakken. Om dit te onderzoeken is gebruik gemaakt van gegevens die zijn verzameld binnen de grootschalige KOALA-cohortstudie (Kummeling et al., 2005).

Er is een aantal verbanden gevonden tussen voedingspraktijken van ouders en het eetgedrag van hun kinderen. Instrumenteel en emotioneel voeden en druk die ouders uitoefenen om hun kinderen voedingsproducten te laten

Er is nog veel onduidelijk over de rol van ouders in het beïnvloeden van energiebalans-gerelateerd gedrag van kinderen

consumeren, leidden tot meer ongezond eetgedrag (snacken en frisdrankconsumptie) en minder gezond eetgedrag (fruit- en waterconsumptie). Kinderen eten gezonder als ouders er simpelweg voor zorgen dat ongezonde voedingsproducten niet in huis worden gehaald, ouders hun kinderen aanmoedigen een grote variëteit aan voedingsproducten te consumeren en zij strikte voedingsregels toepassen.

Ondanks dat de sterkte van de correlatie afhangt van de context, lieten alle bevindingen van de gestratificeerde analyses dezelfde trend zien. Twee voorbeelden: voor kinderen die zijn opgegroeid in een positieve opvoedingscontext hebben restrictie, aanmoedigen en het niet in huis halen van ongezonde producten betere effecten op voedingsgedrag dan voor kinderen die zijn opgegroeid in een andere opvoedingscontext (dwangmatige en overbeschermende thuisomgeving). Voor kinderen die zijn opgegroeid in een mindere positieve opvoedingscontext heeft emotioneel en instrumenteel voeden negatievere effecten op voedingsgedrag. Bovendien is gebleken dat sommige voedingspraktijken niet interacteren met andere factoren om eetgedrag van kinderen te verklaren. Deze factoren zijn misschien robuust voor variatie in contextuele

Geef zelf het goede voorbeeld, geniet van gezonde voeding en beweeg regelmatig

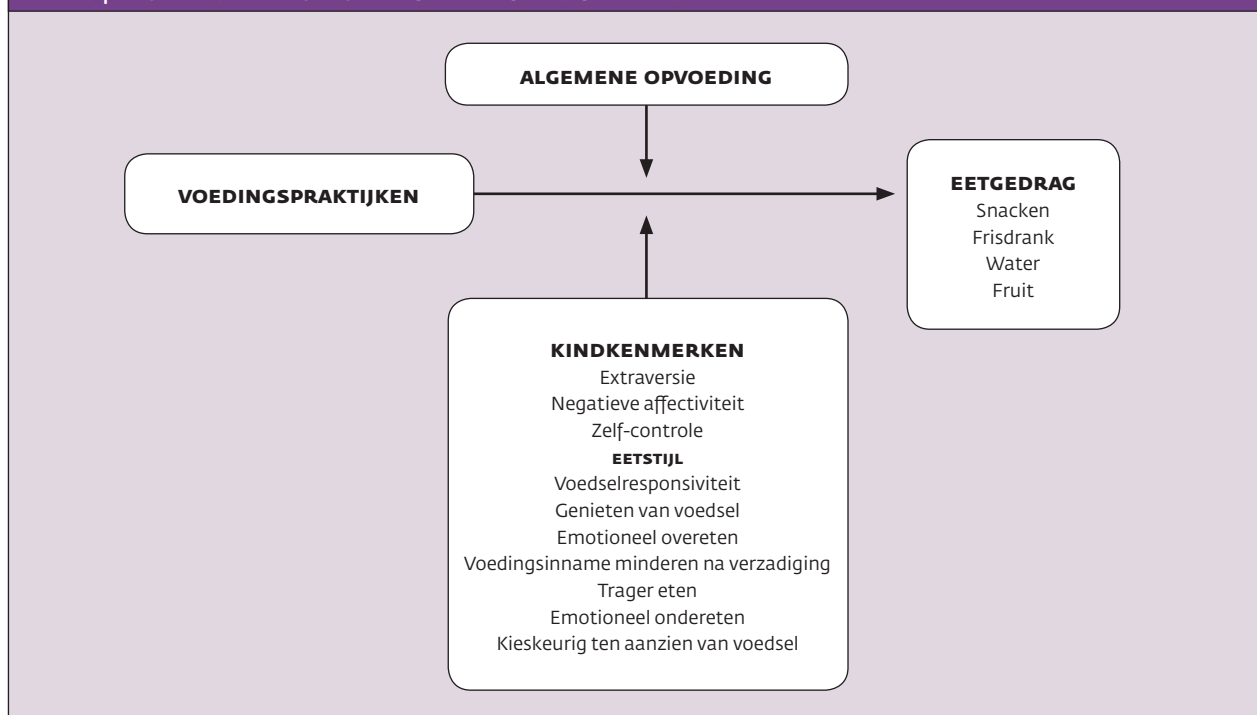
factoren en geschikt voor gebruik in meer algemene interventies.

Ouders hebben een aanzienlijke invloed op het eetgedrag van hun kinderen. Om ervoor te zorgen dat kinderen gezonder gaan eten, is het belangrijk te letten op de voedingspraktijken die ouders hanteren. Daarnaast is het van belang om rekening te houden met algemene opvoedingspraktijken en temperament en eetstijl van het kind.

CONCLUSIE

Verschillende ouder- en kind-factoren beïnvloeden de relatie tussen specifieke ouderschapspraktijken en overgewicht-gerelateerd gedrag van kinderen. Om opvoedingspraktijken beter te kunnen meten, is het noodzakelijk om specifieke vragenlijsten verder te ontwikkelen en te valideren. Dit geldt met name voor ouderschapspraktijken met betrekking tot voeding en beweging. De bestaande voedings- en beweeg-

KADER 4. MODEL RELATIE OPVOEDING EN EETGEDRAG KINDEREN



praktijkvragenlijsten zijn vaak slecht gevalideerd (Sleddens, Kremers et al., 2012; Vaughn et al., 2013).

In mijn onderzoek heb ik getracht duidelijkheid te brengen over welke constructen er gemeten kunnen worden en hoe deze constructen geoperationaliseerd kunnen worden. Input van verschillende wetenschappers wereldwijd is aan te bevelen om voortgang te boeken in dit onderzoeksveld (Baranowski et al., 2013). Het is belangrijk dat dynamische interacties tussen verschillende typen en niveaus van opvoeding (algemene opvoeding en ouderschapspraktijken) op energiebalans-gerelateerd gedrag van kinderen worden onderzocht. Hierbij dient gebruik te worden gemaakt van longitudinale onderzoekdesigns. Immers: als we beter weten hoe ouders overgewicht-gerelateerd gedrag en gewichtstatus van hun kind beïnvloeden, dan kunnen gezondheidsbevorderaars geïnformeerd worden bij het ontwerpen van effectievere interventieprogramma's. Het betrekken van ouders in de preventie en behandeling van overgewicht bij kinderen is noodzakelijk, aangezien zij hun kind gezonde leefstijlgewoonten aan kunnen leren. Om ouders te motiveren gezonde opvoedingspraktijken aan te leren is het belangrijk praktische tips mee te geven (zie kader 5).

Dit onderzoek is cruciaal om het probleem van overgewicht bij kinderen een halt toe te roepen. Kinderen staan steeds vaker oog in oog met allerlei verleidingen die ertoe leiden dat er vaak ongezonde keuzes worden gemaakt.

Ouders hebben een belangrijke taak ervoor te zorgen dat hun kinderen deze verleidingen weerstaan. Zij zijn er om het goede voorbeeld te geven wat betreft gezonde voeding en voldoende beweging. Het klimaat in de thuisomgeving (geven van warmte, bieden van structuur en optimale niveaus van controle) is daarbij belangrijk. Het is van belang deze autoritatieve vorm van opvoeding te stimuleren, waardoor bepaalde voedingspraktijken betere effecten hebben op het voorkomen en reduceren van overgewicht bij kinderen.

OVER DE AUTEUR

Dr. Ester Sleddens behaalde haar bachelor Gezondheidswetenschappen en de Health Sciences Research Master aan Maastricht University en is geregistreerd epidemioloog B. Op dit moment is ze postdoc onderzoeker aan Maastricht University. Onderhavig artikel is gebaseerd op haar proefschrift Childhood overweight: The influence of parenting on children's energy balance-related behavior. Met dank aan de Nederlandse Hartstichting, subsidienummer 2008B112.

Correspondentie aangaande dit artikel: Ester Sleddens, Universiteit Maastricht, Vakgroep Gezondheidsbevordering, Postbus 616, 6200 MD Maastricht. E-mail: ester.sleddens@maastrichtuniversity.nl.

KADER 5. TIPS VOOR OUDERS

- Wees zorgzaam, geef je kind veel liefde en warmte;
- Geef je kind structuur, wees duidelijk en consequent;
- Maak duidelijke afspraken over voeding, sporten, tv-kijken en computeren;
- Koop gezond voedsel en laat ongezonde producten liggen;
- Beloon of troost kinderen niet met voedsel, gebruik eten niet als middel om druk uit te oefenen;
- Stimuleer je kind om nieuwe smaken uit te proberen, neem daarbij de eerste keer genoeg met een kleine hoeveelheid en probeer je kind steeds iets meer te laten eten;
- Wees consequent, geef niet toe aan het kopen van snoep en andere ongezonde producten;
- Geef zelf het goede voorbeeld, geniet van gezonde voeding en beweeg regelmatig.

Summary

CHILDHOOD OVERWEIGHT: THE INFLUENCE OF PARENTING ON CHILDREN'S ENERGY BALANCE-RELATED BEHAVIOR E.F.C. SLEDDENS

Worldwide, childhood overweight is a major concern because of its dramatic increase and prevalence, its persistence into adulthood and its association with a host of negative health outcomes. Parents are the key to their children's development of obesogenic behaviors (overconsumption of calories, low levels of physical activity, and high levels of sedentary behavior). Although extensive parenting research has been conducted around the world, conflicting findings have been reported and interventions have had disappointing effects. In her dissertation, Sleddens (2013) conducted literature reviews and validated questionnaires to evaluate complex parenting-child weight relationships. Conclusions contain recommendations for theory, research and practice.

Literatuur

- Baranowski, T., O'Connor, T.M., Hughes, S.O., Beltran, A. et al. (2013). Smart phone video game simulation of parent-child interaction: Learning skills for effective vegetable parenting. In S. Arnab, I. Dunwell, & K. Debattista (Eds.), *Serious games for healthcare: Applications and implications* (pp. 247-264). Hershey, PA: IGI Global.
- Baranowski, T., O'Connor, T.M., Hughes, S.O., Sleddens, E.F.C. et al. (2013). Houston... We have a problem! Measuring parenting. *Childhood Obesity*, 9(S1), 1-4.
- Brotman, L.M., Dawson-McClure, S., Huang, K-Y., Theise, R. et al. (2012). Early childhood family intervention and long-term obesity prevention among high-risk minority youth. *Pediatrics*, 129, e621-e628.
- Daniels, S.R. (2009). Complications of obesity in children and adolescents. *International Journal of Obesity*, 33(S1), 60-65.
- Davison, K.K. et al. (2013). Physical activity parenting measurement and research: Challenges, explanations, and solutions. *Childhood Obesity*, 9(S1), 103-109.
- Gerards, S.M.P.L., Sleddens, E.F.C., Dagnelie, P.C., De Vries, N.K. & Kremers, S.P.J. (2011). Interventions addressing general parenting to prevent or treat childhood obesity. *International Journal of Pediatric Obesity*, 6, e28-45.
- Kremers, S.P.J., Sleddens, E.F.C., Gerards, S.M.P.L., Gubbels, J.S. et al. (2013). General and food-specific parenting: Measures and interplay. *Childhood Obesity*, 9(S1), 22-31.
- Kummeling, I., Thijs, C., Penders, J., Snijders, B.E. et al. (2005). Etiology of atopy in infancy: The KOALA Birth Cohort Study. *Pediatric Allergy and Immunology*, 16, 679-684.
- Magarey, A.M. et al. (2011). A parent-led family-focused treatment program for overweight children aged 5 to 9 years: The PEACH RCT. *Pediatrics*, 127, 214-222.
- Majdandzic, M. & Van den Boom, D.C. (2007). Multimethod longitudinal assessment of temperament in early childhood. *Journal of Personality*, 75, 121-168.
- Musher-Eizenman, D.R. & Holub, S.C. (2006). Children's eating in the absence of hunger: the role of restrictive feeding practices. In: Flamenbaum, R. (Ed.), *Childhood obesity and health research* (pp. 135-56). Hauppauge, NY: Nova Publishers.
- Must, A. & Strauss, R.S. (1999). Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 23 (S2), 2-11.
- Power, T.G., Sleddens, E.F.C., Berge, J., Connell, L. et al. (2013). Contemporary research on parenting: Conceptual, methodological, and translational issues. *Childhood Obesity*, 9(S1), 87-94.
- Putnam, S.P. & Rothbart, M.K. (2006). Development of short and very short forms of the Children's Behavior Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 87, 102-112.
- Reilly, J.J. & Kelly, J. (2011). Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: Systematic review. *International Journal of Obesity*, 35, 891-898.
- Rothbart, M.K., Ahadi, S.A., Hershey, K.L. & Fisher, P. (2001). Investigations of temperament at three to seven years: the Children's Behavior Questionnaire. *Child Development*, 72, 1394-1408.
- Schönbeck, Y., Talma, H., Van Dommelen, P., Bakker, B. et al. (2011). Increase in prevalence of overweight in Dutch children and adolescents: A comparison of nationwide growth studies in 1980, 1997 and 2009. *PLoS one*, 6, e27608.
- Showell, N.N., Fawole, O., Segal, J., Wilson, R.F. et al. (2013). A systematic review of home-based childhood obesity prevention studies. *Pediatrics*, 132, 193-200.
- Simonds, J. & Rothbart, M. K. (2004, October). The Temperament in Middle Childhood Questionnaire (TMCQ): A computerized self-report measure of temperament for ages 7-10. Poster session presented at Occasional Temperament Conference, Athens, GA.
- Singh, A.S., Mulder, C., Twisk, J.W.R., Van Mechelen, W. & Chinapaw, M.J.M. (2008). Tracking of childhood overweight into adulthood: A systematic review of the literature. *Obesity Reviews*, 9, 474-488.
- Sleddens, E.F.C. (2013). *Childhood overweight: The influence of parenting on children's energy balance-related behavior*. Proefschrift, BoxPress publisher, 's-Hertogenbosch, the Netherlands. ISBN: 978-90-8891-587-1.
- Sleddens, E.F.C., Gerards, S.M.P.L., Thijs, C., De Vries, N.K. & Kremers, S.P.J. (2011). General parenting, childhood overweight and obesity-inducing behaviors: A review. *International Journal of Pediatric Obesity*, 6, e12-27.
- Sleddens, E.F.C., Kremers, S.P.J. & Thijs, C. (2008). The Children's Eating Behaviour Questionnaire: Factorial validity and association with Body Mass Index in Dutch children aged 6 to 7. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 5, 49.
- Sleddens, E.F.C., Kremers, S.P.J., De Vries, N.K. & Thijs, C. (2010a). Relationship between parental feeding styles and eating behaviours of Dutch children aged 6 to 7. *Appetite*, 54, 30-36.
- Sleddens, E.F.C., Kremers, S.P.J., De Vries, N.K. & Thijs, C. (2010b). De vertaling en validatie van twee Engelse voedingsvragenlijsten: Bruikbaarheid in Nederland. *Voeding Nu*, 1/2 (dec/jan), 25-28.
- Sleddens, E.F.C., Kremers, S.P.J., Candel, M.J.J.M., De Vries, N.K. & Thijs, C. (2011). Validating the Children's Behavior Questionnaire in Dutch children: Psychometric properties and a cross-cultural comparison of factor structures. *Psychological Assessment*, 23, 417-426.
- Sleddens, E.F.C., Hughes, S.O., O'Connor, T.M., Beltran, A. et al. (2012a). The Children's Behavior Questionnaire very short scale: Psychometric properties and development of a one-item temperament scale. *Psychological Reports*, 110, 197-217.
- Sleddens, E.F.C., Kremers, S.P.J., De Vries, N.K. & Thijs, C. (2012). Measuring child temperament: Validation of a 3-item temperament scale and 13-item impulsivity scale. *European Journal of Developmental Psychology*, 10, 392-401.
- Sleddens, E.F.C., Kremers, S.P.J., Hughes, S.O., Cross, M.B. et al. (2012). Physical activity parenting: A systematic review of questionnaires and their associations with child activity levels. *Obesity Reviews*, 13, 1015-1033.
- Sleddens, E.F.C., Hughes, S.O., O'Connor, T.M., Beltran, A. et al. (2012b). Reply to commentary on Putnam's promise of, problems with, and potential refinement of the 'Extremely Short Form of the Children's Behavior Questionnaire'. *Psychological Reports*, 111, 621-623.
- Sleddens, E.F.C., O'Connor, T.M., Watson, K.B., Hughes, S.O. et al. (2014). Development of the Comprehensive Parenting Questionnaire for caregivers of 5 to 13 year olds. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 11, 15.
- Sleddens, E.F.C., Kremers, S.P.J., Stafleu, A., Dagnelie, P.C. et al. (2014). Food parenting practices and child dietary behavior: Prospective relations and the moderating role of general parenting. *Appetite*, 79, 42-50.
- Trost, S.G., McDonald, S. & Cohen, A. (2013). Measurement of general and specific approaches to physical activity parenting: A systematic review. *Childhood Obesity*, 9(S1), 40-50.
- Van Baal, P.H.M., Heijink, R., Hoogenveen, R.T. & Polder, J.J. (2006). *Zorgkosten van ongezond gedrag. Zorg voor euro's -3*. RIVM rapport 270751015, Bilthoven.
- Van der Horst K., Kremers, S., Ferreira, I., Singh, A., Oenema, A. et al. (2007). Perceived parenting style and practices and the consumption of sugar-sweetened beverages by adolescents. *Health Education Research*, 22, 295 - 304.
- Vaughn, A.E., Tabak, R.G., Bryant, M.J. & Ward, D.S. (2013). Measuring parent food practices: A systematic review of existing measures and examination of instruments. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 61.
- Vermulst, A.A. & Gerris, J.R.M. (2005). *Quick Big Five persoonlijkheidstest [The Quick Big Five personality test]*. LDC Publishers, Leeuwarden, Netherlands.
- Wardle, J., Guthrie, C.A., Sanderson, S. & Rapoport, L. (2001). Development of the Children's Eating Behaviour Questionnaire. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 963-970.
- Wardle, J., Sanderson, S., Guthrie, C.A., Rapoport, L. & Plomin, R. (2002). Parental feeding style and the inter-generational transmission of obesity risk. *Obesity Research*, 10, 453-462.
- Willis, T.A. et al. (2013). Combating child obesity: Impact of HENRY on parenting and family lifestyle. *Pediatric Obesity*. Epub July 2.

BOEKEN

Andere spelregels bij strafblad

Filosoof in de bajes

Door: R. Gerritsen (2014)

Leusden: ISVW Uitgevers, 256 p.

Recensent: Michiel van der Wolf



Ik ontmoette hem twee jaar geleden tijdens de live-opnames van het KRO-programma *Debat op 2*. Het ging die avond over straffen en vergeven, naar aanleiding van de zaken Robert M. en Volkert van der G. Als 'deskundig' duider was ik aan de kant van de – laten we zeggen – 'gematigden' geplaatst tegenover de pleitbezorgers van het zwaardere straffen. Toch kreeg ik die avond vooral discussie met iemand uit hetzelfde kamp, die werd voorgesteld als filosoof en schrijver, die zelf in de gevangenis had gezeten voor een bankoverval: Rein Gerritsen, auteur van *Filosoof in de bajes*.

Hij keek vol verontwaardiging naar me toen ik zei dat het strafrecht 'de weerslag van onze moraal' was. De nadruk legde ik op 'onze' om aan te geven dat het recht – een bepaalde strafmaat in dit geval – niet de visie moet vertegenwoordigen van degenen die het hardste roepen, maar van ons allemaal. Maar hij legde de nadruk op 'moraal'. Presentator Arie Boomsma had zijn blik gezien en voelde een mogelijkheid tot discussie. 'Het strafrecht heeft niks te maken met moraal, op geen enkele manier,' zei Gerritsen.

