

DE PSY- CHO- LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN
JAARGANG 50 • NR 7 • JULI-AUGUSTUS 2015



VASTZITTEN IN DEPRESSIE: DE VICIEUZE CIRKEL VAN INFORMATIEVERWERKING • ESSAY: DE WERELD OP DE DIVAN
• TUCHTRECHT: MAG DE HUISARTS WORDEN GEÏNFORMEERD? • FORUM: RICHTLIJN BARIATRISCHE PSYCHOLOGIE
• GASTCOLUMN: VERKEERSPSYCHOLOOG GERARD TERTOOLEN • IEDER MENS DOET AAN PSYCHOLOGIE:
FYSIOTHERAPEUT ANTON DE WIJER • BIJEENKOMST: EMPATHIE, ONZICHTBAAR MAAR ONMISBAAR IN THERAPIE

NIET-AANGEBOREN HERSENLETSEL



Psychotherapeutische psychiatrie

Dit boek presenteert een nieuwe visie: psychotherapeutische psychiatrie, die de medische en de psychotherapeutische methode integreert waardoor het verhaal van de patiënt centraal komt te staan in diagnostiek en behandeling.



*Frits Milders,
Moniek Thunnissen*
€ 34
9789058982735
139 mm x 221 mm.
408 blz. paperback

Iedereen een psychische aandoening?

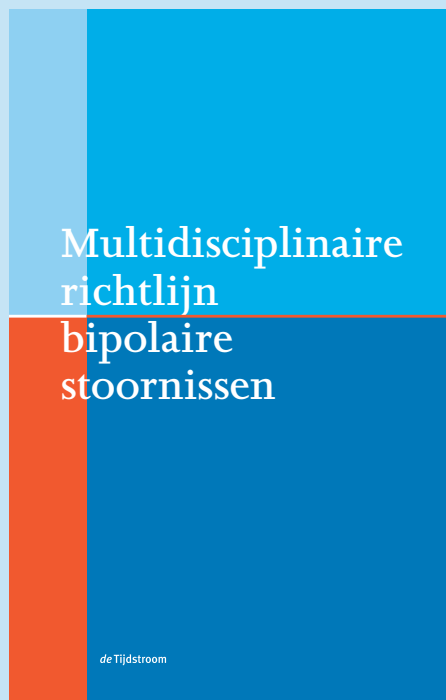
Een visie op 35 jaar ambulante ggz

JAN DERKSEN

Jan Derksen
€ 20
9789058982766
139 mm x 221 mm.
150 blz. paperback

Iedereen een psychische aandoening?

Tegenwoordig is men minder gehecht en wordt er meer van mensen gevraagd, waardoor men kan vastlopen. Maar zijn we niet veel te ver doorgeschoten dooroveral diagnoses voor te stellen? Jan Derksen spreekt in dit boek onder andere over achterbankkinderen, toename van psychische stress en levenstempo en de tegenwoordig kwetsbaar geworden intieme relaties.



*Ralph Kupka, Peter Goossens,
Mischa van Bendegem e.a. (redactie)*
€ 30 9789058982759
140 mm x 220 mm
druk 3 325 blz. paperback

Geaccrediteerde e-learning



BIPOLAIRE STOORNISSEN

Deze e-learningmodule leidt u aan de hand van videolectures en casuïstiek langs de belangrijkste farmacotherapeutische onderdelen van de richtlijn. Ga naar e-learning.psychiatrienet.nl voor meer informatie!

*Ralph Kupka, Anja Stevens, Manon Hillegers,
Annemieke Dols*

Introductieprijs € 150 (i.p.v. € 195)

6 afleveringen van ± 45 minuten

6 accreditatiepunten (accreditatie NVvP, NIP, V&VN)

Introductiekorting!

- 10 TERUGKEER NAAR WERK NA NIET-AANGEBOREN HERSEN-
LETSEL** – Stel je voor: je hebt een baan, staat midden in het leven en je loopt hersenletsel op. Ieder jaar overkomt dit in Nederland tienduizenden mensen. Judith van Velzen deed onderzoek naar terugkeer naar werk na niet-aangeboren hersenletsel. Zij keek waar mensen met hersenletsel tegenaan lopen en hoe zij vanuit de revalidatie geholpen kunnen worden bij hun proces van terugkeer naar werk.
- 32 DE WERELD OP DE DIVAN** – De jaren tachtig van de vorige eeuw waren de jaren van de ‘Freud Wars’. Met het boekje *Shrinking History* opende David Stannard de aanval op de psychohistorische beweging. De toepassing van inzichten uit de psychoanalyse door historici en biografen raakte steeds meer in diskrediet – interne ruzies deden de beweging ook geen goed. Arthur Eaton dook erin en beschrijft in dit essay hoogtijdagen en verval.
- 44 VASTZITTEN IN DEPRESSIE** – Negatieve vertekeningen in aandacht, interpretatie en geheugen vormen kwetsbaarheidsfactoren voor depressie. Jonas Everaert en Ernst Koster bespreken hoe aandachtvertekeningen de emotionele inhoud van interpretaties en herinneringen beïnvloeden, hoe emotionele associaties in het geheugen aandacht sturen, hoe combinaties van dergelijke cognitieve vertekeningen depressiesymptomen voorspellen, alsook de klinische implicaties voor emotie(dis)regulatie bij depressie.

Tijdschrift
De Psycholoog
bestaat 50 jaar en
vraagt zich af:

Wie verdient de Nobelprijs voor de Psychologie?

Tot 17 juli kunt u uw stem
uitbrengen. Ga naar:

<http://tinyurl.com/qa92xvg>

De uitslag zal in het
oktobernummer worden
gepubliceerd.