Verrast door het plotseling sterk gestegen niveau van de discussie, gaf ik hem eerst maar gelijk. Want – en ik sprak hem daar aan als filosoof – voor een aanhanger van het pragmatisme, zoals hij blijkt te zijn, is het strafrecht natuurlijk geen 'zedenleer', gebaseerd op een bepaalde opvatting over goed en kwaad, maar gefundeerd op (bijvoorbeeld) het objectievere schadebeginsel. Zo hekelt hij terecht in zijn boek de strafbaarstelling van (zelfs niet-fysieke) homoseksuele handelingen onder het Nazibewind, dat na de oorlog merkwaardigerwijs in gebruik bleef: 'Pas in 1994 werd dit wetsartikel uit het Duitse wetboek van strafrecht geschrapt, met in haar kielzog de lichamen van meer dan honderdduizend naoorlogse slachtoffers' (p. 180).

Maar omdat het strafrecht niet zo onwrikbaar is gefundeerd als (hij) veronderstelt en in de vorm van wet hoofdzakelijk bepaald wordt door de volksvertegenwoordiging, zal het nooit helemaal vrij zijn van enige volksmoraal. De vrij recente strafbaarstelling van bestialiteit was bijvoorbeeld nadrukkelijk gebaseerd op zedelijkheidsprincipes en dat van virtuele kinderporno op een wetenschappelijk niet te onderbouwen vermoeden van schade. En zeker ook de strafmaat als weging van de schade, waarvan de gradaties toch moeilijk te objectiveren zijn, is vatbaar voor (een veranderende) moraal.



Kunst van opvoeden (app)

Door: Horizon Jeugdzorg en Onderwijs (2014)

www.kunstvanopvoeden.nl

Deze app voert de gebruiker spelenderwijs mee in dagelijkse opvoedsituaties, met als doel mensen bewuster te maken van opvoedkeuzes. Door de reacties van het virtueel opgevoede kind wordt een situatie van verschillende kanten belicht, waarna de app feedback geeft.



Over gewicht en gezondheid

Door: E. van Thiel (2014)

Amsterdam, Wereldbibliotheek, 173 p.

Is overgewicht gevolg van een verslaving of is het aangeboren? Ligen psychische problemen eraan ten grondslag? Kun je overgewicht wel bestrijden? Deze en andere vragen worden beantwoord door zestien wetenschappers van diverse pluimage, die dan ook uiteenlopende antwoorden geven.



Stoppen of volharden. Portretten van jonge veelplegers

Door: I. Weijers en D. van Drie (2014)

Amsterdam: SWP, 219 p.

Hoe krijg je jonge veelplegers zo ver de koevoet op te bergen? Dit boek presenteert de uitkomsten van een longitudinale studie naar 81 jongvolwassen veelplegers. Conclusies: stoppen met criminaliteit is een worsteling waarbij motivatie een cruciale rol speelt. Daarbij is het een leeftijdsspecifiek proces.





Vierkante meter moed. De missing link in leiderschap

Door: A. de Rooy (2014)

Amsterdam: Prometheus/Bert Bakker, 149 p.

De eigenschap moed krijgt volgens de auteur te weinig aandacht in de managementliteratuur. In dit boek over leiderschap stelt hij moed centraal omdat het volgens hem een onmisbare eigenschap is voor een goede leider.

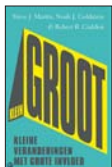


Gelukkig voor de klas

Door: J. Boerefijn en A. Bergsma (2014)

Tielt: Uitgeverij Lannoo, 191 p.

Op basis van inzichten uit de positieve psychologie doen de auteurs uit de doeken hoe leraren hun werkplezier kunnen aanwakkeren en de idealen die hen ooit tot het onderwijs hebben bewogen nieuw leven kunnen inblazen.



KleinGROOT. Kleine veranderingen met grote invloed

Door: S.J. Martin e.a. (2014)

Amsterdam: Nieuwezijds, 272 p.

Welke kleine verandering in een benadering of verzoek zorgt voor een groot effect op het gebied van overtuigingskracht? De auteurs bespreken de psychologische mechanismen achter strategieën die men kan aanwenden om een ander te overreden.

VISIE OP STRAFRECHT

Maar *first and foremost* – ik adresseerde de ervaringsdeskundige – is daarvan in het gevangeniswezen, met zijn eigen (gebrek aan) moraal, weinig voelbaar. Na lezing van dit boek, waarin Gerritsen steen voor steen een visie op strafrecht uitwerkt, meen ik te kunnen concluderen dat die visie – en ook zijn verontwaardigde blik naar mij – vooral door die ervaring wordt verklaard. De ervaring namelijk van – en in het dankwoord paraphraseert hij dat het duidelijkst – 'hoe deze straf voltrokken wordt en zich ook na de gevangenisstraf voortzet (p. 253)'.

Deze ervaring wordt in boeiende en schrijnende biografische verhalen ontvouwd in de eerste twee delen van zijn boek. Daarin toont hij eerst overtuigend de praktische onhaalbaarheid aan van de theorie dat veroordeelden *als* straf en niet *voor* straf worden opgesloten – de woorden leent hij zonder bronvermelding van de Britse 'penitentiair hervormer' Alexander Paterson, waar het boek verder juist bol staat van relevante bronverwijzingen. Wet, beleid, cultuur en menselijke aard bieden uitvoerders (bewaarders en machthebbers moeten het in het boek ontgelden) te veel ruimte voor straf in de straf. '*...een ongemakkelijke waarheid dat wij het gevaar lopen, zoals Nietzsche en Schopenhauer al scherp in de gaten hadden, om 'zelf monsters te worden in onze strijd tegen monsters'* (p. 134). Vervolgens ontkracht hij tevens het idee dat men na het uitzitten van de straf met een schone lei kan beginnen. Dan maakt het stigma bijvoorbeeld het aangaan van relaties, vriendschappen en werk bijna onmogelijk. '*De spelregels zijn voor mensen met een strafblad niet hetzelfde als voor anderen* (p. 104).'

Kortom: tijdens en na de straf openbaart zich pas 'het vergeldend karakter van ons strafrecht' (p. 134). Daarmee raken de praktische omstandigheden dus aan de grondslag van het strafrecht: de vergelding. Gerritsen is enerzijds kritisch op 'vergelding', omdat het leed van slachtoffers met niets te vereffenen is, terwijl de dader door de geleden 'detentieschade' altijd het (haat)gevoel zal houden dat zijn daad te hard vergolden is en hij dus juist zal recidiveren. Anderzijds ziet hij – anders dan de oud-gevangenisdirecteur die de, weinig op de visie van auteur en boek gerichte, inleiding verzorgt – dat vergelding ook maatschappelijke functies vervult, zoals voorkoming van eigenrichting/volksgerecht, en niet correctie of verzoening claimt waardoor het ruimte laat voor restemoties.

Niet duidelijk genoeg komt echter naar voren dat vergelding als reactie op schending van het sociaal contract vooral een retrospectief karakter heeft dat los te zien is van preventie van toekomstige misdaad, alsook een legitimerend en begrenzend karakter van overheidsingrijpen door middel van proportionaliteit. Juist daarin schuilt mijns inziens de waarde van zijn visie; die proportionaliteit geldt met name de straftoemeting in (bijvoorbeeld) de duur van de gevangenisstraf, waarin de eigenlijke ervaring van en na de straf niet wordt verdisconteerd.

BAJES BULLSHIT BINGO

Gerritsen zelf probeert in de volgende delen van het boek zijn visie verder uit te werken. Maar ondanks prachtige inzichten over sociaalpsycholo-

gische achtergronden van ouderschap – dat kunnen ook ogenschijnlijk normale, fantasieloze ‘slapers’ zijn, onder de verkeerde omstandigheden – en het vijandbeeld dat achter het veiligheids- en penitentiaire beleid van dit kabinet schuilgaat, levert dat niet helemaal de doorwrochte visie op die hij bij anderen mist. ‘...Het schokkende besef dat het tot nu toe altijd aan visie ontbroken heeft bij de wijze hoe en waarom wij mensen opsluiten’ (p. 253).

De extrapolatie van gevangeniswezen naar strafrecht als geheel is ook niet evident. Bovendien zit bijvoorbeeld bij zijn beschouwingen over ouderschap zijn eigen verleden als veroordeelde enigszins in de weg. *Telegraaf*-lezers beschouwt Gerritsen qua sociale omstandigheden als grootste potentiële ‘slachtoffers’ van hun zelf gewenste harde aanpak van ouders, maar hoort hij bij ‘wij of zij’? En gedraagt hij zich in zijn onwrikbare diskwalificatie van anderen niet zoals hij anderen verwijt? En bewijst hijzelf, ondanks een terloops opgebiechte niet nader ingevulde recidive, niet juist het tegendeel van zijn ziekmakende, criminogene gevangeniswezen? Hij werd – anders dan de titel overigens doet vermoeden – na zijn gevangenisstraf filosoof.

Gerritsen ‘de uitzondering die de regel bevestigt’ noemen is wat te simplistisch, maar een apart geval met een bijzonder levensverhaal is hij wel. Alleen daarom al is dit boek de moeite waard om te lezen. Het geeft een beter beeld, zo schrijft hij, dan de Tegenlicht-documentaire die van hem gemaakt werd. Uit het boek komt zijn humor beter naar voren. Persoonlijk vind ik zijn ‘Bajes bullshit bingo’ erg geestig: een kaart van justitiële beleidsmakers-plattitudes, waarbij je als je er vijf van hoort in een vergadering ‘bingo’ moet roepen. Ga ik eens uitproberen.

Zijn visie wordt nog het best samengevat in de quote op de kaft: ‘Ik wil dat het instituut gevangenis zoals dat op dit ogenblik bestaat, wordt opgeheven, want het middel van de macht en het geweld waarmee de staat probeert om een veiliger samenleving te creëren, schiet haar doel voorbij en is niets meer dan het zoveelste teken van een denkproces dat de Hongaarse schrijver Konrád omschreef als ‘het Auschwitz-syndroom’. Deze visie verdient verdere strafrechtelijke uitwerking en wie weet komt Gerritsen dan ook aan de aan het eind van het dankwoord gevraagde nieuwe ideeën – alternatieven? – toe.

Wat is de moraal van dit verhaal? Gerritsen wil geen ‘vrijheid brengen’ maar ‘zichtbaar maken’ hoe het achter en na de muren is, in de hoop dat de maatschappij dat onacceptabel vindt. Mij heeft hij overtuigd. Hij wil vanwege een ontaarde praktijk de theorie aanpassen, maar het boek nodigt, denk ik, vooral uit tot aanpassing van de praktijk aan de theorie. Er is voor, tijdens en na de straf veel te winnen, maar te vrezen valt dat de huidige staatssecretaris Fred Teeven – wellicht juist omdat hij er in het boek zo slecht vanaf komt – na lezing helaas niet gewonnen zal zijn.

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

Ontwikkel je mindset

Door: G. Schlundt Bodien (2014)

Van Duuren Psychologie, 224 p.

Volgens de auteur bepaalt de manier waarop je tegen dingen aankijkt uiteindelijk hoe succesvol je bent. Een goede mindset is kortom van essentieel belang, wil men betekenisvolle progressie boeken in het leven.



Lust of last?

Door: V. Steenhart (2014)

Artemis & co, 212 p.

Bedoeld voor eenieder die wil weten hoe het er in de behandelkamer van een seksuoloog aan toegaat. Aan de hand van sessies met haar cliënten bespreekt seksuologe Vera Steenhart een waaier van seksuele problemen.

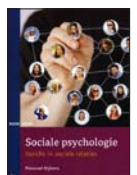


Sociale psychologie. Inzicht in sociale relaties

Door: P. Dijkstra (2014)

Den Haag: Boom Lemma, 418 p.

Dit boek is bestemd voor bachelorstudenten in opleidingen waarin werken met mensen centraal staat. Tevens is het bedoeld voor professionals in het werkveld die meer willen weten over hoe het contact tussen mensen verloopt en hoe mensen elkaar onderling beïnvloeden.





De tussenkomst

Door: J. van Os (2014)

Maassluis: De Brouwerij, 221 p.

Een psychologische roman over een gepensioneerd hoogleraar planologie aan wie de eenzaamheid knaagt. Op een dag krijgt hij een mooie, maar bijgelovige buurvrouw, die hij voortekens begint toe te spelen die moeten aantonen dat hij de ware voor haar is. Hoever is hij bereid daarin te gaan?



Voorkom een vechtscheiding

Door: N. Sleutel (2014)

Utrecht: Kosmos, 262 p.

Een vechtscheiding kan de betrokken echtelieden én de kinderen kapot maken. In dit boek wordt geadviseerd niet te blijven hangen in haat, woede en wrok, maar de liefde die er ooit was te gebruiken om op een goede manier uit elkaar te gaan.



Beter van niet. Meer provocatieve psychologie

Door: J. Wijnberg (2014)

Amsterdam: Scriptum, 382 p.

Als provocatief psycholoog heeft Jeffrey Wijnberg geleerd door spelletjes van mensen heen te prikken. Hij laat zien hoe mensen overtuigd en gemotiveerd kunnen worden en hoe makkelijk het is om mensen uit hun tent te lokken, om er daarna samen hartelijk om te lachen.

Waanzin, mooi en lelijk



Vandaag koop ik alle kleuren. Het levensverhaal van een man en zijn psychoses

Door: K. Anema (2014)

Amsterdam: Van Gennep, 254 p.



Filosofie van de waanzin. Fundamentele en grensoverschrijdende inzichten

Door W. Kusters (2014)

Rotterdam: Pearson, 760 p.

Recensent: Karel Soudijn

Karin Anema schreef het levensverhaal van een man die zij in 2006 toevallig ontmoette tijdens het schaatsen. In haar boek heet hij Twan. Hij is in 1949 geboren. Kort nadat Anema in 2013 haar tekst voltooide, overleed hij. In telegramstijl is het leven van Twan als volgt samen te vatten. Geboren in een groot katholiek gezin in Brabant. Eenzelvig. Moet al op jonge leeftijd vreselijk vies werk in een slachthuis verrichten. Kan zijn artistieke talenten niet goed ontplooiën. Mislukt op de Technische Universiteit en op de Academie van Bouwkunst, maar vindt op een gegeven moment werk als technisch tekenaar. Twan maakt moeilijk contact met andere mensen, maar gaat in een bepaalde periode wel naar cafés, waar hij veel geld in drank omzet. Hij ontwikkelt psychoses, wordt opgenomen in een psychiatrische kliniek, komt terecht in opvanghuizen waar alle bewoners worden uitgebuit, maar weet hieraan te ontsnappen. Uiteindelijk kan hij zich handhaven door een leven te leiden waarin bijna alles precies is uitgestippeld. Strenge discipline blijkt het beste medicijn. Volgens Anema overlijdt Twan aan een natuurlijke oorzaak.

Tegelijk met het levensverhaal van Twan verscheen een breed opgezette studie van Wouter Kusters over waanzin. Kusters is, net als Twan, ervaringsdeskundige. Ook hij is opgenomen geweest in verband met zijn psychoses. Daarover heeft hij al eerder in boekvorm gepubliceerd. In *Filosofie van de waanzin* ontwikkelt Kusters zijn verhandeling op basis van drie soorten bronnen: geschriften van bekende filosofen, autobiografieën van mensen die als 'psychiatrische patiënt' te boek staan, en eigen ervaringen.

Kusters – ooit gepromoveerd op een taalkundig onderwerp – heeft zijn baan aan de universiteit opgegeven, omdat hij deze te saai vond. Daarna is hij filosofie gaan studeren: ‘om eens goed en tot op de bodem uit te zoeken hoe dat nu precies zit met psychoses, de werkelijkheid, de tijd en het leven’ (p. 21).

Al die onderwerpen komen in dit boek aan de orde. Uitputtend, lijkt het, hoewel zo iets niet echt kan. Over filosofie en waanzin schrijft Kusters even verderop: ‘Ik laat zien waar beide beginnen, tot welke hoogten en diepten ze kunnen voeren, en hoe het einde van het één het begin van de ander kan zijn’ (p. 23).

Neem bijvoorbeeld de getallenleer. Hoeveel getallen zijn er? Oneindig veel. Het grootst denkbare getal moeten we daarom met het begrip ‘oneindig’ aanduiden. Nu gebeurt er iets vreemds. Als we bij een willekeurig getal er één bijtellen, dan krijgen we een ander getal. Bijvoorbeeld: $2 + 1 = 3$. Maar als we iets optellen bij ‘oneindig’, dan blijft de som ‘oneindig’. Waarom blijft dit laatste getal hetzelfde, terwijl het toch zou moeten veranderen als er iets aan wordt toegevoegd? Iedere niet-filosoof zal waarschijnlijk opmerken dat dit een kwestie is van definitie: we weigeren om buiten een afgesproken grens te gaan. Maar voor filosofen en gekken is het hele verhaal een prachtige aanleiding om zich het hoofd te breken over wat we met oneindigheid bedoelen. En: als oneindigheid een kwestie is van afspraak, kunnen we dan ook verschillende soorten oneindigheid van elkaar onderscheiden? Hoe verhouden die zich ten opzichte van elkaar? Is het aantal oneindigheden telbaar of ontelbaar?

In de filosofie kan men proberen om op dergelijke vragen antwoorden te krijgen die voor anderen inzichtelijk en acceptabel zijn. Bij Wouter Kusters lijkt het verschil tussen wijsbegeerte en gekte relatief: waanzinnigen bekommeren zich om de vraag, hoe zij zélf deel uitmaken van die antwoorden. Het oneindige is dan niet zomaar de beschrijving van een reeks of een ruimte, maar iets waar ikzelf een plaats in moet zien te vinden. Wat heel beangstigend kan zijn.

Kusters laat zich negatief uit over hulpverleners. Volgens hem menen hulpverleners dat waanzin slechts een ‘verschuiving’ is van ‘alledaagse, correcte, zinnige plannen naar een incorrect, zinloos Plan’ (p. 487). In zijn boek probeert Kusters duidelijk te maken, dat hij het hier niet mee eens is. Verder heeft hij weinig waardering voor psychiaters die met medicijnen een psychose onderdrukken. Misschien verdwijnen angsten door die medicatie, maar de creatieve mogelijkheden van waanzin gaan daarbij verloren. Een ‘normaal’ leven is voor Kusters een heel beperkt leven. Overigens sluit dit weer mooi aan bij de beschrijving die Karin Anema van Twan geeft.

OVERMAAT

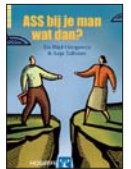
De boeken van Karin Anema en Wouter Kusters zijn verschillend van opzet: biografie tegenover filosofie. Maar er is ook een groot verschil in de aandacht die beide auteurs geven aan sociale verhoudingen. In het verhaal over Twan gaat het heel vaak over de moeizame verhouding die hij tot

Ass bij je man. Wat dan?

Door: E. Blijd-Hoogewys en A. Talboom (2014)

Amsterdam: Hogrefe, 223 p.

Dit boek bevat een psycho-educatieprogramma voor de niet-autistische partner van een man met ass. Het programma kan zowel in groepsverband, in een individuele behandeling, als thuis worden gebruikt.



Tussen Burger en Gemeente

Door: J. Sterenborg (2014)

Brave New Books, 48 p.

De inhoud van dit boekje verwijst naar middelen die de burger ter beschikking staan om voorzieningen aan te vragen en te verkrijgen. Nu de zorgtaken naar de gemeenten gaan, kunnen eerstelijns psychologen er hun voordeel mee doen in de advisering naar cliënten.



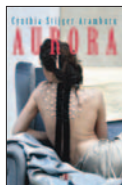
De glazen kooi

Door: N. Carr (2014)

Amsterdam: Maven, 334 p.

Mensen besteden steeds meer denktaken uit aan computers. Volgens Nicholas Carr leidt dit ertoe dat mensen ook steeds minder leren en dat eigenschappen als creativiteit en nieuwsgierigheid steeds meer naar de achtergrond raken.





Aurora

Door: C. Stijger Aramburu (2014)

Maassluis: De Brouwerij, 189 p.

Deze roman met een psychologische invalshoek gaat over de kracht van verbondenheid tussen de oude geliefden Aurora en Victor, die hun relatie na vijftig jaar weer een kans geven. Daarbij laat het verleden hen niet los, bovendien heeft Aurora een geheim.



Peuteren en kleuteren

Door: B. van de Grint (2014)

Amsterdam: SWP, 142 p.

Het jonge kind leert anders dan het nog iets jongere kind en ook anders dan het oudere kind. Dit boek biedt een neurowetenschappelijke benadering van de bijzondere manieren waarop kinderen leren. Het behandelt o.a. breinontwikkeling, patroonherkenning en autonoom versus cognitief leren.



Opboksen tegen het inerte. De doodsdrijf bij Freud

Door: P. Moyaert (2014)

Nijmegen: Vantilt, 207 p.

Bij Freud, aldus de filosoof Paul Moyaert, staat doodsdrijf niet voor een doodsverlangen, maar voor die weerbarstige krachten in het leven die zich tegen het leven verzetten. Op zoek naar de samenhang tussen doodsdrijf en destructie bepleit Moyaert doodsdrijf en agressiedrijf van elkaar te onderscheiden.

andere mensen heeft. Bij Kusters lijken andere mensen slechts een onbelangrijke bijrol te spelen. Twan wordt opgenomen op een moment dat hij in zijn destructiedrift gevaarlijk voor zichzelf en voor anderen is. Bij hem is het niet de vraag of hij een goed of een slecht plan uitvoert; zijn *gedrag* is veel te hinderlijk.

In het verhaal van Twan komt dit laatste goed naar voren, omdat een buitenstaander, Karin Anema, de tekst schrijft. Kusters biedt vooral inzicht in het denken van de waanzinnige; anderen krijgen daardoor nauwelijks aandacht. Zo schrijft hij in een autobiografisch fragment het volgende over een vriendin: 'Jammer dat Dorien er niet meer was toen ik met mijn Plotinus en voice-recorder thuiskwam. Een briefje: het werd haar te veel, ik moest het zelf maar oplossen. Misschien is ze toch verder dan ik dacht. Als ze zegt dat het haar te veel wordt, beseft ze in elk geval dat er 'veel is'. Dat is een goed teken' (p. 398). Waarna korte tijd later een opname in de kliniek volgt.

Met behulp van citaten maakt Kusters duidelijk dat talrijke geschriften van filosofen gemakkelijk doorgetrokken kunnen worden tot waanzin. Kennelijk weet een goede filosoof op tijd te stoppen met denken. Het brengt Kusters echter ook tot een vorm van jaloezie. In de geschriften van waanzinnigen zijn talrijke parels te vinden, die eigenlijk opgenomen en verwerkt hadden moeten worden 'in genres als poëzie, esoterische wijsheidsboeken of misschien zelfs management-, zelfhulp- en filosofieboeken' (p. 661).

Waarom gebeurt dit zo weinig? Het antwoord op die vraag lijkt mij duidelijk. Veel geschriften van waanzinnigen lijden aan overmaat. Teksten lijken eindeloos lang uitgesponnen. De parels liggen verstopt tussen een brij aan ideeën die voor anderen nauwelijks te verwerken zijn. Ook het boek *Filosofie van de waanzin* lijdt aan dergelijke overmaat. Het boek bevat prachtige citaten en intelligente analyses, maar Kusters kan zichzelf geen grenzen stellen. Een groot deel van het boek is met schaar en lijmpot geschreven, terwijl de auteur steeds minder rekening lijkt te houden met lezers. Lappen tekst van andere auteurs worden dan doorschoten met persoonlijke opvattingen van Kusters, waarbij het verschil tussen hoofdzaak en bijzaak vervaagt. Kusters behandelt talrijke vormen van waanzin, maar daarbij ontwikkelt hij helaas ook een eigen terminologie. Zijn boek lijkt een kathedraal die vooral voor één gelovige is gebouwd: de auteur.

Karin Anema en Wouter Kusters vullen elkaar goed aan. Het leven van Twan dat Anema beschrijft, is miezerig en optimistisch: de hoofdpersoon slaat zich er doorheen, al lijkt alles tegen te zitten. Bij Kusters is waanzin een vorm van heroïek, omdat de aangehaalde personen conventies doorbreken en belangrijke vragen aan de orde durven stellen. Maar zijn boek maakt ook duidelijk dat bijna niemand dit op een manier kan die ook voor anderen interessant is. Anema hield de regie in handen; bij Kusters raakte ik de draad kwijt.

Dr. K.A. Soudijn is gastdocent aan de Universiteit van Tilburg. E-mail: k.a.soudijn@uvt.nl.

TIJDSCHRIFT DE PSYCHOLOOG ZOEKT LEDEN VOOR DE REDACTIERAAD

Tijdschrift *De Psycholoog* streeft naar een inhoudelijk hoge kwaliteit, zowel van de wetenschappelijke artikelen als van de praktijkverhalen. Om die kwaliteit te waarborgen en te vergroten werkt de redactie van *De Psycholoog* samen met een redactieraad bestaande uit wetenschappers en beroepsbeoefenaren. Voor de nieuw samen te stellen redactieraad zoekt het NIP:

BEROEPSBEOEFENAREN

NIP-leden die werkzaam zijn
in de praktijk

WETENSCHAPPERS

NIP-leden die werkzaam zijn
in de wetenschap

HERKENT U ZICH IN EEN VAN ONDERSTAANDE PROFIELEN? REAGEER DAN!

BEROEPSBEOEFENAREN:

- NIP-lid
- actief werkzaam als psycholoog
- affiniteit met redactionele taken en/of schrijven, liefst ook zelf publicerend
- vertegenwoordigers uit de praktijk (KGJ, AG-O, Gezondheidszorg, Intersector)
- beschikken over een breed en relevant netwerk binnen het vakgebied
- link met de wetenschap

WETENSCHAPPERS:

- NIP-lid (tenzij dit statutair niet mogelijk is)
- actief in de richtingen methodenleer, sociale psychologie, cognitieve neurowetenschap, klinische psychologie, sociale psychologie, ontwikkelingspsychologie en/of gedrags-economie
- link met de praktijk
- hoogstaand niveau van wetenschappelijk onderzoek
- visie op het vertalen van wetenschappelijke kennis naar een breder publiek
- beschikken over een breed en relevant netwerk binnen het vakgebied

Leden van de redactieraad worden door het Algemeen Bestuur van het NIP benoemd voor een periode van drie jaar. De redactieraad komt minimaal twee maal per jaar in een informele setting bijeen. Tijdens die bijeenkomsten toetst de redactieraad de bladformule aan de informatiebehoefte van de doelgroep en gaat zij na of de inhoud van het vakblad overeenstemt met de bladformule.

De leden van de redactieraad genieten als zodanig geen beloning voor hun werkzaamheden. Zij hebben wel recht op vergoeding van (reis)kosten en kunnen rekenen op een hartelijke ontvangst in het Huis van de Psychologie in Utrecht.

MEER INFORMATIE:

U kunt meer informatie vinden op www.tijdschriftdepsycholoog.nl. Hier kunt u het redactiestatuut nalezen. Ook kunt u contact opnemen met de hoofdredacteur en redacteuren van *De Psycholoog* via redactie@psynip.nl of 030-8201500 op dinsdag-, woensdag- of donderdagochtend. Deadline voor reacties: 9 januari 2015



Nederlands Instituut van Psychologen

NIP

INTERVIEW MET MICHAEL GAZZANIGA

DEELBAAR BEWUSTZIJN

De Amerikaanse psycholoog Michael Gazzaniga (1939) gaf op 17 september jl., op uitnodiging van het NIP, een lezing met als titel *Unity in a modular world*. Gazzaniga is al zo'n vijftig jaar actief in de (hersens)wetenschap, heeft baanbrekend onderzoek verricht met split-brainpatiënten en geldt als een van de grondleggers van de cognitieve neurowetenschap. 'Er komt een diep gevoel van respect over je als onderzoeker, als je tegenover iemand zit bij wie de ene hersenhelft niet weet wat de andere hersenhelft doet.'

'Waarom ik op mijn 74^e nog altijd aan het werk ben? Heel simpel: omdat ik het leuk vind!'

Michael Gazzaniga, half september op uitnodiging van het NIP in Nederland, begint hard te lachen. Dat zal hij vaker – en graag – doen tijdens het interview in een academisch aandoende vergaderzaal van het statige Grand Hotel Amrath, gevestigd in het voormalige Scheepvaarthuis in Amsterdam. Het is mede aan zijn publicaties en publieke optredens te danken dat het grote publiek weet dat – even kort door de bocht – onze linkerhersenhelft staat voor de ratio en onze rechterhersenhelft meer voor creativiteit.

Hij leidt nog altijd fulltime het Sage Center for the Study of Mind,

het interdisciplinaire studiecentrum waarvan hij mede initiatiefnemer is. De missie van dat studiecentrum is om vanuit allerlei invalshoeken de relatie tussen *brain* en *mind* te bestuderen. Ook ruimt Gazzaniga nog steeds veel tijd in om te schrijven en actief te zijn in de *editorial board* van de *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 'Simpelweg plezier hebben in je werk, dat is zó belangrijk.'

Zonder enige twijfel houdt dat hem al zijn hele leven lang jong, meent deze krasse knar met aangename pretoogjes. 'Ik kan het iedereen aanraden om zo lang mogelijk door te blijven werken. Natuurlijk krijg je te maken met normale fysieke beperkingen van het ouder worden, daar zijn mensen

doorgaans nauwelijks op voorbereid. Van binnen zien mensen zichzelf vaak jonger dan ze werkelijk zijn, tenminste ik wel. En dat doe ik nog altijd. Haha.'

DE IN 2010 OVERLEDEN SCHRIJVER HARRY MULISCH ZEI OOI DAT IEDEREEN EEN ABSOLUTE LEEFTIJD HEEFT, DUS ONAFHANKELIJK VAN IEMANDS KALENDERLEEFTIJD. DIE VAN HEM WAS ZEVENTIEN, BEWEERDE HIJ GEREGLD. WAT ZOU UW ABSOLUTE LEEFTIJD ZIJN?

'Mijn vrouw zei me pas nog dat ik een jongen van dertien ben, dat beschouw ik als een compliment. Leef-tijd is een van de grote paradoxen in het leven. Rond je twintigste, dertigste denk je dat je het eeuwige



leven hebt. Als je ouder wordt, besef je steeds sterker dat dat niet zo is. Maar zo voel je dat niet echt, je wilt juist doorgaan. Hoe dan ook, ik heb nooit het idee gehad dat ik naar mijn werk ging. Nooit! Ik heb geen enkele zin me uit de academische wereld terug te trekken en te gaan golfen. Ik moet er werkelijk niet aan denken!’

**U GELDT ALS EEN VAN DE GROND-
LEGGERS VAN DE MODERNE
COGNITIEVE NEUROWETENSCHAP.
HOE IS UW INTERESSE IN DE MIND
OOIT ONTSTAAN?**

‘Dat zou iemand anders moeten uitzoeken. In mijn in januari te verschijnen boek, *Tales from both sides of the brain*, heb ik diverse verhalen opgetekend hoe ik door de split-brainpatiënten en toevallige zijpaden ben beïnvloed. Die hebben me mede de persoon gemaakt die ik vandaag de dag ben. Overigens herinner ik me nog goed dat ik eind jaren vijftig van de vorige eeuw als jonge student in *Scientific American* een artikel las van Roger Sperry, mijn latere promotor, over hoe zenuwen groeien en hoe ze verbindingen aangaan met andere zenuwen. Fascinerend vond ik dat en ik schreef hem een brief. Sperry nodigde me uit voor een *summer course*. In zijn laboratorium werkte hij toen al met dieren waarvan de beide hersenhelften waren doorgesneden. Niet veel later kreeg Sperry de mogelijkheid te werken met epilepsiepatiënten bij wie het corpus callosum operatief was doorgesneden en bij wie de epilepsieaanvallen sindsdien achterwege bleven. Daar betrok hij me bij. En als je eenmaal met zulke patiënten werkt, dat is zo fascinerend, dan wil je niet anders meer.’

VERKLAART U DAT EENS NADER?

‘Het is wonderlijk te merken als je bijvoorbeeld een geblinddoekte patiënt een voorwerp in zijn linkerhand geeft dat hij niet kan benoemen omdat de signalen alleen in de rechterhersenhelft aankomen. Geef je het hem in zijn rechterhand, dan ervaart hij geen enkel probleem en benoemt hij het voorwerp direct. Er komt een diep gevoel van respect over je als onderzoeker, als je tegenover iemand zit bij wie de ene hersenhelft niet weet wat de andere hersenhelft doet. Hoe overleven zulke patiënten in deze complexe wereld? Wat voor jou vanzelfsprekend is, dat kun je niet zomaar overbrengen op split-brainpatiënten. Je kunt niet zeggen: “luister even goed naar me en handel als volgt”. Zo werkt het niet, het is meer een kwestie van zoeken naar het juiste maatwerk.’

**U HEEFT DUS VEEL MOETEN
IMPROVISEREN TIJDENS UW WERK
MET SPLIT-BRAINPATIËNTEN?**

‘Constant! En met dat improviseren heb ik ook ontzettend veel fouten gemaakt, hoewel ik minder geneigd ben daarover te schrijven, haha. Ja, het was heel veel *trial en error* waar je met je neus bovenop zit. Dat was heel spannend, vooral ook omdat je niet wist wat je kon verwachten. En natuurlijk komen de gemaakte fouten voort uit goede intenties, dat is ook geenszins iets om je voor te schamen. Maar je werkt wel met mensen die je probeert te helpen. Heel veel experimenten leverden niet op wat we verwachten, en dan probeerden we met een nieuw experiment te achterhalen wat er mis was gegaan bij het eerdere experiment. We moesten ter plekke inspeken op wat er gebeurde. Werken met

split-brainpatiënten is heel uitputtend, mijn collega's en ik kwamen vaak doodmoe thuis. Maar dat was het meer dan waard! Dit werk vraagt om veel emotionele betrokkenheid bij je patiënten, met menigeen heb ik nog altijd persoonlijk contact. Mijn nieuwste boek draag ik dan ook op aan mijn patiënten. Zij zijn degenen die ons in hun leven laten, die meewerken aan onze experimenten, die hun verhaal vertellen en ons fundamentele zaken over de werking van onze hersenen leren. Ongelooflijk hoe geduldig ze altijd hebben meegewerkt.’

**U ZULT OOK VEEL EUREKA-MO-
MENTEN HEBBEN BELEEFD?**

‘Jazeker! En dat kan ik ook niet genoeg benadrukken tegen studenten en jonge wetenschappers: de onvoorstelbare voldoening die het geeft als jij een mysterie van *Mother Nature* openbaart. Op dat moment ben jij de enige die dat inzicht heeft. Dat is zo'n geweldige ervaring. Mijn grootste eureka-moment, en dat beschrijf ik ook in mijn nieuwe boek, was zonder twijfel de middag dat we bij een patiënt ontdekten dat zijn linkerhersenhelft niet wist wat de rechterhersenhelft deed. En dat de linkerhersenhelft de rechterhelft ook niet echt lijkt te missen.’

**WORDT HET OPERATIEF DOORSNIJ-
DEN VAN HET CORPUS CALLOSUM
BIJ EPILEPSIEPATIËNTEN NOG
ALTIJD GEDAAN?**

‘Heel, heel incidenteel. Er zijn nu andere methoden beschikbaar en farmacologische benaderingen. Epilepsiepatiënten met een doorgesneden corpus callosum zullen er op termijn niet meer zijn, het is niet bepaald een *growth industry*. Wat

Dit werk vraagt om veel emotionele betrokkenheid bij je patiënten

dat betekent voor de theorie over en onderzoek met split-brainpatiënten? Tja, wie het weet, mag het zeggen.'

KUNNEN MENSEN EIGENLIJK FUNCTIONEREN MET MAAR ÉÉN HERSENHELF?

'Jazeker, daar bestaan voorbeelden van. Kinderen bij wie een van de hersenhelften op jonge leeftijd is verwijderd, groeien tamelijk normaal op. De overgebleven hersenhelft neemt de functies van de verwijderde hersenhelft grotendeels over. Als bij iemand ooit de linkerhersenelft is verwijderd, dan vind je met neuropsychologische testen wel wat verminderde visueel-ruimtelijke vaardigheden. En iemand bij wie als kind de rechterhersenelft is verwijderd, zal wat meer problemen ervaren met spraak. Maar als je *Uncle Sam* test, vind je ook allerlei verschillen. Het is wonderlijk hoe plastisch onze hersenen zijn. Het illustreert hoe deelbaar ons bewustzijn is.'

SLUIT DAT AAN BIJ UW IDEE DAT ONZE HERSENEN MODULAIR ZIJN OPGEBOUWD?

'Jazeker. Die modules kun je zien als neurale netwerken met afzonderlijke functies zoals waarnemen of taal. Zijn bepaalde modules beschadigd bij patiënten, dan hebben die patiënten wel degelijk bewustzijn. Mijn stelling is dat niet de hersenen maar al die verschillende modules bewustzijn hebben, en dat proces wordt lokaal gecoördineerd. Ons bewustzijn is het resultaat van al die neurale activatie van die verschillende modules. Vergelijk het met een democratie. Die staatsvorm biedt burgers de mogelijkheid zich op een bepaalde manier te gedragen, het is geen controleur van die burgers.'

MAAR WIE OF WAT COÖRDINEERT DAT DAN?

'That's the 64.000 \$ question. Zit die coördinatie in de oscillaties, in de ritmische activiteit van ons brein? Daar proberen we nu meer grip op te krijgen.'

U HEEFT MEEGEWERKT AAN EEN BBC-SERIE OVER HET BREIN, U HEEFT DIVERSE POPULAIR-WETENSCHAPPELIJKE TITELS OP UW NAAM. WAT IS UW MOTIVATIE OM OOK EEN GEÏNTERESSEERD LEKENPUBIEK TE BEREIKEN?

'Opvoeden, wijzer maken, mijn fascinatie voor onze hersenen en de kennis ervan die we nu hebben op verschillende niveaus overbrengen. Ik ben nu op een leeftijd dat ik mag terugkijken op wat ik heb gedaan. Het was allemaal niet zo bewust gepland, maar het leven is voor mij zo gelopen zoals het is gelopen. Ik ben volledig gegrepen door de wetenschap, maar wetenschap is nadrukkelijk een sociaal proces, met heel veel interacties, ook buiten je eigen vakgebied. Een wetenschapper is geen geïsoleerde Asperger, een soort *mad scientist* die alleen in zijn werkamer zit en een paar keer per dag "eureka" roept. Natuurlijk heb je je persoonlijke momenten van inspiratie, maar als wetenschapper maak je nadrukkelijk deel uit van een groep, van een cultuur. En zeker met mijn

meer populair-wetenschappelijke werk hoop ik duidelijk te maken dat een leven in de wetenschap zeer de moeite waard is. Ja, ik hoop bij te dragen aan het beeld onder jonge wetenschappers dat wetenschap hip en cool kan zijn, dat mijn enthousiasme inspireert en aanstekelijk werkt – hoewel ik me zeer goed kan voorstellen dat de fiks toegenomen bureaucratisering in onder meer het aanvragen van beurzen en subsidies voor onderzoek niet echt als cool wordt ervaren.'

HOE STAAT U IN HET DEBAT OVER DE VRIJE WIL?

'Ik vind die discussie weinig zinvol. Als ik dit glas water wil pakken, dan wil ik niet dat mijn hand ergens anders naar grijpt. De vraag of mensen al dan niet een vrije wil hebben, leidt naar mijn idee af van wat we echt proberen te begrijpen: in hoeverre zijn we verantwoordelijk voor onze daden? En dat is nadrukkelijk een sociale vraag die ons allemaal raakt.'

ZAL DE PSYCHOLOGIE OP TERMIJN OPGAAN IN DE BIOLOGIE OF NEUROLOGIE?