NeuroOptimal® Dynamische™ Neurofeedback

state-of-the-art technology

Adiagnostisch
Integrale en dynamische werkwijze
Volledig geautomatiseerd
Gebruiksvriendelijk voor trainer en client

Informatie en demotraining bij:



Breingoed

Vertegenwoordiging en opleiding

0162 - 325163 | www.breingoed.nl



Benieuwd naar ons aanbod?

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

Cenzo B.V.

Bloemgracht 131
1016 KL Amsterdam
T. 020 - 344 50 47
E. anja.pinatsis@cenzo.nl
www.cenzo.nl

Start een eigen Cenzo-praktijk!

Steeds meer GZ-psychologen besluiten of zijn van plan om zich zelfstandig te vestigen. Jij ook? Wacht dan niet langer en start je eigen Cenzo-praktijk! Lift mee op een succesformule waarbinnen jij je richt op **optimale** hulpverlening en **samenwerken** met verwijzers. Wij zorgen voor de zakelijke randvoorwaarden, zoals contracten met zorgverzekeraars, samenwerkingsverbanden met huisartsen, bedrijven en arbodiensten, IT-ondersteuning, financiële afwikkeling en acquisitiemateriaal!

Tijd voor een gesprek met

CENZO

CENTRAAL NETWERK PSYCHOLOGISCHE ZORG



RUBRIEKEN

Redactioneel

- 6 NIEUWS
- 9 COLUMN: Naomi Ellemers
- 21 BOEKEN EN MEDIA
- 24 FORUM: Richtlijn Bariatrische Psychologie
- 30 IEDER MENS DOET AAN PSYCHOLOGIE: Anton de Wijer
- 41 GASTCOLUMN: Gerard Tertoolen
- 42 TUCHTRECHT: Mag de huisarts worden geïnformeerd?
- 53 BIJEENKOMST: Empathie, onmisbaar
- 56 INSPIRATIE: Janwillem Bast

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 12.600 exemplaren. **Redactie bureau:** 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: Hollandse Hoogte

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).



BEZINNING

Werk hebben is niet vanzelfsprekend, werk ouden evenmin. Stel je eens voor, schrijft bewegingswetenschapper Judith van Velzen in dit nummer, dat je een baan hebt en bijvoorbeeld door een val of verkeersongeluk opeens hersenletsel oploopt. Is terugkeren naar je werk dan zomaar aan de orde? Elk jaar worden in Nederland tienduizenden mensen met deze vraag geconfronteerd en met de fysieke en cognitieve gevolgen en gedragsveranderingen die dat niet-aangeboren hersenletsel (NAH) tot gevolg kan hebben. Van Velzen pleit onder meer voor een netwerk van hulpverleners waar mensen met NAH terecht kunnen; gezien de specialistische kennis van psychologen op allerlei gebied verdient het aanbeveling dat zij daarvan deel uit gaan maken.

Universitair werk hebben is niet vanzelfsprekend, universitair werk doen zoals je verwachtte toen je ooit aan de Alma Mater begon evenmin. Columniste Naomi Ellemers is 'op sabbatical' in Wassenaar en stelt dat ze pas voor het eerst sinds de afronding van haar dissertatie doet wat ze in gedachten had toen ze bij de universiteit ging werken: Groot Denken, een hele dag of week geconcentreerd aan één onderwerp werken. Tijdelijk afstand nemen helpt om weer kritisch te kijken wat je echt belangrijk vindt, naar de doelen die je jezelf had gesteld. De kunst om dat vast te houden is volgens Ellemers dan ook om nog even aan de zijlijn te blijven staan om te voorkomen dat je in oude gewoontes vervalt.

Genoeg stof om bij stil te staan biedt ook Arthur Eaton in zijn fraai geschreven essay over de Freud Wars en de psychohistorische beweging. 'In de geest van de vroege psychohistorici zoals Erik Erikson, Bruce Mazlish en Robert Lifton laat Daniel Pick zien hoe psychoanalytische begrippen de gereedschapskist van de historicus kunnen aanvullen, mits je accepteert dat een interpretatie altijd een onzekere handreiking is en nooit een ultieme verklaring.'

Bij *De Psycholoog* slaan we traditiegetrouw weer een zomermaandje over. Of u nu op sabbatical of op vakantie gaat, geniet ervan en kom tot rust en bezinning.

Vittorio Busato, hoofdredacteur (vittorio.busato@psynip.nl)

COMPLEXITEIT PSYCHISCHE AANDOENINGEN ONVOLDOENDE ONDERKEND HOGLERAAR PLEIT VOOR MAATWERK

Prof. dr. Claudi Bockting hield 20 mei jl. haar inaugurele rede in het Academiegebouw van de Universiteit Utrecht. Als hoogleraar Klinische Psychologie wil ze interventies ontwikkelen die op het individu zijn toegesneden.

‘My optimism wears heavy boots’ luidde de titel van Bocktings oratie, die voor een volle aula uit de doeken deed waarom er reden tot pessimisme is voor klinici, onderzoekers en opleiders binnen de psychologie: ‘vijftig procent van de mensen met een psychische aandoening profiteert niet of onvoldoende van psychologische behandelingen, het terugvalpercentage bij met name depressie en angststoornissen is erg hoog en de effecten van behandeling zijn de laatste veertig jaar niet

wezenlijk toegenomen.’

Desondanks ziet ze mogelijkheden tot ‘constructief gepast optimisme’. Wetenschappelijk onderzoek zou meer opleveren als de empirie verlegd wordt en klinisch onderzoek zich richt op een populatie van mensen die ook daadwerkelijk last hebben van psychische aandoeningen, en niet meer op betrekkelijk gezonde populaties van studenten. Dergelijk onderzoek is echter complex en tijdrovend, stelt Bockting, vandaar dat er ‘heavy boots’ nodig zijn om ‘slow science’ te kunnen bedrijven.