'Dat geloof ik niet. Er zal altijd een eigen plaats voor de psychologie zijn. Niet voor niets is heel veel *folk psychology* correct. Mensen zullen elkaar ook altijd goed advies blijven geven, op basis van gezond verstand. Nee, ik verwacht niet dat er op basis van wat we nu weten over de werking van ons brein een

soort volkswijsheid zal gaan ontstaan in de trant van: iemand is een *jerk* omdat hij te veel neurotransmitters afscheidt, of omdat er iets goed mis is met zijn amygdala.'

**DENKT U DAT WE HET BREIN OOI
VOLLEDIG ZULLEN BEGRIJPEN? OF
IS DE WERKING ERVAN TE COM-
PLEX OM DAT OOI MET ONS EIGEN
BREIN TE VATTEN?**

'Zo denken velen erover, ook wetenschappers die het brein zeer gede-

tailleerd bestuderen of bestudeerd hebben. Maar ik ben optimistischer. Ooit zullen we de achterliggende principes van de architectuur van onze hersenen, de logica hoe het brein is georganiseerd en zichzelf coördineert, volledig begrijpen en daarvan zullen we diepe inzichten over de achterliggende mechanismen kunnen afleiden. Maar toegeven, zo ver zijn we nog niet.'

OVER DE AUTEURS

Dr. Vittorio Busato en drs. Geertje Kindermans zijn respectievelijk hoofdredacteur en schrijvend redacteur van De Psycholoog. Dit interview verschijnt deze maand ook in het Belgische blad Psyche & Brein.

WIE IS MICHAEL GAZZANIGA?



De Amerikaanse psycholoog prof. dr. Michael Gazzaniga (1939) is directeur van het Sage Center for the Study of Mind van de Universiteit van Californie, Santa Barbara. Hij studeerde psychologie aan het Dartmouth College en promoveerde op een psychobiologisch onderwerp aan het California Institute of Technology. Gazzaniga geldt als een van de grondleggers van de moderne cognitieve neurowetenschap. Onder begeleiding van zijn leermeester en promotor Roger Sperry (1913-1994) verrichtte hij baanbrekend onderzoek bij epilepsiepatiënten bij wie het corpus callosum, de hersenbalk die de linker- en rechterhersenhalves met elkaar verbindt, was doorgesneden – onderzoek waarvoor Sperry in 1981 de Nobelprijs voor Geneeskunde kreeg.

Gazzaniga is onder meer lid van de American Academy of Arts & Sciences, zit in de editorial board van de *Proceedings of the National Academy of Science* en was tussen 2001 en 2009 adviseur van de Amerikaanse regering op het gebied van bio-ethiek. Hij is initiatiefnemer en hoofdredacteur geweest van het wetenschappelijke tijdschrift *Journal*

of Cognitive Neuroscience en hij richtte in 1993 The Cognitive Neuroscience Society op. Mede onder zijn redactie verscheen dit jaar de vijfde editie van *The cognitive neurosciences* (MIT Press) – hét standaard leerboek op dit terrein waarvan het eerste deel verscheen in 1995.

Gazzaniga heeft eveneens diverse boeken voor een geïnteresseerd lekenpubliek geschreven waaronder *Who's in charge? Free will and the science of the brain* (2012), *The ethical brain* (2005), *The mind's past* (1998) en *The bisected brain* (1970). Ook werkte hij mee aan de BBC-serie *The Brain and The Mind*. In januari 2015 zal zijn nieuwste boek *Tales from both sides of the brain* verschijnen.

Op internet circuleren diverse filmpjes van Gazzaniga waarin hij met split-brain patients aan het werk is, bijvoorbeeld: <http://www.youtube.com/watch?v=aCv4K5aStdU> en <http://www.youtube.com/watch?v=82tIVcq6E7A>.

Voor meer persoonlijke informatie: <http://people.psych.ucsb.edu/gazzaniga/michael/>.

VERGADEREN IN UTRECHT?

Het is nu mogelijk
vergader- en
workshopruimte
bij het NIP te huren.

KIJK OP WWW.PSYNIP.NL/VERGADERRUIMTE



In the Eye of the Client

Coaching
Counseling
Psychotherapie

voor de Persoonlijke Psycholoog in de Professionele Praktijk

Integratieve Coaching, Counseling en Psychotherapie ECP
voor kinderen, jongeren, volwassenen en senioren
behalen van een PhD in psychotherapie mogelijk
breed scala korte trainingen en workshops

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

NEDERLANDSE
ACADEMIE VOOR
PSYCHOTHERAPIE



CONGRES ADHD NETWERK – VRIJDAG 9 JANUARI 2015

'Wat werkt? Bij kinderen en volwassenen met ADHD?'

ADHD NETWERK

ADHD is vaak een oorzaak van levenslange hinder en problemen. Effectieve behandeling met medicatie en gedragstherapie is beschikbaar voor kinderen en volwassenen. Is er ook meer? Is het nu echt zo dat lifestyle, voeding, bewegen, en goed slapen zoveel verschil kunnen maken zijn bij de aanpak van ADHD? En zijn neurofeedback, diëten en voedingssupplementen nu echt effectief? Deskundigen op deze terreinen zullen in plenaire voordrachten en interactieve workshops hun licht laten schijnen over de laatste updates uit de wetenschap en klinische praktijk.

Zodat u na afloop weet wat werkt!

Programma:

5 plenaire lezingen

- Sandra Kooij (PsyQ): Lifestyle bij ADHD
- Carlijn Bergwerff (VU A'dam): Onderzoek ADHD en Voedingsstoffen
- Ap Zaalberg (Min. Veiligheid en Justitie): Multivitaminen
- Tieme Janssen (VU A'dam): Hersengymnastiek: neurofeedback bij ADHD
- Els v.d. Ban (Altrecht): Niet farmacologische behandelmethodieken

Accreditatie is aangevraagd bij de volgende verenigingen:

NVAB, FGZP, NVVP, NIP, NVK, ABSG, VSR, V&VN, VVGN

Zie verdere informatie: www.ADHDnetwerk.nl

8 parallelle workshops:

- Lifestyle bij ADHD
- Masterclass medicatie voor volwassenen
- Masterclass medicatie voor kinderen
- Cognitieve Gedragstherapie bij kinderen en volwassenen
- AROPmaat (agressieregulatietraining) bij volwassenen
- AROPmaat (agressieregulatietraining) bij jeugdigen
- Internetbehandeling in de Generalistische Basis GGZ
- Hoe werkt het met adolescenten

FORUM – HELDERE POSITIES OF NOG STEEDS

GEREGISTREERDE PSYCHOLOGEN DE GEZONDHEIDS

In de gezondheidszorg werken master psychologen, gezondheidszorgpsychologen, klinisch psychologen, klinisch neuropsychologen, psychotherapeuten, etc. Die benamingen suggereren verschillen in beroepsprofiel en werkwijze. Volgens Pieter de Groot en collega's zijn de beroepsprofielen in de praktijk niet onderscheidend. Psychotherapeut Paula de Jong, psychiater Remke van Staveren, voormalig gz-psycholoog Peter Prudon en klinisch psycholoog Paul Soons dienen hen van replek.

VIJFTIG TINTEN GRIJS?

MAG IK
VAN JOU ...
VAN DE

BEROEPEN IN ZORG

"VERWARRENDE PROFIELEN"

DE ...
KLINISCH
PSYCHOLOOG
?

HEB IK NIET!

O DA'S
DOEK GOED

IK HEB WEL
DE GZ PSYCH.

PROBLEEMSTELLING

In de gezondheidszorg werken allerlei psychologen die zich aanduiden met verschillende benamingen en titels: master psycholoog, gezondheidszorgpsycholoog, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog, psychotherapeut, eerstelijnspsycholoog. Die vele benamingen suggereren verschillen in deskundigheid en werkwijze, dat wil zeggen onderscheidbare beroepsprofielen. Maar hoe onderscheiden al deze beroepen zich van elkaar? Op papier misschien wel – immers beroepsprofielen zijn zo opgesteld – maar hoe zit dat in de praktijk?

Neem bijvoorbeeld de advertentie, geplaatst in *De Psycholoog* van mei 2011, waarin een ziekenhuis op zoek is naar een 'Klinisch Psycholoog/gz-psycholoog/Psychotherapeut'. Voor de opstellers van de advertentie doet het er blijkbaar niet zo veel toe welk type psycholoog wordt aangetrokken. Is daarin dit ziekenhuis uniek en geldt deze manier van 'slordige' werving nog steeds? Hoe is dit zo gekomen en welke consequenties vloeien hieruit voort? Die vraag is opnieuw actueel geworden in een tijd waarin het hoofdbehandelaarschap prominent op de agenda staat en het NIP samen met andere beroepsverenigingen inzet op een nieuw registratiesysteem in de jeugdzorg.

In deze bijdrage gaan we terug naar onze roots en beschrijven wij de stand van zaken betreffende de profilering van de vier door de wet BIG erkende beroepen, te weten de gz-psycholoog (art. 3), de psychotherapeut (art. 3), de klinisch psycholoog (art. 14) en de klinisch neuropsycholoog (art. 14). Alleen tussen deze beroepen wordt het onderscheid formeel en door alle partijen, de wetgever en de beroepsverenigingen, erkend.

Psychotherapeuten
doen psychotherapie,
gz-psychologen
hanteren psycho-
therapeutische
deeltechnieken

RECENTE VERLEDEN We beschrijven nu eerst kort de geschiedenis van de vier BIG-beroepen.

DE PSYCHOTHERAPEUT Vooruitlopend op de wet BIG werd in 1986 het overheidsregister 'psychotherapeut' ingesteld. Voor psychotherapeuten betekende dit de maatschappelijke erkenning en bevestiging van een apart beroep. Deze situatie was uniek in de wereld en werd door Jongerius (1987) '*le phénomène hollandais*' genoemd. Lange tijd werd gediscussieerd of psychotherapeut als basisberoep of als specialistisch beroep in de wet BIG moest worden opgenomen. Het resultaat kennen we inmiddels: na een verhitte discussie besloot de wetgever om het beroep van psychotherapeut als basisberoep aan te merken (art. 3). De opleidingsduur werd vastgesteld op vier jaar, conform het besluit uit 1986.

In 1998 constateerde toenmalig minister Els Borst dat het beroep van psychotherapeut niet paste binnen de beroepenstructuur van de wet BIG. De uitoefening van de psychotherapie was naar haar mening afdoende ondergebracht bij het beroep van de klinisch psycholoog (art. 14-specialisme in oprichting). Borst sprak uit dat zij voornemens was om het register van psychotherapeuten te sluiten. Prompt stopten de opleidingen tot psychotherapeut. Deze situatie, ook wel het 'sterfhuis' genoemd, duurde tot eind 2004, toen de toenmalige minister Hans Hoogervorst aangaf geen uitvoering te zullen geven aan het voornemen het psychotherapie-register te sluiten.

Sindsdien werkt de beroepsvereniging van het NVP voortdurend aan een duidelijkere profilering van de psychotherapeut. De discussie gaat opnieuw over de vraag of de psychotherapeut een basisberoep dan wel een specialistisch beroep is. Recentelijk is door het NVP voorgesteld om voor de psychotherapeut een eigen specialisme te ontwikkelen, dus om het beroep van psychotherapeut zowel in artikel 3 als in artikel 14 op te nemen.

DE GEZONDHEIDSZORGPSYCHOLOOG Om als gz-psycholoog geregistreerd te worden moet men een tweejarige opleiding volgen. De opleiding en het daarop gebaseerde deskundigheidsgebied kent vier elementen: diagnostiek, indicatiestelling, behandeling en overige taken (voorlichting, preventie en consultatie).

EXTRA AANTEKENING PSYCHOTHERAPIE

Naar aanleiding van de stelling dat 'psychotherapeuten psychotherapie doen en gz-psychologen deeltechnieken hanteren', wil ik opmerken dat de begrippen psychotherapie en psychotherapeutische deeltechnieken onvoldoende gedefinieerd worden. Gaat het hier over therapiestromingen en/of over evidence based manieren van werken conform de multidisciplinaire richtlijn? Binnen bijvoorbeeld de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen is immers de eerste keus behandeling cognitieve gedragstherapie. Dit is een therapiestroming. Bij kortdurende trajecten, dus maximaal twintig sessies, kan een basispsycholoog of gz-psycholoog ingezet worden, weliswaar dan met kennis van de cognitieve gedragstherapie. Een psychotherapeut of klinisch psycholoog hoeft hier niet aan te pas te komen. Het meer expliciet benoemen van de problematiek, de zorgzwaarte en het expliciet benoemen van de vereiste therapeutische stromingen conform de multidisciplinaire richtlijn verheldert de discussie en maakt de verschillen tussen de beroepsgroepen meer zichtbaar voor de buitenwereld – verwijzers zoals huisartsen en cliënten.

Bij grotere ggz-instellingen werken de behandelteams vaak met zorgpaden. De problematiek en hulpvraag van de cliënten wordt onderverdeeld in diverse zorgtrajecten zoals het verrichten van uitgebreidere diagnostiek na intake door een psychiater en een gz psycholoog. Een gz-psycholoog is immers opgeleid als behandelaar en als diagnosticus. Indien er sprake is van zeer ingewikkelde

problematiek, bijvoorbeeld een PTSS met comorbide persoonlijkheidsstoornis, en/of de cliënt heeft al diverse behandeltrajecten achter de rug, die onvoldoende resultaat hebben, kan een specialist ingezet worden. Dat kan bij uitstek een klinisch psycholoog zijn, omdat die in het algemeen meer ervaring heeft met diagnostiek dan een psychotherapeut. Qua behandeltrajecten kan, indien er sprake is van bijvoorbeeld een angststoornis of depressie, een kortdurende cognitief gedragstherapeutische behandeling door een (gz-)psycholoog met gedragstherapie opleiding ingezet worden. Indien na een *eerste evaluatie* in het behandelteam blijkt dat er geen verbetering (volgens ROM) geconstateerd wordt, kan er van strategie veranderd worden bijvoorbeeld in geval van PTSS, een switch van Imaginaire Exposure naar EMDR, maar ook een switch van discipline. Bij meer ingewikkelde cliënten kan men bijvoorbeeld kiezen voor een specialist. In mijn ogen is dat dan een psychotherapeut of klinisch psycholoog met veel behandelervaring.

Tot slot: de relatie tussen klinisch psycholoog en gz-psycholoog hoeft geenszins verwarring op te leveren als de klinisch psycholoog een ervaren behandelaar is, dus even ervaren is als de psychotherapeut. Ik ben dan ook voorstander van een extra aantekening psychotherapie voor de klinisch psycholoog.

Paula de Jong is klinisch psycholoog-psychotherapeut, en gz-psycholoog. E-mail: jongpart@xs4all.nl.

Discussie over de overlap met de psychotherapeut deed zich met name voor bij het onderdeel 'behandeling'. En dat leidde al snel tot de vraag of de gz-psycholoog in zijn behandeling, hetzelfde of iets anders dan de psychotherapeut deed. Dit onderscheid kwam uiteindelijk tot stand mede door het begrip 'psychotherapeutische deeltechnieken' te introduceren: psychotherapeuten doen psychotherapie, gz-psychologen hanteren psychotherapeutische deeltechnieken. De psychotherapeut zou de meer persoonsgerichte therapieën voor zijn rekening nemen – vaak langer durend – met een belangrijke rol voor de therapeutische relatie. De gz-psycholoog zou vooral gebruik maken van kortdurende (geprotocolleerde) klachtgerichte interventies.

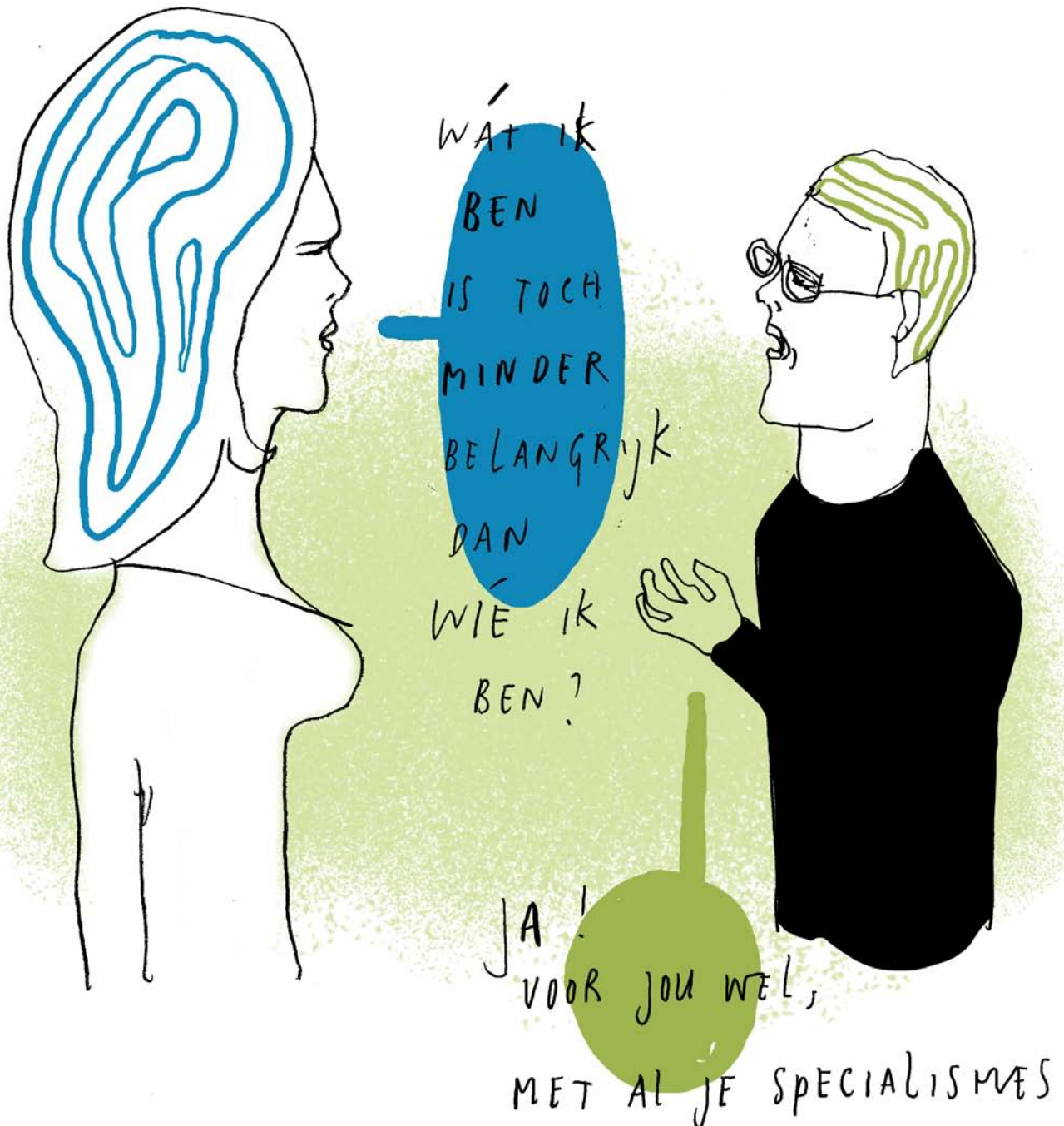
Van meet af aan groeide het register van de gz-psycholoog snel. Het register werd in 1998 ingesteld. Na een jaar telde het register al 6.725 beroepsbeoefenaren. Vier jaar later, in 2002, was het aantal inschrijvingen al bijna verdubbeld (12.591). De opleiding had in 1998 een capaciteit van 84 plaatsen, in 2010 waren

er meer dan 800 opleidingsplaatsen (zie www.big-register.nl).

In de loop der jaren deed zich een opmerkelijke ontwikkeling voor: bij de start van het register werd de gz-psycholoog gezien als generalistisch (eind) beroep. Later werd de registratie een minimumeis om het beroep van de psycholoog in de zorg zelfstandig te kunnen uitoefenen.

Sinds 2012 kennen gz-psychologen een eigen vereniging: de Nederlandse Vereniging voor Gz-Psychologie en haar specialismen (NVGZP). De gz-psycholoog is nu voor de zogeheten basis-ggz aangewezen als hoofdbehandelaar.

DE KLINISCH PSYCHOLOOG Vanaf midden jaren negentig van de vorige eeuw zijn vele (NIP-)inspanningen gericht op het erkend krijgen van het NIP-register klinische psychologie, met als doel dit over te hevelen naar de wet BIG, artikel 14. De nieuwe klinisch psycholoog-specialist zou tevens een geregistreerd psychotherapeut moeten zijn. Daarnaast is een tweetal



onderdelen toegevoegd aan het opleidingscurriculum, het doen van wetenschappelijk onderzoek en het opdoen van managementvaardigheden. Aldus is het specialisme 'klinische psychologie' ontstaan als deelgebied van het basisberoep gz-psycholoog. De officiële erkenning volgde uiteindelijk in 2006.

Daarmee is er helderheid rond deze titel ontstaan. In de praktijk blijkt de relatie tussen gz-psycholoog en klinisch psycholoog echter verwarring op te leveren: het specialisme dient zich te richten op een *deelgebied* van het basisberoep en het is de vraag of dat daadwerkelijk het geval is. De klinisch psycholoog richt zich

immers op hetzelfde probleem gebied (emotionele- en gedragsproblematiek) als de gz-psycholoog, zij het dat het dan meestal om complexe problematiek gaat.

Ook de in het opleidingscurriculum opgenomen onderdelen 'management' en 'wetenschappelijk onderzoek' maken het onderscheid niet duidelijker. Dat blijkt wel uit het feit dat in het competentieprofiel van de gz-psycholoog wordt gesteld dat deze 'de scientist-practitioner bij uitstek is' ('Competentieprofiel en indicatoren gz-psycholoog/Versie 1.5, p.7). Dezelfde competentie is opgenomen in de eindtermen van de opleiding tot de klinisch psycholoog en direct gekop-

peld aan het onderdeel praktijkresearch.

Op dit moment is door vws en de zorgverzekeraars bepaald dat de klinisch psycholoog naast de psychiater als hoofdbehandelaar kan optreden in de specialistische ggz. Het is nog onduidelijk of de klinisch psycholoog hierin een vergelijkbare positie zal krijgen als de psychiater.

DE KLINISCH NEUROPSYCHOLOOG Het toepassingsgebied van de neuropsychologie betrof tot voor kort vooral de diagnostiek en behandeling van stoornissen die met de werking van het centrale zenuwstelsel, en dan vooral de hersenen, samenhangen.

De klinische neuropsychologie is in 2008 als apart specialisme erkend, nadat het College Specialismen Gezondheidszorgpsycholoog onderzocht had of er voldoende grond was voor de aanvraag van deze erkenning en of de differentiatie met het specialisme klinische psychologie helder was. Men kwam tot een positieve conclusie (Federatie van gezondheidszorgpsychologen, 2005).

Het toepassingsgebied werd omschreven als 'het wetenschapsgebied waar de relaties tussen hersenstoornissen en gedrag bestudeerd worden in patiëntgebonden research, alsook de praktijksector waar deze kennis wordt toegepast in de vorm van diagnostiek, begeleiding en behandeling' (Deelman et al., 2004, citaat p. 1). Met deze omschrijving werd het nieuwe specialisme een deelgebied (namelijk de samenhang met de werking van de hersenen) van de gezondheidspsychologie.

Velen zijn verdeeld in hun oordeel over dit nog jonge specialisme, met name over de vraag of de klinisch neuropsycholoog wel een apart specialisme dient te zijn. Sommigen menen dat de expertise van de klinisch neuropsycholoog veel beter onderdeel had kunnen blijven van het reeds bestaande specialisme van de klinisch psycholoog.

De omvang van het specialisme is tot dusver beperkt gebleven: 115 geregistreerde beroepsbeoefenaren in 2012, met jaarlijks acht opleidingsplaatsen (www.big-register.nl).

BESCHOUWING

De hierboven beschreven beroepen zijn alle bij wet geregeld. Zijn daarmee de belangrijkste domeinkwesties opgelost en de onderlinge verhoudingen eens en

WIE HEBBEN ZE IN HUIS?

De ene psycholoog is de andere niet. Dat staat vast. Maar of dat aan de specialisatie ligt? Als psychiater werk ik op zzp-basis. Ik kom daarom op nogal wat werkplekken. Een van de eerste dingen die ik doe, is de samenwerking met de overige disciplines opzoeken. Wat (nee: wie!) hebben ze in huis? Ik heb daarin maar een doel: wie kan wat betekenen voor de diagnostiek en het herstel van de patiënt? En ja, ik informeer wel naar specialisatie, maar eerlijk gezegd ben ik meer benieuwd naar wat haar echt boeit en wat zij leuk vindt om te doen. De een is goed in diagnostiek, de ander heeft zich toegelegd op oplossingsgerichte therapie en een derde doet onderzoek naar het effect van CGT op het bedwingen van stemmen. Kijk, dan weet ik als hoofdbehandelaar bij wie ik waarmee moet zijn.

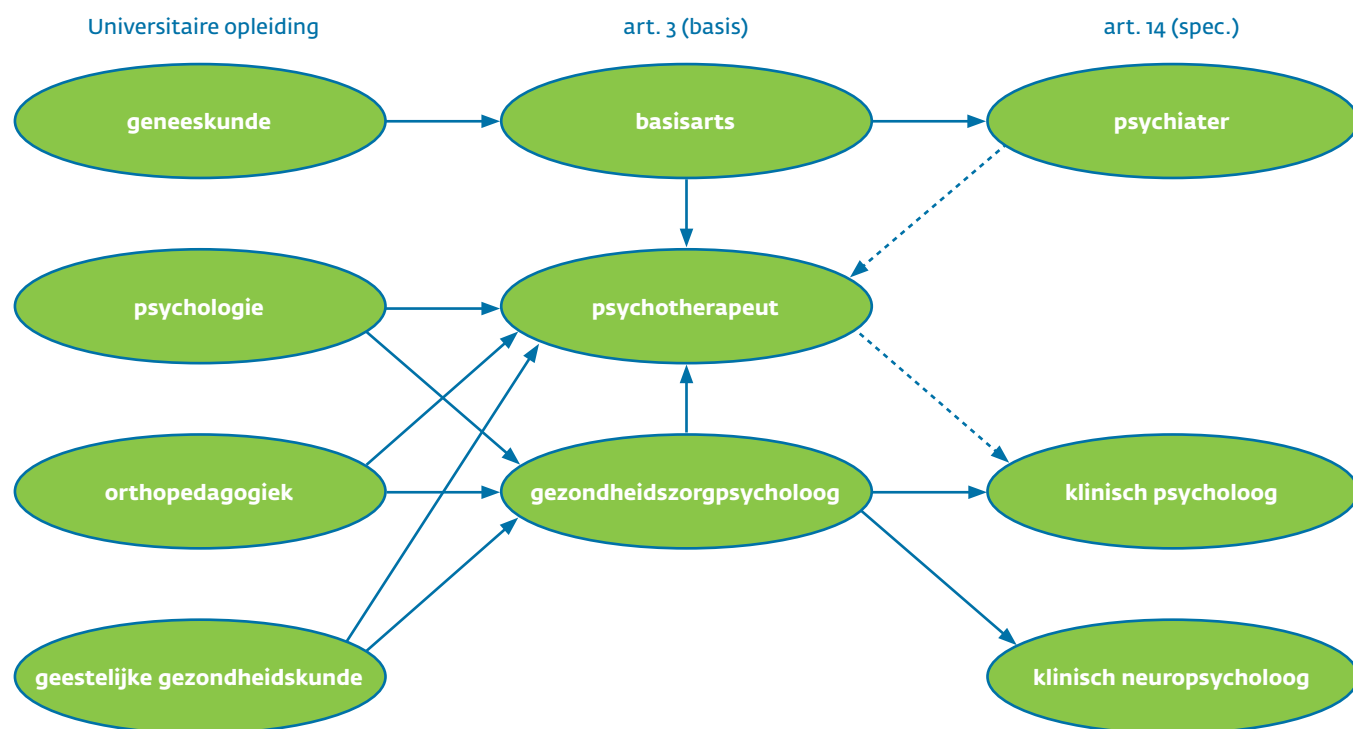
Naarmate de tijd verstrijkt en de samenwerking zich intensificeert, wordt ook steeds duidelijker welke andere kwaliteiten de psycholoog in kwestie in huis heeft. Zo ben ik er na maanden pas achter gekomen dat een van onze stagiaires (basispsycholoog die dolgraag de gz-opleiding wil doen en nu onbetaald werkervaring opdoet) een kei blijkt te zijn in het maken van patiëntgerichte behandelplannen. Geweldig! En tijdens de vakantie van collega psychiater was ik maar wat blij met de aanwezigheid van onze klinisch psycholoog. Waarom? Omdat zij hoofdbehandelaar is en de eindverantwoordelijkheid voor haar patiënten draagt. En vooral omdat zij dat goed kan. Een zorg minder.

Ligt het dan toch aan de specialisatie? Deels. Je kunt bevoegd zijn, en toch niet bekwaam. Hoewel ik in de praktijk vaak het omgekeerde meemaak: wel bekwaam, maar net niet het juiste papiertje. En dan is het toch jammer als een instelling (of eigenlijk indirect: de zorgverzekeraar) je om die reden geen vast contract mag aanbieden.

Remke van Staveren is psychiater. E-mail: vanstaverenexpertise@gmail.com.

De nieuwe klinisch psycholoog-specialist zou tevens geregistreerd psychotherapeut moeten zijn

FIGUUR 1: HET BIG-BEROEPENVELD VAN ACADEMISCHE GGZ-BEROEPEN (HUTSCHEMAEKERS & VAN DIJK, 2012)



BOUW OVERLAP EXPLICIET IN

De Groot en collega's betogen dat de status en afbakening van de vier big-erkende ggz-beroepen onduidelijk is. Moet het basisberoep van gz-psycholoog gezien worden als een volwaardig, zelfstandig beroep dat de professional zijn hele leven kan blijven beoefenen? Of is de gz-psycholoog veeleer de eerste stap op weg naar specialisering? Volgens de auteurs is het vanzelfsprekender de gz-psycholoog de verantwoordelijkheid van hoofdbehandelaar – binnen de basis-ggz – toe te kennen als er sprake is van een eindberoep.

Zelf ben ik gz-psycholoog sinds februari 2002 op basis van de overgangsregeling voor ervaren psychologen en heb ik tot 2013 als eerstelijns psycholoog gewerkt.

Op grond van die ervaring zie ik het als volgt: De competenties van een kersverse gz-psycholoog zijn zeker voldoende om een start te maken: in de basis-ggz (voorheen eerstelijns psychologie) óf in de specialistische ggz. Maar er zijn jaren van behandelervaring, nascholing en literatuurstudie nodig vooraleer iemand als hoofdbehandelaar kan fungeren. Dat kan iemand een heel leven blijven doen; wat dat betreft is het zeker een eindberoep.

Het is voor de meeste mensen echter natuurlijker om door te groeien binnen hun beroep: van basis-ggz naar specialistische ggz, binnen de specialistische ggz de psychotherapieregistratie behalen en/of de registratie klinisch psycholoog, en dan de bijbehorende verantwoorde-

lijkheden op je nemen. Maar het is geen must, en het is evenmin zo dat wie trouw blijft aan de eerstelijns ggz op den duur stil staat. De eerste lijn heeft zijn eigen expertise, die een tweede- of derdelijns psycholoog niet automatisch ook opdoet binnen zijn veld.

Ik onderschrijf de kritiek op de onduidelijke afbakening van de vier registraties. Gezien de tegenwoordig verwachte competenties zou het beroep van psychotherapeut voortaan als verdere specialisatie van het takenpakket van de gz-psycholoog moeten gelden en als eis voor het verrichten van specialistische ggz. Psychotherapie is een aanvulling op of alternatief voor basis-ggz, gezien de aard van de cliëntenproblematiek en de

In de praktijk blijkt de relatie tussen gz-psycholoog en klinisch psycholoog verwarring op te leveren

voor altijd helder? In figuur 1 wordt hun onderlinge verhouding gekoppeld aan (voor)opleiding geïllustreerd, waarbij ter vergelijking ook het beroep van arts en psychiater is weergegeven.

Zo op het eerste oog laat figuur 1 niets aan duidelijkheid te wensen over. De verhoudingen tussen de psychologen-disciplines zijn echter verre van duidelijk. Ook lijkt de positie van de psychotherapeut nog zeer complex. De toegangsrouten voor psychologen, orthopedagogen en geestelijk gezondheidsdeskundigen komt overeen met die van de gz-psycholoog en suggereert dat de psychotherapeut een 'standaard' basisberoep is. Tegelijkertijd kunnen echter ook artsen, gz-psychologen en zelfs psychiaters toegang krijgen tot de opleiding van psychotherapeut. Dat suggereert weer dat de psychotherapeut een specialistisch beroep is. Maar ook de positie van de gz-psycholoog en klinisch psycholoog zijn allesbehalve duidelijk.

Drie aspecten willen we hier aan de orde stellen: ten eerste de vraag in welke mate de vier psychologische beroepen in de praktijk daadwerkelijk van elkaar te onderscheiden zijn; ten tweede de kwestie van het onderscheid tussen basis en specialistische beroepen,

en ten slotte gaan we in op de consequenties van dit onderscheid voor het basisberoep van de gz-psycholoog.

ONDERSCHIED De wet BIG zou een einde moeten maken aan de veelheid van benamingen en soorten van psychologen in de gezondheidszorg. Die doelstelling lijkt in belangrijke mate gerealiseerd. Psychologie, pedagogiek en gezondheidswetenschappen hebben nu één gezamenlijk beroep in de wet de BIG, de gz-psycholoog, met daaraan gekoppeld een aantal specialismen.

De doelstelling van één duidelijk herkenbaar psychologenberoep zou nog vollediger zijn gerealiseerd, indien het beroep van psychotherapeut de afgelopen jaren niet verder was opgeschoven in de richting van een psychologenberoep. Het beroep van psychothe-

rapie. Maar dan zouden alleen gz- en k&j-psychologen, en misschien psychiaters, moeten instromen – en geen andere disciplines, BIG-geregistreerd of niet. En voor hun registratie als psychotherapeut zouden minimaal enkele jaren geëist moeten worden van bijscholing en gesuperviseerd werken onder een ervaren psychotherapeut. Idem voor de klinisch psycholoog; die zou bij registratie niet automatisch tevens als psychotherapeut moeten gelden, maar het eerst behalen van een psychotherapieregistratie zou evenmin geëist moeten worden.

Mijn wenselijke plaatje: vanuit een geschikte masterstudie stroomt iemand in de opleiding tot gz-psycholoog in; of vanuit een rijke relevante ervaring

als psycholoog stroomt iemand in een aangepaste opleiding tot gz-psycholoog in. Met de gz-registratie mag iemand zelfstandig werken in de basis- of specialistische ggz, maar voortgezette scholing en intervisie blijft een must. In de specialistische ggz kan men doorgaan voor de registratie psychotherapeut en/of klinisch psycholoog. De neuropsychologie zou een aparte registratie moeten zijn, bovenop of voorafgaande aan een andere registratie, en geen registratie klinische psychologie moeten impliceren. Overlap in de registraties is dus niet alleen onvermijdelijk, maar expliciet ingebouwd.

De auteurs illustreren hun stelling over onduidelijke afbakening met een advertentie (uit 2011!) waarin een ggz-

instelling in één adem vraagt om een gz-psycholoog/psychotherapeut/klinisch psycholoog. Dat hoeft niet door een onduidelijke afbakening te komen. Men kan ook de ervaring hebben dat de eerste twee zich vaak net zo ver doorontwikkeld hebben als de laatste, maar zich de rompslomp en kosten van een registratie op de hals hebben willen halen. Het is aan een sollicitatiecomité om dat te onderzoeken. Pas als de wet of de zorgverzekeraars de betreffende BIG-registraties gaan eisen voor vergoeding, zal men in de advertenties specifiekere worden.

Peter Prudon is thans onafhankelijk onderzoeker in de (klinische) psychologie. E-mail: pprudon@hotmail.com.

EEN EENVOUDIG EN EENDUIDIG BEROEPENGEBOUW

Er is inderdaad sprake van een grote onduidelijkheid in ons beroepenveld – zeer herkenbaar in de alledaagse praktijk en voor buitenstaanders onbegrijpelijk! Een betere, duidelijker en vooral eenvoudiger ordening is noodzakelijk voor onszelf, maar juist ook voor die buitenwereld (andere disciplines, organisaties in de gz, verzekeraars, overheid). Een eenvoudig en eenduidig beroepengebouw kan daarbij helpen.

Zelf werk ik ruim dertig jaar in diverse settings in de patiëntenzorg (eerstelijns, revalidatie, algemeen ziekenhuis, PAAZ, dagbehandeling psychiatrie, kinder- en jeugd). Ook ben ik nu nog uitvoerig betrokken bij opleiding en onderwijs in de psychologie op bachelor-, master-, gz- en specialistisch niveau.

Om tot een betere ordening te komen, zouden we vanaf nu een nieuw beroepengebouw moeten ontwerpen die een leidraad zou kunnen voor verdere integratie. Dat beroepengebouw moet dan aan een aantal voorwaarden voldoen:

- Maak duidelijk onderscheid in drie niveaus: basispsycholoog, gz-psycholoog (generalistisch) en specialisten (klinische psychologie en klinische neuropsychologie).
- Maak ook duidelijk onderscheid in de primaire taak, namelijk patiëntenzorg: diagnostiek en behandeling (ook op drie niveaus).
- De masterpsycholoog werkt altijd onder verantwoordelijkheid van een gz-psycholoog of specialist.

- De gz-psycholoog werkt zelfstandig als hoofdbehandelaar in de basis ggz (en vergelijkbare settings), vergelijkbaar met de tandarts (ook een basisberoep).
- De specialist is hoofdbehandelaar in de gespecialiseerde ggz (en vergelijkbare settings).
- Tussen beide niveaus moeten duidelijke afspraken en een duidelijke taakverdeling worden gemaakt.
- Maak op alle niveaus differentiaties in leeftijd, werkveld én specialistisch niveau; hang hier de herkenbaarheid aan op.

Zoals De Groot, Visser en Hutchemaekers aangeven, is de historie complex. Elk beroep heeft zijn eigen ontwikkeling doorgemaakt. De noodzaak van integratie is echter groot en de beloning daarvoor ook. Daartoe is het nodig dat alle relevante partijen bij elkaar gaan zitten en hier actief aan werken. Daar zijn psychologen niet zo goed in. Natuurlijk is dat een megaklus. Hoopvol op dit vlak is de aansluiting van de NVP bij de FGZP en het feit dat vijftien partijen een gezamenlijk standpunt geformuleerd hebben over het hoofdbehandelaarschap. Op deze weg moeten we verder gaan!

*Dr. Paul Soons, klinisch psycholoog
St. Annaziekenhuis Geldrop,
TiU en Rino-zuid. E-mail:
p.soons1@gmail.com.*

rapeut blijkt de logica van het BIG-beroepengebouw op allerlei manieren uit te dagen: enerzijds is het feitelijk een tweede psychologenbasisberoep, met daaraan gekoppeld de mogelijkheid van specialismen, anderzijds lijkt de praktijk de psychotherapeut als een plusvariant of zelfs specialisme van de gz-psycholoog te beschouwen. Er is sprake van grote onderlinge inwisselbaarheid, terwijl het onderscheid tussen artikel 3 en artikel 14 beroepen daardoor verder wordt geïmpliciteerd.

BASIS- VERSUS SPECIALISTISCH BEROEP Bij artikel 3 gaat het volgens de Wet over 'beroepen met een eigen deskundigheidsgebied', dat duidelijkheid geeft over de vraag welke deskundigheid de patiënt mag verwachten en dat grenzen stelt aan de bevoegdheid van beroepsbeoefenaren. Een specialistisch beroep richt zich op een deelgebied van het artikel 3-beroep.

De klinisch psycholoog is volgens de wet een specialistisch beroep. Maar, zo hebben wij hiervoor gezien, dat beroep richt zich niet op een deelgebied maar juist op hetzelfde deskundigheidsgebied als de gz-psycholoog. De klinisch psycholoog pretendeert net overal iets meer van te weten dan de gz-psycholoog. Van specialisering is echter geen sprake, want dat impliceert volgens de wet, het focussen op een specifiek deelgebied en het loslaten van het grotere geheel.