Bockting wil zich gaan toeleggen op de ontwikkeling van op het individu toegesneden empirische interventies, gericht op mensen met depressie en co-morbide aandoeningen als PTSS en angststoornissen. Ze adapteert daarbij uit

de geneeskunde het idee van staging: het idee dat een ziekte verschillende stadia heeft welke per stadium verschillende aangrijpingspunten voor behandeling hebben.

Met haar betoog sluit Bockting aan op de netwerkbenadering van de DSM waarover Michèle Nuyten en collega’s eerder in dit blad schreven.¹ ‘Vele combinaties van symptomen zijn mogelijk,’ aldus Bockting, ‘en we moeten rekening houden met deze diversiteit per persoon, door onder andere netwerk-analyses toe te passen en herhaalde metingen uit te voeren in het dagelijks leven van de cliënt, bijvoorbeeld met een app.’ (JvG)

¹ Nuijten M. et al. (2013). Psychologische stoornissen als complexe netwerken. *De Psycholoog*, 1, 12-23.

ROKEN OF NIET ROKEN, DAT IS DE VRAAG

SUCCESVOL STOPPEN KWESTIE VAN BEDRADING

Mensen die hun rookverslaving relatief probleemloos afzweren, hebben dat mogelijk te danken aan een specifieke bedrading in hun brein.

Onderzoekers aan de Amerikaanse Duke University maakten scans van de hersens van 85 rokers. Alle proefpersonen ondernamen een maand nadien een poging om het roken te staken. Van hen bleken 44 er tien weken later in geslaagd geen sigaretten meer aan te raken, de andere 41 waren weer begonnen met roken. De onderzoekers stelden vast dat de hersenscans van de mensen die met succes gestopt waren een opmerkelijke overeenkomst

vertoonden. Zij bleken een steviger verbinding te hebben tussen de somatosensorische cortex en de insula. Het eerste hersengebied is het centrum van de tastzin en motorische controle, het tweede hangt samen met drang, trek en verslavingsgedrag. Hoe de verbinding het rookgedrag precies beïnvloedt, is niet duidelijk. Mogelijk versterkt die iemands capaciteit om een bewegingsimpuls in reactie op het verlangen naar nicotine – naar sigaretten grijpen – af te remmen, als die impuls conflicteert met het voornemen om te stoppen.

De onderzoekers willen in een omvangrijker onderzoek nagaan of de

kracht van de genoemde verbinding inderdaad voorspellend is voor succesvol stoppen. Als hun vermoedens bevestigd worden, ligt een nieuwe behandeling van rookverslaafden in het verschiet. Met transcraniale magnetische stimulatie – een techniek waarbij hersengebieden kunstmatig gestimuleerd worden met lichte stroomstootjes – zouden ook verstokte rokers van hun ongezonde neiging kunnen worden verlost. (EdJ)

Bron: Addicott, M. et al. (2015). Increased functional connectivity in an insula-based network is associated with improved smoking cessation outcomes. *Neuropsychopharmacology*. doi:10.1038/npp.2015.114

SCHAP

VEILIG VERKEER = MINDER VETZUCHT

WOONOMGEVING LEGT GEWICHT IN DE SCHAAL

Is er een verband tussen obesitas en woonomgeving? Over die vraag hebben zich in allerlei landen al diverse wetenschappers het hoofd gebroken. Uitkomst: zeer variabel. Tijd dus om de krachten te bundelen.

Kun je overgewicht en obesitas terugdringen door de woonomgeving anders in te richten? In welvarende landen, maar ook in landen die in opkomst zijn, vormen overgewicht en obesitas een steeds groter probleem. Zestien onderzoekers uit twaalf verschillende landen uit alle werelddelen sloegen daarom de handen ineen. Ze vroegen ruim veertienduizend proefpersonen hoe zij hun woonomgeving waarnamen. Gevraagd werd naar zaken die van invloed zouden

kunnen zijn op het wandel- en fietsgedrag van de deelnemers. Denk bijvoorbeeld aan de aantrekkelijkheid van de woonomgeving, de verkeersveiligheid, de loopafstand tot lokale voorzieningen (zoals scholen, postkantoor, station etc.) en de aanwezigheid van doodlopende straten en fysieke obstakels in de omgeving. Daarnaast gaven de deelnemers óf zelf hun lengte en gewicht door (waarmee hun BMI kon worden uitgerekend), óf ze lieten dit opmeten.

Van alle gemeten omgevingsvariabelen bleek de waargenomen verkeersveiligheid het belangrijkste. Hoe veiliger mensen zich in het verkeer voelen, hoe minder overgewicht en obesitas, en hoe lager hun BMI. Daarnaast is van belang

of de afstand tot lokale voorzieningen te belopen is; in dat geval bewegen mensen meer.

Willen landen dus de vetzucht te lijf gaan, dan doen ze er goed aan veilige wandel- en fietspaden aan te leggen en compacte wijken te creëren. Althans, dat is de voorlopige conclusie. De onderzoekers controleerden in hun analyses namelijk wel voor zaken als sekse, leeftijd, burgerlijke staat en opleidingsniveau, maar niet voor lokale eetgewoonten. Beetje jammer. (ID)

Bron: De Bourdeaudhuij, I. et al. (2015). International study of perceived neighbourhood environmental attributes and Body Mass Index: IPEN adult study in 12 countries. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. doi 10.1186/s12966-015-0228-y

CAUSAAL VERBAND SEKS EN GELUK BLIJFT OVEREIND

GEPLANDE SEKS MAAKT NIET GELUKKIG

Wie op verzoek van wetenschappers vaker aan seks doet, wordt daar een beetje ongelukkiger van.

Er is, zo blijkt uit diverse onderzoeken, een positieve correlatie tussen geluk en de frequentie waarmee mensen seks hebben. Men kan zich voorstellen dat die stijgende lijn op enig punt een neerwaartse beweging inzet, maar daarvan maken de boeken vooralsnog geen melding. Hoe het ook zij: onderzoekers aan de Carnegie Mellon University in Pittsburgh wilden weten of de samenhang tussen beide factoren oorzakelijk van aard is en zetten een experiment op om na te gaan of mensen van meer seks gelukkiger worden.

Aan hun onderzoek deden 128

heteroseksuele koppels mee, van 35 tot 65 jaar. De helft van de stellen kreeg het verzoek om drie maanden achtereenvolgende twee keer zo vaak aan seks te doen als ze gewend waren, de anderen kregen die vraag niet. Voorafgaand, tijdens en na afloop van het onderzoek vulden de deelnemers vragenlijsten in over hoe gelukkig ze waren en over de mate waarin ze zin hadden in seks en ervan genoten. De koppels die op verzoek hun seks-frequentie hadden verdubbeld, rapporteerden een lichte afname van geluk, afnemende zin in seks en een vermindering van plezier.

De onderzoekers concluderen dat deze teloorgang mogelijk samenhangt met het feit dat de deelnemers op ver-

zoek vaker seks hadden en blijven voornamelijk vasthouden aan het veronderstelde causale verband tussen seks en geluk. In een volgend onderzoek willen ze het initiatief bij de deelnemers zelf laten door gelegenheden te scheppen die de zin in seks aanwakkeren. Een oppas aanbieden, een hotelkamer met Egyptische lakens voor ze boeken: 'that'll put them in a sexy frame of mind,' aldus hoofdonderzoeker George Loewenstein.¹ (EdJ)

Bron: Loewenstein, G. et al. (2015). Does Increased Sexual Frequency Enhance Happiness? Journal of Economic Behavior & Organization. doi. org/10.1016/j.jebo.2015.04.021

¹ <http://www.cmu.edu/news/stories/archives/2015/may/more-sex-does-not-lead-to-happiness.html>

PROMOTIES

VISUELE ILLUSIE KAN BALANS VERSTOREN

Als de signalen afkomstig van het visuele systeem aangeven dat iemand zich door een omgeving verplaatst terwijl hij in feite stilstaat, krijgt hij het gevoel dat hij zelf door de omgeving beweegt. Hierdoor gaat een stilstaand persoon een bepaalde kant op hellen, wat ook wel houdingszwaai wordt genoemd. Vivian Holten onderzocht of dit alleen ontstaat als er een visuele beweging in de omgeving waarneembaar is of dat ook een illusoire beweging het kan veroorzaken. Dit laatste blijkt het geval te zijn. Dus niet alleen visuele stimulatie, maar ook een interne representatie hiervan in de hersenen kan aanleiding geven tot een balansverstoring. Hoogstwaarschijnlijk is er dus geen directe stimulus-responsrelatie tussen de visuele stimulatie en de balansverstoring die hierdoor optreedt, en worden interacties tussen het visuele systeem en het evenwichtssysteem beïnvloed door een interne representatie van visuele beweging.

V. Holten, *The influence of visual stimuli on posture*. Universiteit Utrecht, 11 mei 2015. Promotor: prof. dr. F. Verstraten

GAMEN ALS KUNSTERVERING

Computergames zetten spelers aan tot nadenken over hun omgeving, het leven en goed en kwaad. Dat blijkt uit onderzoek van cultuurwetenschapper Jef Folkerts. Uit eerder onderzoek blijkt dat gamers agressief of sociaal van het spelen zouden worden. Ze zouden in het gunstigste geval een esthetische ervaring aan het gamen overhouden, maar zeker niet meer begrip van de wereld om hen heen krijgen. Folkerts, zelf een gamer, was geïnteresseerd in de vraag waar de ervaring precies uit bestaat. 'Als een gamer er helemaal in wordt ondergedompeld en alles om zich heen vergeet, dan is het een entertainment-ervaring. Maar ik beschouw het als een kunstervaring wanneer een speler in een onbestemde gebeurtenis impliciet commentaar herkent, en zich daardoor aangespoord voelt na te denken over die gebeurtenis, en vervolgens ook over zijn eigen wereld buiten de game.'

J. Folkerts, *Spel tussen amusement en kunst - de verbeelding van cultuur in games*. Rijksuniversiteit Groningen, 30 april 2015. Promotor: prof. dr. B.P. van Heusden

MOBILISEER DE BUITENSTAANDERS

Juist kinderen die zich niet met het pesten bemoeien (de buitenstaanders) kunnen van grote invloed zijn om het pesten een halt toe te roepen. De passieve houding van buitenstaanders moet dan wel worden geactiveerd om het pesten beter tegen te kunnen gaan. Dit blijkt uit het onderzoek van Jeroen Pronk bij leerlingen uit het basis- en middelbare onderwijs (groep zes t/m eerste klas; vroege adolescenten). Buitenstaanders verschillen echter van verdedigers in hun sociale, fysieke, en emotionele weerbaarheid en competentie. Ze vallen liever niet op, waardoor ze zich niet in overeenstemming met hun anti-pest-attitude gedragen. Om het pestgroepsproces aan te pakken, zouden juist deze buitenstaanders moeten worden geactiveerd in pro-sociaal gedrag. Dit wordt onder andere gedaan in de 'Sta Sterk Training'.