Zoals eerder gesteld komen de zogenaamde dubbelregistraties veel voor. Alle klinisch psychologen worden ook automatisch ingeschreven in het register van psychotherapeut. Omgekeerd geldt dat van alle psychotherapeuten 27% is geregistreerd als gz-psycholoog en 25% als klinisch psycholoog (bron: NVP). Ook het aantal klinisch neuropsychologen dat tevens een registratie als klinisch psycholoog heeft, is opmerkelijk hoog. Dit fenomeen van dubbelregistratie wijst op zich al op een overlap tussen de verschillende beroepen.

Vooral het begrip 'behandeling' is illustratief. De wet BIG beschrijft dat in algemene, globale termen. Daardoor biedt de wet nauwelijks handvaten om de verschillende psychologische beroepen die zich met behandeling bezighouden, van elkaar te onderscheiden.

Alleen de klinisch neuropsycholoog lijkt zich te beperken tot een eigen deelgebied, maar dat blijkt vervolgens wel weer erg klein te zijn.

De psychotherapeut heeft, als het om behandeling gaat, een aanmerkelijke overlap met de klinisch psycholoog

BASISBEROEP GZ-PSYCHOLOOG De onduidelijke positie van de specialismen alsook de bijzondere positie van de psychotherapeut doet een derde vraag opkomen, namelijk of het basisberoep van gz-psycholoog gezien moet worden als een volwaardig en eigenstandig beroep dat de professional zijn hele leven kan blijven beoefenen, of dat de gz-psycholoog uiteindelijk de eerste stap is op weg naar specialisering?

De actuele discussie over de vraag wie hoofdbehandelaar kan zijn, hangt hiermee samen. Het is meer vanzelfsprekend om de gz-psycholoog deze verantwoordelijkheid toe te kennen als er sprake is van een eindberoep; althans binnen de basis ggz, binnen de specialistische ggz ligt dit complexer.

CONCLUSIE

Uit onze verkenning komt een aanmerkelijke overlap naar voren als het gaat om het profiel en de inhoudelijke werkzaamheden van drie van de vier onderzochte psychologische beroepen.

De psychotherapeut heeft, als het om behandeling gaat, een aanmerkelijke overlap met de klinisch psycholoog. De afbakening tussen het basisberoep van gz-psycholoog ten opzichte van het specialistische beroep van klinisch psycholoog roept vragen op. Het BIG-beroepenveld (zie figuur 1) maakt ook de ingewikkelde positie van de psychotherapeut duidelijk.

De klinisch neuropsycholoog zou hierop de uitzondering kunnen zijn; immers de overlap met, in ieder geval, het domein van de klinisch psycholoog is onderzocht. Wel valt op dat het hier, getalsmatig althans, om een zeer klein specialisme gaat. Ook is opvallend dat de meeste klinisch neuropsychologen tevens geregistreerd zijn als klinisch psycholoog.

Overlap is overigens onvermijdelijk aangezien het vaak gaat over dezelfde competenties en het verschil zit in de mate van beheersing. Teveel aan overlap vertroebelt evenwel de helderheid van de beroepsprofielen. De advertentie uit 2011, waarin gezocht werd naar een 'Klinisch Psycholoog/gz-psycholoog/Psychotherapeut', zou wellicht heden ten dage niet meer zo worden opgesteld. De verwarring die erachter schuilgaat, is onverminderd actueel.

Daarnaast springt in het oog dat er geen consensus bestaat over de begrippen 'basisberoep' en 'specialistisch beroep'. Dat komt onder meer tot uiting in de onduidelijke status van het beroep gz-psycholoog. Wanneer hier duidelijke keuzes gemaakt worden, zal de onderlinge verhouding tussen de vier beroepen aanmerkelijk verhelderd kunnen worden.

OVER DE AUTEURS

Drs. Pieter M. de Groot, klinisch psycholoog, is voormalig bestuurder/directeur in de Jeugdzorg en de ggz. Prof. dr. Sako Visser is bijzonder hoogleraar Gezondheidszorgpsychologie, tevens hoofdopleider, aan de universiteit van Amsterdam en hoofd zorgprogramma somatoforme stoornissen van Pro Persona te Wolfheze. Prof. dr. Giel Hutschemaekers is hoogleraar Geestelijke Gezondheidszorg aan de Radbouduniversiteit te Nijmegen. Tevens is hij hoofd onderzoek bij Pro Persona te Nijmegen. Reageren: pieter-61degroot@gmail.com.

Literatuur

Competentieprofiel en indicatoren gz-psycholoog/Versie 1.5 (ws. 2011), intern document.

Deelman, B.G., Eling P.T.A.M., De Haan, E.H.F. & Van Zoomen, A.H. (2004). *Klinische Neuropsychologie*. Boom: Amsterdam.

Federatie van Gezondheidszorgpsychologen (2005). *Eindrapport commissie klinische neuropsychologie*, intern document Jongerius P.J. (1987). *Le phénomène hollandais, een geschiedenis van het psychotherapeutisch veld*. NcGv, 120-136.

Hutschemaekers, G. & Dijk, F. van (2012). In: R. Moodley, U. Gielen en R. W. Lin (Eds.), *Psychotherapy and clinical psychology in the Netherlands. Settlement of five distinctive psychotherapy professions. Handbook of psychotherapy and clinical psychology in an international context* (p. 315-325). London: Routledge

INSPIRATIE – ENTHOUSIAST EN OPTIMISTISCH

Veel psychologen werken vanuit het ziektemodel: als het niet goed gaat met iemand, hoe krijg je hem dan weer op een aanvaardbaar niveau? Dan help je mensen van een 3 naar een 6. Maar wat doen we vanaf dat punt? Mensen die geen klachten hebben, maar zich afvragen: is dit het nou? Kunnen we die mensen helpen om van een zes een zeven, een acht of zelfs een negen te maken? Kunnen we mensen laten floreren? Daar houdt de positieve psychologie zich mee bezig. Ik vind het een prachtig uitgangspunt!

Dat ik daar zo enthousiast van word, komt door mijn karakter, ik ben nogal optimistisch van aard. Maar het heeft zeker ook met vroeger te maken. Toen ik acht jaar oud was, heb ik mijn vader zien uitvallen. Hij raakte overspannen en kwam thuis te zitten. Vervolgens ontwikkelde hij een manische depressie waarvoor hij werd opgenomen. Dat maakt indruk op een kind.

Aan het eind van mijn hbo-studie Personeel & Arbeid liep ik stage op de werving- en selectieafdeling van een multinational. Er werkten zo'n zeven mensen, onder wie een vrouw die aanvankelijk een enthousiaste medewerker was, extravert zelfs. Gedurende mijn stage zag ik haar afglijden: ze werd stiller, begon zich te isoleren en op het laatst zat ze telkens met tranen in haar ogen achter haar bureau. Haar werk kostte haar veel meer energie dan het haar opleverde.

NIEMAND DEED IETS

Werving en selectie vond ik interessant, maar deze vrouw vond ik pas echt boeiend. Ik moest aan mijn vader denken, het

greep me aan, ik dacht: wat gebeurt hier? En hoe komt het dat we met zijn allen machteloos staan? Niemand deed iets. Er werd alleen over gepraat waar zij niet bij was. Mijn interesse voor psychologie was gewekt, ik wist wat ik wilde gaan doen: niet zozeer mensen helpen die zijn omgevallen, maar eerder ingrijpen en mensen helpen gelukkiger te worden in hun werk.

Ik ben psychologie gaan studeren aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Ik wist al in het begin dat ik met A&O verder wilde en ik had de naam Arnold Bakker al horen vallen. Hij is de hoogleraar die zich met bevlogenheid en flow bezighoudt. In het derde jaar kreeg ik voor het eerst les van hem. Hij hield een simpel verhaal die eerste les. Hij tekende een normaalverdeling op het bord en zei: "We focussen ons binnen de psychologie vooral op de drie tot vier procent die is afgebrand of overspannen. Maar hoe zit het nu aan die andere kant, bij de bevlogen mensen? En kunnen we meer mensen aan de goeie kant krijgen?" Ik zat op het puntje van mijn stoel, dit wilde ik allemaal horen, hier wilde ik mijn werk van gaan maken. Niet in de wetenschap, maar in de toepassing daarvan in de praktijk.

Inmiddels is dat gelukt. Ik werk ruim vier jaar in een ziekenhuis en houd me onder andere bezig met verpleegkundigen bij wie 'de prik uit de cola is'. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat ze gelukkiger in hun werk worden? Het ligt niet alleen aan de situatie, want in dezelfde werkomgeving is de een bevlogen en de ander niet. Het heeft ook te maken met de persoonlijkheid van mensen en met wat ze meemaken. Maar je kunt geluk ook



FOTO: PETER VALCKX

vergroten door bewuste acties. Volgens positieve psychologen is zo'n veertig procent te beïnvloeden.

KANARIEPIETJE

Had ik die vrouw destijds kunnen helpen als ik toen had geweten wat ik nu weet? Goeie vraag. Het begint bij het signaleren, zien dat het niet goed gaat. Zoals dat bekende verhaal van het kanariepietje dat men meenam de mijnen in. Als het kanariepietje van zijn stokje viel, wist je



dat er kwalijke gassen vrijkwamen en dat je moest vertrekken. Zo moet je op de werkplek op subtiele signalen letten en erop reageren. Maar ik zou eigenlijk nog eerder willen ingrijpen, nog voor er signalen zijn dat het fout dreigt te gaan. Gewoon kijken of iemand op zijn plek zit. Niet alleen vragen: wat kun je? Maar ook: waar krijg je energie van? Waar ben je goed in? Kunnen we je talenten nog beter inzetten? En ook over zingeving: wat wil je? Waarom sta je elke ochtend weer op?

Behalve dit soort fundamentele vragen beantwoorden, kun je ook praktische oefeningen doen. Schrijf bijvoorbeeld elke avond drie dingen op die goed gingen vandaag en wat jouw bijdrage hieraan was. De bekende psycholoog Martin Seligman heeft er onderzoek naar gedaan. Hij stelt: de kans is groot dat je minder depressief en gelukkiger wordt. En het effect kan tot zes maanden later nog aanwezig zijn.'

Ik houd me onder andere bezig met verpleegkundigen bij wie 'de prik uit de cola is'

Kinderpsychologische zorg in een ziekenhuis is vaak kortdurend en cognitief-gedragstherapeutisch. Anneke Smeets-Schouten en Patrick Meurs beschrijven mogelijkheden tot kortdurende, psychoanalytisch georiënteerde interventies aan de hand van twee gevalsbeschrijvingen van kinderen die last hebben van obstipatie en broekpoepen. Ze laten zien hoe door enkele gesprekken met ouders en spelsessies met het kind zicht komt op achterliggende gezinsgerelateerde problematiek, en hoe hun functioneren verbetert.

EEN PSYCHOANALYTISCHE INVALSHOEK

KORTDUREND WERKEN MET KINDEREN IN EEN ZIEKENHUIS

In de kinderpsychologische zorg in een algemeen ziekenhuis heeft het cognitief-gedragstherapeutische kader momenteel een belangrijke plaats. Zeker de kortdurende behandelvormen zijn klachtgericht en veelal gedragstherapeutisch. Wij

willen daar vraagtekens bij zetten en de diversiteit van het behandel aanbod in een ziekenhuissetting verruimen. Met name de actuele ontwikkelingen in het psychoanalytisch kader bieden nieuwe mogelijkheden voor kortdurende therapeutische begeleiding. In de zorg voor jonge kinderen door zogeheten Infantcentra vanuit de ggz, ook wel 'Infant Mental Health-centra' genoemd, is het psychoanalytisch denken opgenomen. Dit geldt veel minder voor de algemene pediatrische psychologie.

De dominantie van het gedragstherapeutisch kader hangt samen met de mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek vanuit dit model. Protocolaire behandelingen zijn makkelijker wetenschappelijk te evalueren dan psychoanalytische psychotherapieën. Lange tijd hebben psychoanalytici wetenschappelijk onderzoek veronachtzaamd. Hier komt de laatste decennia verandering in (zie voor een review over *evidence based* psychoanalytische

kinderpsychotherapie Midgley & Kennedy, 2011). Dat effecten van psychologische behandelingen worden onderzocht vanuit een diversiteit aan therapeutische kaders – en dus niet enkel vanuit de gedragstherapie – is van het grootste belang voor de dynamiek en de diversiteit aan behandelvormen binnen het gehele veld van de kindervertherapeutische zorg (Kazdin & Weisz, 2003).

Cognitieve gedragstherapie richt zich op het aanleren van gewenst gedrag. Dit kan een steun in de rug zijn als kinderen een bepaalde ontwikkelingshorde moeilijk nemen, zoals het zindelijk worden waarop we ons in dit artikel richten. De methode kan structuur bieden die in het gezin wellicht onvoldoende gegeven wordt. Of de methode kan juist helpen om het probleemgedrag anders te benaderen, zodat ouders en kinderen uit de strijd raken en het gewenste gedrag aangeleerd kan worden.

Soms is het echter nodig de focus te verleggen van het probleemgedrag naar achterliggende emotionele (gezins-) problematiek. De focus op gedrag heeft ertoe geleid dat er minder aandacht is voor de innerlijke belevingswereld van kinderen en ouders. Net die binnenwereld is een bijzonder aandachtspunt in de psychoanalytische therapie, zoals we in

dit artikel illustreren: de met somatische symptomen verbonden kwetsbare thematieken en belevingen van een kind in de context van een specifiek gezin.

KENMERKEN PSYCHOANALYTISCHE BEHANDELWIJZEN

Een voorbeeld van kortdurende psychoanalytische interventies is de methode die de Tavistock Clinic in Londen hanteert. Deze interventies bestaan uit vijf tot zeven gesprekken of spelsessies met de ouders, het kind of beiden samen. In deze sessies wordt de klacht met ouders en kinderen verhelderd: in welke context is de klacht ontstaan en in stand gehouden? Daarbij heeft de therapeut aandacht voor zowel de verbale als non-verbale communicatie, voor gevoelens van overdracht en tegenoverdracht binnen de therapeutische relatie. Ook is er aandacht voor intergenerationele problematiek. De therapeut observeert hoe het kind een bepaalde problematiek van de ouders of het gezin tot uitdrukking brengt in spel, en ook hoe de ouders soms hun eigen problematiek onbewust projecteren op het kind.

Waar in de cognitief-gedragstherapeutische benadering vooral aandacht is voor veranderingen in de pedagogische attitude van ouders, gaat het in deze kortdurende

psychoanalytische interventies meer om emotionele dynamiek tussen ouders en kinderen. Ook de eigen kwetsbaarheid van ouders, hun eigen levensgeschiedenis en de invloed daarvan op de relatie met het kind, komt zo mogelijk aan de orde.

Een belangrijke pijler van deze werkwijze is het begrip *containment* van Bion (1962, in Emanuel & Bradley, 2008). *Containment* verwijst naar de bereidheid van de therapeut om heftige gevoelens bij het kind en ouders 'waar te nemen, in zich op te nemen, te verdragen en vervolgens betekenis te geven', ofwel te 'containen'.

Containment is verwant aan het actuele begrip 'mentaliseren' van Fonagy et al. (2003): de innerlijke of mentale wereld, verbonden met bepaalde observeerbare gedragingen of symptomen, onder woorden brengen. In het ziekenhuis leven bij hardnekkige somatische symptomen niet zelden ook heftige gevoelens van onmacht, onbegrip en angst. *Containment* van zowel ouders als kinderen is nodig om ruimte te maken voor reflectie, zodat innerlijke noden en behoeften beter begrepen en beantwoord kunnen worden. Gedragingen en symptomen van de betrokkenen worden aldus vertaald in termen van wensen, angsten, verlangens en motivaties.

Een andere belangrijke pijler in psychoanalytisch werken



is het denken vanuit ontwikkelingsfasen die elk hun eigen thematiek en dynamiek kennen. De oude termen orale, anale en oedipale fase verwijzen grofweg naar respectievelijk hechting, de autonomie-ontwikkeling, de sociale ontwikkeling, het eerste besef van gender en de eerste interesse in seksualiteit. Gedragstherapie richt zich vooral op autonome controle over het symptoom. Eenzelfde symptoom kan echter verschillende achtergronden hebben, bijvoorbeeld teleurstelling in de hechtingsfiguren, een vastgelopen autonomie-ontwikkeling of moeite om de realiteit van het ouderlijke koppel te accepteren. Dit betekent dat het therapeutische aanbod ook breder kan en mogelijk moet zijn dan alleen versterking van de autonomie.

Een derde en laatste pijler is die van het gebruik van de spelkamer. Met kinderen kan vaak zo goed gecommuniceerd worden binnen de symboliek van het spel als dit rechtstreeks niet goed lukt. Kinderen in hun spel-taal begeleiden is een vak apart; het zijn niet zomaar volwassenen in het klein!

EEN EXTRA TROEF?

We illustreren het bovenstaande aan de hand van problematiek en behandeling van kinderen die last hebben van obstipatie en fecale incontinentie. Deze groep dient zich frequent aan bij de kinderarts. Binnen de kindergeneeskundige literatuur wordt de behandeling van fecale incontinentie tegenwoordig primair als medisch probleem gezien (Burgers & Benninga 2009). De redenering is als volgt: fecale incontinentie is in tachtig procent van de gevallen retentief, dat wil zeggen dat ophoudgedrag obstipatie veroorzaakt. De ontlasting wordt hard, waardoor ontlasten pijnlijk wordt en de kinderen angstig worden om zich te ontlasten.

Dan ontstaat er soms 'overloopdiarree'. Zachte ontlasting loopt langs de hard geworden ontlasting in het rectum, zonder dat het kind een gevoel van aandrang heeft. De ouders denken soms dat het kind het express in de broek doet. Zo ontstaat er gemakkelijk strijd. Behandeling bestaat eerst en vooral uit laxeren, toiletadviezen en positieve motivering en zo nodig – in een minderheid van de gevallen – gedragstherapeutische behandeling.

In ons ziekenhuis functioneert een 'poep-goed-poli'. Pedagogisch medewerkers werken via een gedragstherapeutisch protocol. Dit werkt vaak heel goed. Een belangrijke vraag die echter vaak onbeantwoord blijft: wat is de reden voor het ophoudgedrag? Die vraag wordt des te belangrijker als bovenstaande advisering niet werkt. In die meer resistente casussen ziet de psycholoog de kinderen en

ouders om mee te denken over mogelijk achterliggende problematiek of de bredere context van hun leven waarin dit symptoom is opgetreden en in stand gehouden.

In een in 2008 verschenen standaardwerk *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten* worden de inzichten vanuit de psychoanalyse met betrekking tot deze problematiek als achterhaald beschouwd (Bosch, 2008). Dat is echter een onvolledig oordeel, omdat men daarbij voorbijgaat aan actuele evoluties binnen het analytische model. De potentiële rijkdom van bepaalde aspecten uit dit model worden dan als het kind met het badwater weggespoeld. Bovendien: in het protocol ontbreken vaak ontwikkelingspsychologische inzichten, alsook het zicht op de betekenis van de klacht binnen de primaire relaties en een aanduiding van behandelmogelijkheden als het gewone protocol niet werkt – een situatie die zich overigens vaker voordoet dan men zou denken. Bosch (2008) schrijft wel dat bij fecale incontinentie vaak sprake is van comorbiditeit, maar richt zijn protocol alleen op die kinderen waarbij de fecale incontinentie het primaire probleem is.

Het onlangs verschenen handboek *Incontinentie voor Kinderen* (Groeneweg et al., 2012) gaat wel in op kinderen met dit symptoom én ontwikkelingsstoornissen of leerproblemen. Specifieke kenmerken van het gedrag van

Soms is het nodig
de focus te verleggen
van het probleem-
gedrag naar
achterliggende
(gezins)problematiek

deze kinderen bij dit probleem worden beschreven. Stress en overvraging, gezins- en opvoedingsfactoren worden als oorzakelijke factoren genoemd. De behandeling blijft klachtgericht, gedragstherapeutisch en pedagogisch (Van Kuyk et al., 2012). Kortdurende psychoanalytische interventies bieden andere mogelijkheden om aan onderliggende emotionele problematiek te werken.