J. Pronk, *Bullying Contextualized: Changing the Group Process by Changing Outsiders' Involvement*. Vrije Universiteit Amsterdam, 13 april 2015. Promotoren: prof. dr. L.C. Krabbendam, prof. dr. C. Scheun- gel, dr. F.A. Goossens, dr. T. Olthof

E. Kerpershoek, *Medical professionals' responses to a DRG performance management system for hospital care in the Netherlands. Reinterpreting 'perverse effects', such as upcoding and patient selection, using arguments of professionalism and managerialism*. Technische Universiteit Delft, 2 april 2015. Promotor: prof. dr. mr. J.A. de Bruijn

L.M.A. van Loon, *Adolescents and parental mental illness: risk and protective factors for internalizing and externalizing problems*. Radboud Universiteit Nijmegen, 3 juni 2015. Promotoren: prof. dr. C.L.M. Witteman en prof. dr. C.M.H. Hosman

C. Jonkman, *Young children in treatment foster care. Intervening in problematic behavior, disturbed attachment, trauma, and atypical neurobiological functioning*. Vrije Universiteit, 27 mei 2015. Promotoren: prof. dr. C. Schuengel, dr. R.J.L. Lindauer en dr. M. Oosterman

M.J. Ruiz Muñoz, *Controlling thought and action: a perspective from khat users and cocaine users*. Universiteit Leiden, 12 mei 2015. Promotor(s): prof. dr. B. Hommel



OP SABBATICAL

‘Geniet je van je vakantie?’, vragen sommige familieleden mij, omdat ze weten dat ik ‘op sabbatical’ ben. Ik houd deze maanden kantoor bij het NIAS: het *Netherlands Institute for Advanced Study in the Humanities and Social Sciences*. Een ‘zusje’ van het beroemde IAS in Princeton, waar Robbert Dijkgraaf aan het hoofd staat.

Thuis moeten ze alleen maar grinniken als het sabbatical ter sprake komt. Ja, ik heb wel minder stress en kom elke dag vrolijk thuis. Maar er wordt nog steeds hard gewerkt, vaak ook 's avonds en in het weekeinde. Toch voelt het compleet anders. Mijn agenda is de meeste dagen ‘leeg’. Mails met vergaderstukken doe ik in een mapje ‘later bekijken’. Mijn out-of-officebericht schrikt de meeste vragenstellers af. Mooi. Ik ben er even niet.

Bij het NIAS kan ik voor het eerst sinds ik in 1991 mijn proefschrift afrondde, echt doen wat ik in gedachten had toen ik bij de universiteit ging werken. Een boek of artikel lezen, in plaats van alleen de referentie opzoeken. Van collega's uit andere vakgebieden horen hoe zij aankijken tegen de onderwerpen waar ik mee bezig ben. En vooral: een hele dag achter elkaar, en soms zelfs een hele week geconcentreerd aan één onderwerp werken. ‘Groot denken.’ En daardoor echt verder komen. Ik was bijna vergeten hoe dat voelt, en hoe belangrijk dat is om je werk goed te kunnen doen.

In de dagelijkse praktijk van het universitaire leven is dit alles bijna niet meer te realiseren. Het veel beklaagde rendementsdenken speelt hier natuurlijk een rol in. De administratieve last van het onderwijs, allerlei plannings- en verantwoordingscycli, en de complexe organisatie van werkzaamheden in een studentrijke discipline zoals psychologie maken het evenmin gemakkelijker om je op inhoudelijke zaken te richten. Dus voor je het weet worden de dagen gevuld met e-mails beantwoorden en vergaderstukken lezen. Meestal niet echt inspirerend, vooral omdat je alleen maar reageert op wat anderen je vragen of van je verwachten.

Tijdelijk afstand nemen helpt om weer kritisch te kijken naar wat je nu echt belangrijk vindt, en welke doelen je zelf wilt bereiken. De grote uitdaging is natuurlijk hoe je dit kunt vasthouden als je weer in je gewone werksituatie terugkomt. Hoe voorkom je dat je weer in je oude gewoontes vervalt? Door nog even aan de zijlijn te blijven staan. Door jezelf en anderen lastige vragen te stellen, zoals: ‘Waarom doen we dat eigenlijk?’ Of: ‘Is dit nu echt de handigste aanpak?’ Als iemand die zijn of haar sporen al verdiend heeft zo'n vraag stelt, is de kans het grootste dat anderen daarnaar willen luisteren, zo blijkt uit ons onderzoek*. De zomerperiode biedt iedereen die geen sabbatical heeft ook zo'n kans op bezinning. Het is de kunst die optimaal te benutten.

Geniet van uw vakantie!

P.S. Deze column werd mede mogelijk gemaakt door een Fellowship Grant van het NIAS.

*Ellemers, N. & Jetten, J. (2013). The many ways to be marginal in a group. *Personality and Social Psychology Review*, 17, 3-21.

Naomi Ellemers

is hoogleraar Sociale Psychologie van de Organisatie aan de Universiteit Leiden. E-mail: Ellemers@fsw.leidenuniv.nl.

Stel je voor: je hebt een baan, staat midden in het leven en je loopt hersenletsel op. Is terugkeren naar je werk dan wel vanzelfsprekend? Ieder jaar krijgen tienduizenden mensen in Nederland met deze vraag te maken. Judith van Velzen deed promotieonderzoek naar terugkeer naar werk na niet-aangeboren hersenletsel. Zij keek met welke problemen mensen met hersenletsel geconfronteerd worden en hoe zij vanuit de revalidatie geholpen kunnen worden bij hun proces van terugkeer naar werk.

PREVALENTIE EN FACTOREN DIE VAN INVLOED ZIJN

TERUGKEER NAAR WERK NA NIET- AANGEBOREN HERSENLETSEL

Niet-aangeboren hersenletsel (NAH) wordt gedefinieerd als 'hersenletsel ten gevolge van welke oorzaak dan ook, anders dan rond of vanwege de geboorte ontstaan, dat leidt tot een onomkeerbare breuk in de levenslijn en tot aangewezen zijn op hulpverlening' (Carlier & Kramer, 2006). De oorzaak kan traumatisch zijn (zoals bij een verkeersongeval, een val of een messteek in het hoofd) of niet-traumatisch (zoals bij een beroerte of infectie).