Nu eerst een greep uit de psychoanalytische literatuur over dit onderwerp, daarna volgen twee vignetten.

ZINDELJKHEIDSONTWIKKELING

Vanuit het psychoanalytisch kader kwam Anna Freud (1973) via systematische observatie tot het concept van ontwikkelingslijnen: ontwikkelingsstaken die kinderen in relatie tot hun ouders moeten volbrengen. Het gaat om boeiende, ten onrechte vergeten analytische literatuur, met beschrijvingen van ontwikkelingstrajecten als 'van egocentriciteit naar kameraadschap', 'van afhankelijkheid naar emotioneel zelfvertrouwen', 'van lichaam naar speelgoed en van spel naar werkhouding', maar ook 'from wetting and soiling to bladder and bowel control'.

De eerste fase in deze ontwikkelingslijn is die van complete vrijheid om te plassen en drukken wanneer het kind dat wil. De tweede fase, die van maturatie van de sluitspieren, maakt het gaandeweg mogelijk om lichaamsproducten op te houden of ze los te laten en te laten zien wanneer het kind het wil. Zo kan een kind heel trots zijn op 'een drol' die het heeft gefabriceerd. De lichamelijke afgrenzing en het eerste ik-zeggen (de autonomie-ontwikkeling) gaan hier hand in hand; het kind maakt er soms een strijd van. Geleidelijk verwerft het kind autonome controle over de sluitspieren, zodat het leren van zindelijkheid los komt van de perikelen en stemmingen binnen relaties met de zorgfiguren, los van de strijd om autonomie. De zindelijkheid is deel geworden van zelfregulatie en lichaamscontrole, waarover het kind trots is en die hem toelaat nieuwe ontwikkelingsstappen te zetten.

De leeftijd waarop men tegenwoordig zindelijkheid verwacht, ligt vrij laat: tegen het vierde jaar (Bosch, 2008). Dit betekent ook dat de autonome controle over de sluitspieren die los staat van de objectrelaties, langer op zich laat wachten. Bij een te stringente opstelling van de zorgfiguren raken ouder(s) en kind in een moeilijk te staken strijd verwickeld. Wanneer er echter te weinig grenzen worden gesteld vanuit de omgeving, raakt een kind verstrikt in de illusie van onnipotentie (Barrows 1996). Het ophouden van de ontlasting staat dan voor een gevoel van onnipotente

controle over de ontlasting en daarmee over de aandacht binnen de relatie.

De zindelijkheidsontwikkeling kan echter ook bemoeilijkt worden door intense teleurstelling in de ouderlijke zorgfiguur, door verdriet en woede om verlies van betrokkenheid van de ouder. Forth (1992) beschrijft hoe bij een vierjarig meisje het ophouden van ontlasting ontstaat in de context van reële verlieservaringen en overweldigende separatie-angst.

Kortom, het ophouden van ontlasting en het broekpoepen kan veel verschillende betekenissen hebben.

TWEE VIGNETTEN

We presenteren nu twee klinische vignetten ter illustratie. Middels twee gevalsbeschrijvingen lichten we kortdurend werken in het ziekenhuis vanuit psychoanalytisch kader toe. Isa (6,5) werd met en zonder ouders gezien. Annabel (4) kwam samen met haar moeder naar de spelkamer. Daarna volgde een gesprek met beide ouders.

De namen van Isa en Annabel zijn gefingeerd. 'Ik' verwijst naar de eerste auteur van dit artikel.

CASUS 1: ISA (6,5)

Het verwijsformulier van de kinderarts vermeldt: aanhoudende fecale incontinentie bij Isa. Op de 'poep-goed-poli' is het traject goed doorlopen. Tijdens de vakantie geen ongelukjes, daarbuiten echter wel. Hoe te doorbreken?

Als ik Isa en haar ouders voor het eerst zie, is Isa nadrukkelijk aanwezig, wil graag de controle houden, wil veel dingen tegelijkertijd, laat zich moeilijk corrigeren. Moeder ervaar ik als een open vrouw, die graag advies wil over hoe om te gaan met het gedrag van Isa. Vader staat niet achter een verwijzing naar een psycholoog, wil vooral niet te veel bemoeienis.

Vanaf het moment dat ze zindelijk is, heeft Isa last van obstipatie. De overgang van zomaar laten lopen naar controle, sloeg om in extreem ophouden. Zij heeft heel lang niet op het toilet willen poepen. Nu doet ze dat wel, maar heeft regelmatig ongelukjes. Op school gaat het goed. Ze kan het niveau van groep 3 goed aan. Wel kan ze bazig zijn over andere kinderen, vindt ze het moeilijk om haar plek te vinden naast andere kinderen. Slapen en eten gaan goed. De ouders vertellen dat Isa met veel dingen tegelijkertijd wil spelen en het spel moeilijk los kan laten. Op die momenten vindt ze het moeilijk om naar de wc te gaan. Isa sport veel, speelt al hockey en tennis. Ze kan moeilijk tegen frustratie, wil graag winnen. Vader herkent dit, hij waardeert het eigenwijze karakter ook.

Wanneer de ouders tijdens de vakantie rustig aanwezig zijn, heeft Isa veel minder ongelukjes. Moeder werkt in de zorg, heeft onregelmatige werktijden. Vader heeft een fulltime baan. Alle gezinsleden zijn druk met activiteiten. Moeder voelt zich geclaimd door Isa, die het moeilijk kan accepteren als moeder grenzen stelt en haar eigen leven heeft. Moeder stelt die grenzen dan ook niet zo veel, maar raakt wel geïrriteerd door Isa die vervolgens nog meer gaat claimen.

De ouders zie ik terug voor een verlengde intake over de ontwikkelingsanamnese. Moeder vertelt dat Isa precies twee jaar geboren werd nadat vader een levensbedreigende inwendige bloeding had gehad. Dit heeft hun leven veranderd, ze beseften dat ze elkaar zomaar kwijt konden zijn. Ze wilde graag zwanger worden. Dat duurde even, maar uiteindelijk kwam Isa. De bevalling duurde lang, maar verliep verder goed. Isa wilde niet goed aan de borst drinken, moeder kolfde. De vroegkinderlijke ontwikkeling verliep vlot, met drie maanden had Isa kinkhoest waarvoor ze werd opgenomen in het ziekenhuis. Met 2,5 jaar was ze vaak driftig. Ze werd een periode zindelijk, maar poepte nog wel graag in de luier en deed het soms op de wc. Toen ze naar groep 1 moest, wilde ze dat niet meer. De laatste tijd lukt het af en toe.

Mijn eerste gedachte is dat er thuis pedagogische ondersteuning moest komen. Maar de ouders willen geen mevrouw die komt zeggen wat er moet gebeuren. Een andere optie is dat ik Isa eerst beter leer kennen. De ouders willen dat liever. Ik zie Isa drie keer terug in de spelkamer. Daar is ze eerst wat timide, speelt stilletjes in de zandbak. Daarna kruipt ze achter de poppenkast, ik ga er op de grond voor zitten. Isa speelt dat er een geheim is; er zitten mensen verstopt, ik moet raden wie. Dat kan ik niet goed. Vervolgens speelt ze dat een monster een muis doodmaakt en gooit die naar buiten. Dit blijft ze een poosje doen. Ze wil de gedode poppen tussen mijn benen gooien. Ik voel me wat overweldigd, voel dat er letterlijk wat naar buiten gesmeten moet worden.

Ze wil schilderen, begint met grote halen een bloem te schilderen, begint geordend, maar gaandeweg krijgt het meer een besmeurend karakter. Tijdens het opruimen wil ze zich graag verstoppen. Ik speel het spel even mee.

Tijdens de tweede sessie wil ze graag knikkers verstoppen, ik moet ze vinden en vice versa. Telkens is ze weer heel blij als de knikkers gevonden worden. Ze verdraagt het moeilijk als dat even langer duurt en wordt dan commanderend. Wil even wat anders, mij vastbinden met handboeien en zwaardvechten. Nee, toch niet, nog even verder met de knikkers. Ze komt naar me toe, gooit knikkers in mijn trui. Isa wil dan naar mama toe.

Tijdens de derde sessie rent ze vooruit, kijkt in het poppenhuis, in de keukenkastjes. Wil het huis gaan verbouwen, begint te smijten met de meubeltjes. Ik schrik, zeg dat ik niet wil dat we dingen kapot

Met kinderen kan vaak goed gecommuniceerd worden binnen de symboliek van het spel als dit rechtstreeks niet goed lukt



maken. We kunnen wel doen alsof iets kapot gaat. Isa schrikt ook even, doet verder voorzichtig. Het gaat thuis goed, vertelt ze. Er zijn geen ongelukjes meer. En ze is al bijna zeven. Ondertussen ruik ik een windje. Ze lijkt me wat te willen duidelijk maken, maar het komt er niet goed uit.

Ze wil verven, kleien, geeft mij ook een stukje van de taart die ze bakt. Ondertussen memoreer ik wat we allemaal gedaan hebben, dat we de vorige keer knikkers verstopten. Maar die zijn nu weg, zegt Isa. Opeens begrijp ik dat ze die terug had willen vinden in het poppenhuis en dat ze daarom zo boos was toen ze de knikkers niet vond. Gevoelens uiten valt haar niet makkelijk. Gelukkig kan ik de knikkers weer voor haar vinden. Opnieuw is ze erg blij, verstopt de knikkers in de klei die ik moet vinden. Ik voel dat er steeds iets van in de klei te voorschijn moet komen. Maar ook: 'Hou jij mij wel vast, zorg je voor mijn knikkers?'. En: 'Als je dat niet doet, word ik boos'.

Enkele weken later zie ik moeder terug. Inmiddels gaat het beter met Isa. De behoefte aan veiligheid én grenzen wordt duidelijker gezien door moeder. Ik bevestig dat vanuit de spelobservatie. Isa is op school rustiger, liever, minder dominant. De ontlasting doet ze gewoon op de wc. Moeder stelt eerder grenzen bij claimend gedrag, zodat ze op andere momenten meer beschikbaar kan zijn voor Isa. Moeder vertelt dat ook vader zo claimend kan zijn, dan is het alsof ze twee kinderen heeft. Dat vindt ze vervelend. Ze is ook daarin meer grenzen gaan stellen. Moeder merkt dat dit het hele gezin goed doet. Het helpt de gezonde differentiatie tussen de gezinsleden vooruit, zodat de verbondenheid niet belast wordt. Ik vermoed dat vader begeleiding voor henzelf als ouders afhoudt vanwege een te sterk gevoelde kwetsbaarheid, mogelijk samenhangend met de angst die de inwendige bloeding opgeroepen heeft en misschien nog oproept. Deze angst kan in dit gesprek met moeder nog niet benoemd worden. Ze vindt het niet nodig om terug te komen. Isa is weer meer kind geworden, het gezin is meer in balans en het probleem is opgelost.

CASUS 2: ANNABEL (4)

De kinderarts verwijst Annabel, met de vermelding: 'Ophoudgedrag waardoor recent urineweginfectie bij introvert meisje waarvan de ouders een jaar geleden gescheiden zijn.'

Annabel komt samen met haar moeder. Ze komen tien minuten te laat en moeder zegt er meteen bij dat ze over een half uur ook weer weg moet. Dit doet mij vermoeden dat moeder het lastig vindt om te komen en mogelijk in haar nieuwe leefsituatie erg onder druk staat. Annabel is verlegen in het contact, heeft moeite om te reageren op wat pogingen van mijn kant. Ze maakt goed oogcontact, maar is erg verlegen als ze iets moet zeggen. Moeder stimuleert

haar, maar Annabel laat zich niet overhalen.

Moeder vertelt dat Annabel moeite heeft om de ontlasting los te laten, maar het de laatste tijd ook vaak in de broek doet. Ze wil niet graag naar de wc. Thuis ontstaat er vaak strijd. Op school gaat het goed. Moeder vertelt dat ze merkt dat Annabel sterk op moeders stemming reageert.

Ik vraag haar hoe ze dat merkt. Dan vertelt ze dat vader haar een jaar geleden totaal onverwacht verliet, enkele maanden nadat ze getrouwd waren. Voor de scheiding was Annabel gewoon zindelijk. Bij moeder is er veel verdriet over de scheiding. Boosheid komt niet in de kamer, ook niet als ik er naar vraag. Moeder zei dat ze zich vooral gekwetst voelde, en dat ze niet wil dat de kinderen slecht over hun vader denken. De oudste van zes is wel heel boos en hangt nu erg aan haar. Moeder zei dat ze heel duidelijk naar de kinderen was, dat papa en mama allebei van hen houden, maar dat ze nu in verschillende huizen wonen.

Ze geeft meer voorbeelden van hoe ze duidelijk is naar de kinderen. Ze vraagt: 'Hoe moet ik dat nu anders doen?' Ik zeg dat duidelijkheid belangrijk is, maar dat gevoelens van verlies en boosheid er toch kunnen zijn. Moeder huilt. Omdat ik het gevoel krijg dat moeder dit niet te veel wil laten zien in aanwezigheid van Annabel, vraag ik of ze hier misschien op een ander moment op terug wil komen. Ze knikt.

Ik leg aan moeder uit dat het goed zou zijn om wat tijd te nemen en te begrijpen hoe Annabel zich voelt, dat obstipatie op deze leeftijd veel voorkomt. Maar dat het bij kinderen die al zindelijk zijn geweest soms ook betekent dat ze om emotionele redenen de poep ophouden en niet loslaten wat er in hen zit. Bij een scheiding vertonen ze tijdelijk een terugval in hun gedrag en hun ontwikkeling. Annabel is heel onverwacht haar ouders als gezamenlijk ouderpaar kwijtgeraakt; die moeilijk te plaatsen verlieservaring speelt vermoedelijk mee in het ophouden van de ontlasting. Soms zijn kinderen in zo'n situatie ook erg boos, en laten ze ons dat merken door in hun broek te gaan poepen. Annabel luistert intens.

Ik zag Annabel en moeder samen driemaal terug in de spelkamer. Moeder vertelde dat het sinds het eerste gesprek al beter ging met Annabel. Ze doet de ontlasting vaker op de wc en er is minder strijd.

Annabel blijft in de spelkamer eerst nog erg verlegen. Ze wil wel een tekening maken. Ze tekent een huis, maar is niet tevreden en tekent een tweede huis op de achterkant. Ik moet denken aan de twee huizen die ze nu heeft. Gaandeweg ontstaat er contact. Annabel vindt vingerpoppetjes. Ze wil dat zij en ik allebei twee vingerpoppetjes om de vingers doen. De paren moeten identiek zijn. Haar poppetjes beginnen te kussen, en verstoppen zich dan onder de tafel. 'We zien ze even kussen, en dan zijn ze opeens weg,' zeg ik. Ze herhaalt dat spel een paar keer.

Werken met kinderen begint bij de ouders

Tijdens de derde sessie vindt Annabel een babypop die ze hard op de grond laat vallen. Ze lacht uitbundig. Het voelt agressief, het lachen wat over the top. Moeder vertelt in diezelfde sessie dat het beter gaat met Annabel. Ze zit beter in haar vel, het poepprobleem is over en op school merken ze ook dat het goed met haar gaat.

In een gezamenlijk gesprek met beide ouders komt opnieuw aan de orde dat de scheiding voor moeder onbegrijpelijk is. Er komt meer boosheid bij moeder. Ze zegt zeker te weten dat hij een ander had toen hij plotseling vertrok. Vader ontkent dit. Er komt nog geen gezamenlijk verhaal over hun relatie en de scheiding. Beiden zijn wel zeer betrokken op de kinderen, kunnen dat ook in elkaar herkennen en waarderen. De boosheid en het verdriet over de scheiding is weer meer 'van henzelf geworden'. Annabel kon daardoor weer vrijer functioneren. Het gegeven dat de ouders mede door deze sessies elkaar spreken over de voor het kind en de moeder ondenkbare scheiding en over hoe ze verder samen ouders blijven voor Annabel, herstelt enige rust.

BESPREKING CASUS 1 EN CASUS 2

Werken met kinderen begint bij de ouders. Ouders zijn het kwetsbaarst als het over hun kinderen gaat, zeker wanneer ze vastlopen met elkaar en ook hun eigen levensgeschiedenis in het geding is. Enerzijds is er de kwetsbaarheid, maar anderzijds voelen ouders vooral hun verantwoordelijkheid. Daarom is containment – het dragen en betekenis geven aan de zorgen en behoeften van zowel ouders als kinderen – een eerste vereiste.

In deze casussen speelt ambivalentie in de therapeutische relatie een belangrijke rol. In zowel de spelkamer als het contact met de ouders herken ik de overdrachtsgevoelens zoals Pozzi (2003) die beschrijft in relatie tot ouders van een driejarig meisje met dezelfde klachten: 'Initially I had to undergo the same destiny as a faecal lump: pushed forwards and pulled backwards.'

Enerzijds is er het gevoel naar voren getrokken te worden om het probleem bespreekbaar te maken en op te lossen, anderzijds is er afweer en ontkenning. In de casus Isa trok moeder me naar voren, wilde praktisch advies, vader duwde me weg. Ik vermoed dat vader gevoelens van kwetsbaarheid moeilijk verdroeg, misschien vanwege de angst die de inwendige bloeding opgeroepen had, de angst ook voor een recidief. Deze dynamiek doet zich gemakkelijk voor in een

ziekenhuis. Enerzijds is er een sterk appel om klachten op te lossen en meteen in actie te komen, anderzijds wordt nadenken over mogelijke emotionele achtergronden van lichamelijke klachten vaak afgeweerd. Voor het werk van een psycholoog in een ziekenhuis is het daarom zo belangrijk om ruimte te maken voor reflectie. De ouders en Isa zorgden gelukkig zelf voor ruimte voor reflectie in de spelkamer.

Het kinderspel van Isa toont ook hoeveel spanning er zit rondom de moeilijke episode in hun gezin die door de ouders verteld werd. Isa's spel gaat over een geheim, verstopt zitten, verstoppen en daardoor de dingen kwijtraken. En ze toont hoe weinig woorden er vooralsnog waren om over de affectieve binnenwereld van onmacht en schaamte te vertellen. De spanning zet zich mee vast in het lichaam en draagt aldus bij tot haar symptoom.

Typisch voor Anna Freud is de autonomie-ontwikkeling, het zindelijk worden en de agressieregulatie met elkaar te verbinden. De associatie met agressieregulatie zien we in beide gevalsbeschrijvingen. Woede als bescherming tegen kwetsbaarheid en schaamte bij Isa, boosheid en verdriet om het verlies van het ouderlijke koppel bij Annabel. Emanuel (2013) stelt dat een kind bij een gebrek aan ouderlijke 'containment' zichzelf moet dragen, bevatten, inhouden, controleren; het is te zelfstandig en weert kwetsbaarheid af, zoals bij Isa. Ook een recente publicatie van Goodman (2013) benadrukt de rol van kwetsbaarheid in de hechting bij fecale incontinentie. Middels een gedragstherapeutische aanpak van straffen en belonen kon Isa het probleem niet loslaten. Een appel op de autonomie, zoals bij een gedragstherapeutische aanpak, kan dit symptoom van overmatige zelfcontrole nog versterken (Barrows, 1996).

Ook typisch psychoanalytisch is om veel aandacht te hebben voor het verlangen en de angsten van kinderen – bij Isa het verlangen om te kunnen leven zonder angst te voelen dat het leven plots en onvoorspelbaar voorbij kan zijn, bij Annabel het verlangen naar ouderlijke zorg en de angst dat een scheiding vooral die zorg tenietdoet. Wanneer kinderen iets van deze verlangens en angsten kunnen verbaliseren of op hun ontwikkelingsniveau in spelmetaforen tot expressie brengen, staan ze sterker. Het symboliseren biedt dan een tegenwicht aan symptoomvorming, hoewel het ontstane symptoom naast die betekenissen ook andere ontstaansgronden heeft (het is meervoudig gedetermineerd) en een eigen leven kan gaan leiden (bijvoorbeeld door autonome fysiologische processen die het symptoom in stand houden of door psycho-relatieve factoren, zoals secundaire ziekte winst).

Het gaat er niet alleen om dat het spel gespeeld wordt, maar ook dat het 'gehoord, gezien en begrepen wordt' (Vliegen 2007). Vliegen noemt intreden in het spel van het kind door de therapeut een diepe erkenning van de eigenheid van het kind. Dit aandachtig en behoedzaam intreden in de binnenwereld van het kind door

deelgenoot te worden van zijn spel, raakt momenteel in Nederland op de achtergrond. Het volgen van de vrije associatie (de zogenaamde spelinvallen) van een kind wordt vervangen door vrolijk voorbedrukte protocollaire werkbladen. De diepere belevingswereld van het subject is daarin voor menig kind te weinig in de focus. De therapiekamer wordt dan meer een werkkamer dan een spelkamer.

Annabels spel kan begrepen worden als dramatic enactment (Emanuel, 2008) van het conflict tussen de ouders. Ze liet de vingerpoppetjes zien die elkaar kusten, en ook weer weggingen. De baby die ze liet vallen, deed denken aan hoe zij zichzelf wellicht gevoeld heeft toen het ouderlijke koppel uiteenviel, maar mogelijk ook aan de verlorenheid en boosheid van moeder. Bij de moeder van Annabel voelde ik aanvankelijk een minimaliseren of ontkennen van boosheid, die Annabel des te sterker uitte. Op het moment dat ik die affecten kon benoemen, kregen ze een gezondere plaats in dit gescheiden gezin: de angst dat deze mensen elkaar ook in de ouderlijke zorg zouden laten vallen en het kind daarvan de rekening betaalt. Op het moment dat moeder zelf meer boosheid en diepe ongerustheid kon ervaren, kon Annabel die wat loslaten.

Bij Isa was er meteen bij de eerste sessie het thema van angst, boosheid en zelfs 'dood' die letterlijk naar de therapeute werden gesmeten in de hoop dat die er wat mee kon aanvangen, deze thema's kon verdragen. Ik moest bij de monsterlijke ervaring bedenken dat vader bijna dood was geweest. De poppen moesten tussen mijn benen landen. Ik moest denken aan hoe moeder Isa's geboorte verbonden had aan de levensbedreigende bloeding bij vader.

Bij de tweede sessie kwam het 'verstopperijtje spelen', ontwikkelingspsychologisch een spel in de context van separatie-ervaringen. Niet verwonderlijk dus dat het in de spelkamer van de therapeut vaak gezien wordt bij kinderen die om diverse redenen gepreoccupeerd zijn met verlies (Kapcia 2007). De angst voor verlies draagt dan bij tot het ophouden van ontlasting: ze raken letterlijk verstopt en willen niets meer kwijt raken. Poepen is teveel met controleverlies en absolute onmacht verbonden geraakt. Toen Isa de knikker die ze steeds ergens in de spelkamer verstopt had, onder mijn trui ging verstoppen voelde de knikker als een kindje of een schat (het leven?) dat gekoesterd/beschermd moest worden na zoveel spelfragmenten over monsters en dood. Isa en Annabel konden uiteindelijk hun overmatige controle wat loslaten, kwetsbaarheid meer toelaten; ze werden speelser, ook ten aanzien van de eigen binnenwereld van aanvankelijk ondraaglijke en overweldigende gevoelens. Daar droeg de speltherapeutische techniek vanuit een psychodynamische benadering wezenlijk toe bij.

Bij Annabel kon de betekenis van het spel met de ouders gedeeld worden. Alleen al het benoemen van de relatie tussen het broekpoepen en boosheid en verdriet, zorgde voor verandering. Bij Isa was dit

Wat is de reden voor het ophoudgedrag?

moeilijker. In dit kortdurende werk konden haar heftige gevoelens gezien en 'gecontained' worden binnen de symboliek van het spel, maar nog maar deels met de ouders besproken worden. Isa kon ondertussen echter verder: ze functioneerde harmonieuzer en kon het symptoom loslaten. Dat was voor nu genoeg. Maar wellicht hebben zij en de ouders op termijn een langer durend traject nodig.

BESLUIT

Gedragstherapeutisch werken kan zeer efficiënt zijn. Maar als gedragstherapie stagneert of de symptomen duidelijk secundair zijn aan emotionele gezinsgerelateerde kwesties, bieden psychoanalytische connotaties eveneens grote kansen in de kinder- en ouderbegeleiding bij lichamelijke/ functionele symptomen zoals ontlastingsproblemen. Soms is de focus op het probleemgedrag en de autonome controle daarover te smal.

Recente psychoanalytische publicaties leggen juist de nadruk op de relatie tussen kwetsbaarheid in de hechting en fecale incontinentie (Goodman, 2013). Maar ook de oude ontwikkelingspsychologische observaties van Anna Freud kunnen helpen om de diversiteit van emotionele achtergronden van fecale incontinentie te begrijpen. De vaardigheid om met kinderen binnen de symboliek van het spel te kunnen communiceren, kan zo belangrijk zijn wanneer een rechtstreeks gesprek over het poepprobleem te beschamend is of wanneer er voor de kwetsbare thema's binnen een gezin nog geen woorden zijn.

Vanuit een 'containende' houding kan de invloed van de ouder-kindinteractie of van de eigen problematiek van ouders gedeeld en begrepen worden. In actuele psychoanalytische stromingen zou dat 'mentaliseren', 'mind-mindedness', of 'minding the body' genoemd worden: woorden vinden voor een bepaald probleem of symptoom, woorden die verband houden met de binnenwereld van het kind en de zorgfiguren in de gezinscontext (Fonagy et al., 2002; zie ook Meurs & Cluckers, 1999). Het bieden van containment aan ouders en kinderen helpt soms meer dan concrete advisering. Het probleemgedrag kan soms losgelaten worden

zonder er concreet individueel met het kind aan gewerkt te hebben. Kortdurend werken behoeft niet altijd klachtgericht te zijn.

Al met al biedt kennis van de actuele ontwikkelingen binnen de psychoanalytische therapietraditie supplementaire mogelijkheden en een verrijking van onze therapeutische mogelijkheden.

OVER DE AUTEURS

Dr. Anneke Smeets-Schouten is als kinder- en jeugdpsycholoog NIP, klinisch neuropsycholoog BIG en psychodynamisch kindtherapeut verbonden aan de afdeling Medische Psychologie van Medisch Spectrum Twente. E-mail: a.smeets@mst.nl. Prof. dr. Patrick Meurs werkt als universitair docent aan de KULeuven en HUBrussel. E-mail: patrick.meurs@ppw.kuleuven.be. De auteurs danken collega's Moniek van Hout en Marleen Raterink voor hun commentaar op eerdere versies van dit artikel.

Summary

SHORT TERM PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS FOR CHILDREN IN A HOSPITAL SETTING: A PSYCHOANALYTIC PERSPECTIVE

A. SMEETS-SCHOUTEN & P. MEURS

In The Netherlands the work of a child psychologist in a pediatric unit of a general hospital is often short term, and from a cognitive-behavioural perspective. We want to extend the therapeutic options. Recent psychoanalytic developments offer possibilities for short-term interventions. We describe two vignettes of children who suffer from constipation and fecal incontinence. We show how parents and children benefit from a few sessions, how children express their own emotions but also enact parental issues in play. The children are relieved from their symptoms, and function more freely and age appropriate.

These cases show that when symptoms are secondary to emotional family-related vulnerabilities, the actual development of short term psychoanalytic interventions offers therapeutic possibilities.

Literatuur

- Barrows, P. (1996). Soling children: the Oedipal configuration. *Journal of Child Psychotherapy*, 22(2), 240-260.
- Bosch, J. (2008). Protocol voor behandeling van encopresis bij kinderen. In C. Braet & S. Bögels (red.), *Protocolaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten* (p. 219-239). Amsterdam: Boom.
- Burgers R. & Benninga M.A. (2009). Functional nonretentive fecal incontinence in children: a frustrating and long-lasting clinical entity. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 48, S98-S100.
- Emanuel, L. (2008). A slow unfolding – at double speed: therapeutic interventions with parents and young children. In L. Emanuel & E. Bradley (eds.), *“What can the matter be?” Therapeutic interventions with parents, infants, and young children*. (p.81-98) London: Karnac.
- Emanuel, L. (2013). Holding on, being held, letting go: Brief and longer term work with families facing separation, loss and bereavement. Unpublished paper, held at the Tavistock Centre, April 15th, London.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Forth, M.J. (1992). The little girl lost: psychotherapy with an anal-retentive and soiling four year old. *Journal of Child Psychotherapy*, 18(2), 63-86.
- Freud, A. (1973). Normality and pathology in childhood: assessments of development. In A. Freud *The writings of Anna Freud volume IV* (p. 67-69). New York: International Universities Press.
- Goodman, G., (2013). Encopresis happens: Theoretical and treatment considerations from an attachment perspective. *Psychoanalytic Psychology* 30(3), 438-455.
- Groeneweg M., Vijverberg M., Everdingen, E. van & Deure, J. van der (2012) *Incontinentie bij kinderen. Een handboek voor de praktijk*. Houten: Praelum.
- Kapcia, S. (2007). Over zoeken en vinden, verdwijnen en gevonden worden. Verstoppertje in de spelkamer. In N.Vliegen & L.Van Lier (red.) *Een spel voor twee spelers. Spel en speelsheid in psychoanalytische psychotherapie* (p.107-121). Leuven: Acco.
- Kazdin, A.E. & Weisz, J.R. (2003). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: the Guilford Press.
- Kuyk, M. van, Voet, H., & Everdingen, E. van (2012). Psychologische diagnostiek en behandeling bij kinderen met functionele obstipatie en fecesincontinentie. In M. Groeneweg, M. Vijverberg, E. van Everdingen, J. van der Deure (red.) *Incontinentie bij kinderen. Een handboek voor de praktijk* (p.109-129). Houten: Praelum.
- Meurs, P. & Cluckers, G. (1999). Psychosomatic symptoms, embodiment and affect. Weaving threads to the affectively experienced body in therapy with children. *Journal of Child Psychotherapy*, 25(1), 71-91.
- Midgley, N. & Kennedy, E. (2011). Psychodynamic Psychotherapy for Children and Adolescents: A Critical Review of the Evidence Base. *Journal of Child Psychotherapy* 37(3), 1-29.
- Pozzi, M. (2003). *Psychic hooks and bolts: psychoanalytic work with children under five and their families*. London: Karnac.
- Vliegen, N. (2007). Psychotherapie: een spel voor twee spelers. Spel, spelen en speelsheid in psychoanalytisch werk. In N.Vliegen & L.Van Lier (red.) *Een spel voor twee spelers. Spel en speelsheid in psychoanalytische psychotherapie* (p.21-32). Leuven: Acco.



FOTO: HERMAN WOUTERS

IN SPE – TITIA BEEK

Na de middelbare school ben ik gaan reizen en heb ik anderhalf jaar in Amerika gestudeerd, ik deed verschillende vakken, maar het was vooral om te kunnen hockeyen in het universiteitsteam. Terug in Nederland ben ik aan de UvA psychologie gaan studeren. Ik wist dat ik geen klinische

psychologie wilde doen, ik vind gezonde mensen al fascinerend genoeg.

SCHOOLS

Eerlijk gezegd was ik aanvankelijk een beetje teleurgesteld in de studie. Ik had het romantische idee dat iedereen bevlogen was en in discussieclubjes zat

te filosoferen en discussiëren over de lesstof. Maar het was erg schools. De practicumgroepen begonnen om negen uur, ik kwam een keer een minuut te laat en mocht niet naar binnen. En de meest gestelde vraag tijdens het college was: krijgen we dit ook op het tentamen? Gelukkig mocht ik meedoen met het ho-

Het wordt geen stoornis genoemd en heeft niets met seksualiteit te maken

pen als: hoe worden mensen terrorist? Welke factoren spelen daarin een rol? Dat de kracht van overreding en groepsprocessen zo sterk kunnen zijn dat mensen bizarre dingen gaan doen, vond ik fascinerend. Maar ook als het dichterbij ligt: hoe zit het met pestgedrag? Hoe werken processen van stereotypering en pesten en hoe kunnen die doorbroken worden?

GEEN MAN, GEEN VROUW

Ik heb stage gelopen bij het VU medisch centrum, bij het Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie (vumc kzg). Inmiddels werk ik er, tijdens mijn afstuderen kwam er een baan vrij als onderzoeksassistent. Op het kzg komen steeds meer mensen binnen die geen volledige behandeling willen. Ik heb gekeken naar degenen die zich niet als man of vrouw identificeren, maar die zich bijvoorbeeld man én vrouw voelen. Of die geen man en ook geen vrouw, maar genderneutraal voelen. Over deze groep is nog niet zoveel bekend. Ik heb onder andere een aantal mensen geïnterviewd. Voor iedereen betekent het iets anders, maar ze voelen zich of man én vrouw, of ze kunnen niets met die hokjes. Niet-binair noemen we dat. Het is lastig te zeggen hoe groot deze groep is, maar ik heb een begin gemaakt met het in kaart brengen ervan.

De Wereldgezondheidsorganisatie brengt binnenkort hun nieuwe handboek uit, de *International Classification of Diseases 11* (ICD-11). Omdat de criteria nog niet definitief zijn, wordt er wereldwijd onderzoek gedaan om zo input te krijgen op de kwaliteit van de nieuwe criteria.

We doen onderzoek naar de voorge-

stelde criteria voor genderincongruentie. Voorheen heette dit “transseksualiteit” bij volwassenen en “genderidentiteitsstoornis op kinderleeftijd”, maar het wordt geen stoornis meer genoemd en het heeft niets met seksualiteit te maken.

Ook de criteria zijn veranderd, voor kinderen zijn ze strenger geworden, bij volwassenen zijn de criteria juist versoepeld. Ik ben bezig met de vraag: wat vinden belanghebbenden van de nieuwe naamgeving? En kunnen klinici goed werken met de voorgestelde criteria?

DEELNEMERS

In mijn onderzoek spreek ik niet van patiënten, ik noem ze ook geen cliënt en geen klant. Hoe dan wel? In mijn thesis schreef ik: mensen die zich hebben aangemeld bij het VU kennis- en zorgcentrum voor genderdysphorie. Daarna noemde ik ze deelnemers. Maar daarover kun je discussiëren. Het stond in de ICD-10 bij mentale en gedragsstoornissen. Maar waarschijnlijk wordt het daar uitgehaald en komt er een nieuw hoofdstuk: *Conditions Related to Sexual Health*. Het is onderdeel van een wereldwijde discussie over hoe we er tegenaan moeten kijken.

Ik twijfelde ook nog over de research master sociale psychologie vanwege de fraudezaken die naar boven kwamen. Ik dacht: waar begin ik aan? Wil ik me hier wel in mengen? Toch heb ik ervoor gekozen en ik ben er inmiddels van overtuigd dat het kán: integere wetenschap. Maar ik vind het wel fijn om vooral met beschrijvend onderzoek bezig te zijn. De druk om significante resultaten te vinden, is daar veel minder sterk aanwezig.’

noursprogramma, waar veel meer ruimte was voor eigen inbreng. Als ik dat niet had gehad, was ik waarschijnlijk gestopt.

Ik heb getwijfeld over of ik de hersenkant op wilde of verder wilde met sociale psychologie. Zelfs op het moment dat ik via internet mijn keuze moest doorgeven, twijfelde ik nog. Ik koos voor sociale psychologie, vooral vanwege onderwer-

VRAAG & AANBOD

GA NAAR WWW.PSYNIP.NL/ADVERTENTIES OM
ONDERSTAANDE ADVERTENTIES TE BEKIJKEN

VACATURES

**Psychiater, Klinisch - en
Gz-psychologen
DIVERSE REGIO'S**



VACATURES

**Gz-psycholoog
SCHAGEN**



CURSUSSEN/WORKSHOPS

**Uw online advertentie
extra onder de aandacht
brengen?**

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

**Kind en jeugd gz-psycholoog
ERMELO**



OVERIG

**Cliëntenlogin, betaalbare eHealth
ONLINE**



**Uw online advertentie
extra onder de aandacht
brengen?**

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

**Vrijwillige functies NIP
UTRECHT**



**Uw online advertentie
extra onder de aandacht
brengen?**

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

**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*.
Plaats 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.**

TRAINING

Dierbare Herinneringen en Mediatieve training



Voor meer informatie of aanmelding:
www.ukonnetwerk.nl/doen-bij-depressie

Info over Doen bij Depressie

Dierbare herinneringen (Bolmeijer 2010) is één van de interventies in het multidisciplinair zorgprogramma Doen bij Depressie (DbD). DbD richt zich op de opsporing en behandeling van depressieve klachten en depressie bij ouderen in zorginstellingen. Vaak worden depressies niet goed herkend en beperkt de behandeling zich tot medicatie. Uit onderzoek blijkt echter dat het toevoegen van psychosociale interventies effectief is.

De training

- Inclusief Handboek *Doen bij Depressie*
 - 2 dagdelen, €429,-; **10 april en 22 mei**
- In company: neem svp contact op
 - Zie www.ukonnetwerk.nl/doen-bij-depressie

Info over de Training

Dierbare Herinneringen is laagdrempelig, kortdurend en speciaal ontwikkeld voor ouderen. Het is een volledig andere manier van werken dan de meeste psychologen nu toepassen in de begeleiding van ouderen met depressieve klachten. Door de cliënt te trainen in het ophalen van specifieke positieve herinneringen uit verschillende levensfasen, worden als het ware gaten geschoten in het negatief gekleurde, veralgemeniseerde levensverhaal van iemand met depressieve klachten. Het gebruik van Dierbare Herinneringen vraagt specifieke vaardigheden van de psycholoog. Hieraan wordt in de cursus uitgebreid aandacht besteed.



samenwerking in zorg en wetenschap

CENZO

CENTRAAL NETWERK PSYCHOLOGISCHE ZORG

Wij hebben onze formule voor de zelfstandige GBGGZ-praktijk vernieuwd! Zo voldoen we aan de complexe eisen van deze tijd. Wij zijn klaar voor de toekomst! U ook?

Wij zoeken zelfstandig gevestigde GZ-psychologen

Wij bieden u:

- Ondersteuning GBGGZ-praktijk middels beproefde succesformule;
- Heldere visie en werkwijze die voldoen aan de eisen van overheid en verzekeraars, ontwikkeld in nauwe samenwerking met de bij ons aangesloten psychologen;
- Uitstekende samenwerking met grote bedrijven, met verwijzers en regionale samenwerkingsverbanden in de gezondheidszorg;
- Ondersteuning bij praktijkontwikkeling en samenwerking met onze klanten en verwijzers;
- Intervisie en workshops over nieuwe ontwikkelingen in wetgeving en psychologische behandeling;
- Ondersteunende software voor GBGGZ-registraties, ROM en procesbegeleiding.

CENZO B.V.

Bloemgracht 131
1016 KL Amsterdam

Afdeling marketing:

T. 020 - 344 50 47
E. anja.pinatsis@cenzo.nl
www.cenzo.nl

Benieuwd naar ons aanbod?

Bezoek onze **nieuwe** website
www.cenzo.nl/zoekt-psychologen of bel
Anja Pinatsis of Int Pos voor
een vrijblijvend gesprek.



GRATIS DSM-5 BUREAU-EDITIE



BIJ EEN ABONNEMENT OP BSL PSYCHOLOGIE TOTAAL

BSL Psychologie Totaal bestaat uit:

- 6 nationale vaktijdschriften, inclusief archief
- 12 internationale vaktijdschriften, inclusief archief
- Meer dan 50 boeken
- Web-tv, live en ondemand (geaccrediteerd)
- E-learning (geaccrediteerd)

De voordelen van BSL Psychologie Totaal:

- 24/7 online toegang via tablet, laptop/pc of smartphone
- Snel en eenvoudig informatie zoeken binnen BSL Psychologie Totaal
- Eenvoudig aantekeningen maken en favorieten bewaren
- Fiscaal aftrekbaar
- Totale waarde meer dan € 3000,-



Bohn
Stafleu
van Loghum
Springer Media

Bestel via www.bsl.nl/gratisdsm