Per jaar worden er in Nederlandse ziekenhuizen zo'n 60.000 mensen geregistreerd met niet-progressief NAH: ongeveer 15.000 met een traumatische en ongeveer 45.000 met een niet-traumatische oorzaak (Wilken & Kessels-Buikhuisen, 1994). Het werkelijke aantal mensen dat NAH oploopt ligt waarschijnlijk nog hoger omdat niet iedereen in een ziekenhuis terechtkomt en dus niet geregistreerd wordt. Geschat wordt dat in totaal ongeveer 500.000 mensen in Nederland last hebben van de gevolgen van NAH (Stokman et al., 2011).

Door het hersenletsel kunnen er fysieke gevolgen (zoals verlamming, spasticiteit of pijn), cognitieve gevolgen (zoals verminderd geheugen, verminderd leervermogen of verminderd inzicht in de gevolgen van NAH) en emotionele of gedragsveranderingen (zoals een veranderde persoonlijkheid, sterk wisselende emoties of depressie) optreden (Van Bennekom & Van Heugten, 2006). Veel van die gevolgen zijn vanaf de buitenkant onzichtbaar. Voor ieder individu zijn de gevolgen en de ernst van de gevolgen anders, mede afhankelijk van de grootte en locatie van de schade in de hersenen en iemands persoonlijke aanleg en omstandigheden. Door de gevolgen van NAH is terugkeer naar het normale dagelijkse leven na NAH niet altijd makkelijk.

WERKEN NA NIET-AANGEBOREN HERSENLETSEL

Wanneer mensen tussen de 18 en 65 jaar oud zijn als ze het NAH oplopen, maakt werken vaak deel uit van het dagelijks leven. Veel mensen willen graag weer terugkeren naar hun werk. Uit onderzoek weten we dat mensen (met en zonder

NAH) die werken een betere gezondheid en kwaliteit van leven ervaren dan mensen die geen werk hebben (Corrigan et al., 2001; Steadman-Pare et al., 2001). Terugkeer naar werk na NAH is echter niet vanzelfsprekend. De percentages die in eerder onderzoek gevonden zijn, liggen tussen de 10 en 75%, mede afhankelijk van de gebruikte definitie van terugkeer naar werk, het toegepaste studiedesign en de sociale context waarin de studie is uitgevoerd (Shames et al., 2007; Treger et al., 2007). Welke factoren er een rol spelen tijdens het proces van terugkeer naar werk is onduidelijk. Wel zijn er indicaties dat begeleiding de uitkomst van het proces positief kan beïnvloeden (Tyerman, 2012).

WET- EN REGELGEVING Wanneer de gevolgen van NAH zodanig ernstig zijn dat gespecialiseerde hulp nodig is om het herstel te bevorderen en te proberen om weer zo goed mogelijk terug te keren naar het oude leven, kunnen mensen voor behandeling verwezen worden naar een revalidatiecentrum. Een revalidatiebehandeling van mensen met NAH duurt in Nederland gemiddeld één à twee kwartalen (Stokman et al., 2011). De financiering van een revalidatiebehandeling valt onder de zorgverzekeringswet. De financiering van zaken die te maken hebben met arbeidsre-integratie en arbeids(on-)geschiktheid vallen daarentegen onder de sociale wetgeving.

In Nederland is het in de Wet Verbetering Poortwachter zo geregeld dat de werkgever en werknemer samen verantwoordelijk zijn voor het arbeidsre-integratieproces gedurende minimaal twee jaar. Zij kunnen hierbij ondersteund worden door een bedrijfsarts en/of een arbodienst. Wanneer na het oplopen van het NAH een revalidatiebehandeling nodig is, is het voor de werkgever en bedrijfsarts moeilijk om in de eerste weken tot maanden met de werknemer aan de slag te gaan met de arbeidsre-integratie, zeker als het een klinisch revalidatietraject betreft. De twee jaar genoemd in de Wet Verbetering Poortwachter worden dan mogelijk niet optimaal benut.

Omdat er binnen een revalidatiecentrum gespecialiseerde kennis over NAH aanwezig is, en het doel van een revalidatiebehandeling is om mensen weer zo goed mogelijk te begeleiden naar hun normale leven, lijkt ondersteuning bij het proces van terugkeer naar werk vanuit het revalidatiecentrum tijdens de behandeling een logische stap. Tot 2006 werden mensen met NAH echter vaak op basis van de diagnose NAH arbeidsongeschikt verklaard en was arbeidsre-integratie niet noodzakelijk. Er werd vanuit de revalidatie-instellingen dan ook nauwelijks gestructureerd aandacht besteed aan het werk van mensen. Sinds 2006, het moment

Een revalidatiebehandeling van mensen met niet-aangeboren hersenletsel duurt in Nederland gemiddeld één à twee kwartalen

waarop de wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) ingevoerd is, is proberen terug te keren naar werk wel een verplichting vanuit de overheid.

Om mensen met NAH vanuit de revalidatie te kunnen begeleiden tijdens hun re-integratieproces, is kennis nodig over de mogelijkheden voor arbeidsre-integratie na NAH en de factoren die hierbij een rol spelen. In 2007 is een promotieonderzoek gestart om die kennis te verzamelen (Van Velzen, 2014). De twee doelen van dat onderzoek waren: 1) inzicht verschaffen in het proces van terugkeer naar werk na NAH, en 2) de mogelijkheden onderzoeken om mensen met NAH tijdens de revalidatiebehandeling te ondersteunen bij het proces van terugkeer naar werk.

De resultaten van het promotieonderzoek worden in dit artikel besproken (voor een meer uitgebreide beschrijving, zie Van Velzen (2014)). Aansluitend wordt een methode voor arbeidsrevalidatie beschreven en geïllustreerd aan de hand van een casus.

TERUGKEER NAAR WERK NA NAH

Het proces van terugkeer naar werk na NAH is in kaart gebracht door te onderzoeken wat de prevalentie en de belemmerende en bevorderende factoren voor terugkeer naar werk zijn.

PREVALENTIE Om de prevalentie van terugkeer naar werk te bepalen is een literatuurstudie uitgevoerd (Van Velzen et al., 2009b). Belangrijk inclusiecriteria waren dat de studies betrekking hadden op mensen met niet-progressief NAH die werkten voor ze NAH opliepen. De resultaten van 49 studies, die tussen 1992 en 2008 verschenen in internationale wetenschappelijke tijdschriften, zijn met elkaar vergeleken. Bij mensen met traumatisch NAH blijkt het percentage werkhervatting tussen de 30 en 65% te liggen. Bij mensen met niet-traumatisch NAH is dit 35 tot 60%.

Om op een gemiddeld percentage uit te komen zijn van de studies die min of meer op hetzelfde tijdstip na het oplopen van het NAH de werkhervatting van mensen beoordeeld hadden én mensen met een vergelijkbare ernst van het NAH geïnccludeerd hadden, de aantallen deelnemers bij elkaar opgeteld en gedeeld door het aantal deelnemers dat in staat was het werk te hervatten. Daarbij werd ook rekening gehouden met de kwaliteit (bepaald aan de hand van een checklist) van de studies. Deze gepoolde percentages bedragen twee jaar na het ontstaan van het hersenletsel 41% bij mensen met traumatisch NAH en 39% bij mensen met niet-traumatisch NAH. Niet alle mensen die terugkeren zijn echter in staat terug te keren naar het eigen werk en om het werk op langere termijn te behouden.

Er zijn te weinig Nederlandse studies gevonden om een uitspraak te kunnen doen over de prevalentie van terugkeer naar werk in Nederland.

BELEMMERENDE EN BEVORDERENDE FACTOREN De belemmerende en bevorderende factoren zijn in kaart gebracht door middel van een tweede literatuurstudie (Van Velzen et al., 2009a) en een kwalitatieve studie (Van Velzen et al., 2011). In beide studies is de *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) gebruikt als theoretisch kader (World Health Organization, 2002). Volgens dit model kan de participatie in werk door factoren uit vijf domeinen bepaald worden: de aandoening (in dit geval het NAH), functies en anatomische eigenschappen, activiteiten, externe factoren en persoonlijke factoren. Welke factoren binnen die domeinen een rol spelen is onderzocht met beide studies. De opzet en belangrijkste uitkomstmaten van de studies worden hierna beschreven. De uitgebreidere resultaten zijn per domein van het ICF-model samengevoegd in figuur 1.

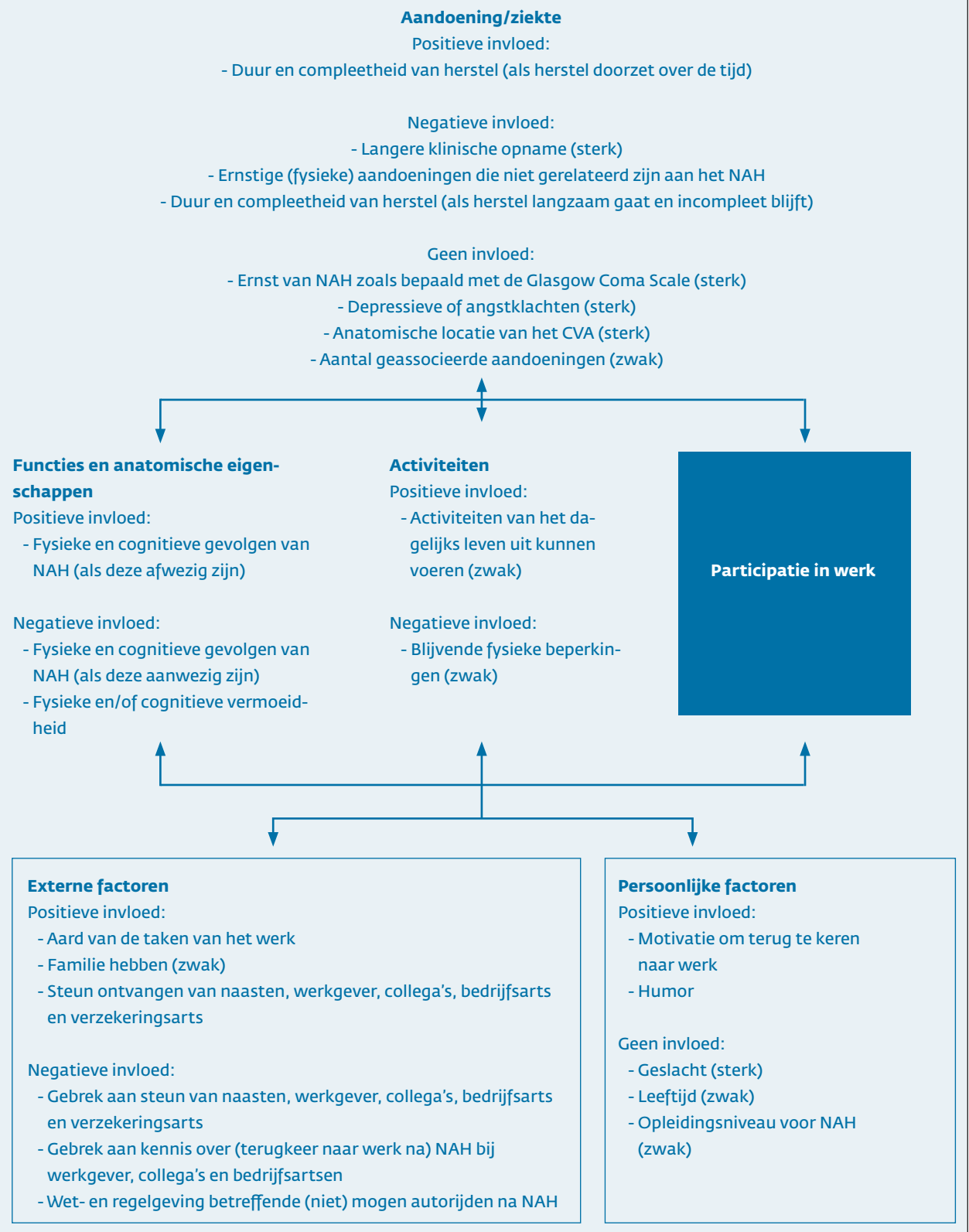
In de literatuurstudie zijn de resultaten van 22 studies, die tussen 1992 en 2008 verschenen zijn in internationale wetenschappelijke tijdschriften, met elkaar vergeleken. Hoewel er veel factoren worden genoemd in deze studies, is er weinig sterk bewijs gevonden. Wel is er sterke evidentie gevonden dat de ernst van NAH (indien bepaald met behulp van de *Glasgow Coma Scale*, een internationaal veel gebruikte schaal waarmee het bewustzijn van diep comateus tot normaal van een persoon kan worden weergegeven met een cijfer (Jones, 1979)) en het hebben van depressieve klachten of angstklachten bij mensen met traumatisch NAH niet samenhangt met de kans om terug naar werk te keren. De duur van het klinische verblijf in een ziekenhuis of revalidatiecentrum heeft bij deze mensen daarentegen een negatieve invloed:

mensen die langer in een ziekenhuis of revalidatiecentrum verblijven, hebben een kleinere kans op arbeidsre-integratie dan mensen die er korter verblijven. Waarom mensen langer (of korter) opgenomen waren is niet bekeken, maar hing waarschijnlijk af van een mix van factoren zoals ernst van het letsel bij opname, medische complicaties, snelheid van herstel van fysieke en/of cognitieve functies, ontslagbestemming en beschikbare ondersteuning na ontslag (Cifu et al., 1997). Bij mensen met niet-traumatisch NAH zijn sterke aanwijzingen gevonden dat geslacht en de locatie van het letsel in de hersenen niet samenhangen met de kans om terug te keren naar werk. Voor de invloed van verschillende neuropsychologische factoren is geen of inconsistente evidentie gevonden.

Aansluitend op de internationaal georiënteerde literatuurstudie is een kwalitatieve studie uitgevoerd waarin onderzocht is welke factoren door mensen met NAH in Nederland ervaren worden als belemmerend of bevorderend bij terugkeer naar werk. In de kwalitatieve studie zijn twaalf mensen (gemiddelde leeftijd 52 jaar) geïnterviewd die in 2006 of 2007 vanwege traumatisch of niet-traumatisch hersenletsel behandeld zijn in het revalidatiecentrum van Heliomare (Van Velzen et al., 2011). Tijdens die behandeling hebben zij geen specifieke begeleiding gekregen op het gebied van terugkeer naar werk. Voor het oplopen van NAH werkten alle deelnemers fulltime (minimaal 36 uur per week). Ten tijde van het interview (gemiddeld ruim tweeënhalf jaar na het oplopen van het NAH) werkten drie mensen weer fulltime (minimaal 36 uur) en vier mensen parttime (3 tot 30 uur per week). Daarnaast werkten twee mensen op vrijwillige basis (respectievelijk 2 en 18 uur per week). Drie

Aangezien veel mensen met NAH (onzichtbare) cognitieve en emotionele of gedragsproblemen hebben, is de input van psychologen met kennis van NAH van groot belang

FIGUUR 1: SAMENVATTING VAN DE FACTOREN DIE EEN POSITIEVE, NEGATIEVE OF GEEN INVLOED HEBBEN OP TERUGKEER NAAR WERK NA NAH (VAN VELZEN, 2014). BIJ DE FACTOREN DIE GEVONDEN ZIJN IN DE LITERATUURSTUDIE STAAT DE BEWIJSKRACHT ACHTER DE FACTOR VERMELD.



Doel van arbeidsrevalidatie is mensen met NAH duurzaam terug naar werk te helpen

mensen is het (nog) niet gelukt om hun eigen of ander werk weer op te pakken.

Er worden tijdens de semigestructureerde interviews duidelijk minder factoren als bevorderend benoemd dan als belemmerend. Vermoeidheid noemt bijna iedereen als belangrijkste *belemmerende* factor. Handelingen die voorheen vanzelf gingen, gaan sinds het NAH moeilijker en kosten meer energie. Met name het uitvoeren van dubbeltaken is moeilijker geworden. Het gevolg is dat mensen sneller moe zijn dan voor NAH en dat ze minder uren kunnen werken. Daarnaast geven mensen aan dat ze naast hun werk veel minder kunnen ondernemen dan voor het NAH. De tijd dat men thuis is, wordt gebruikt om uit te rusten en het hoofd leeg te maken.

De wilskracht van alle deelnemers valt op als *bevorderende* factor. Hoewel het nog niet alle geïnterviewden gelukt was, gaf iedereen aan graag weer aan het werk te willen. Die wilskracht heeft bijgedragen om dat te bereiken of om te blijven trainen om hopelijk in de toekomst alsnog dat doel te bereiken. Dat mensen merken dat ze zoveel jaren na het oplopen van NAH nog steeds verder herstellen of beter leren met hun beperkingen om te gaan, helpt daarbij.

Belangrijk bij de arbeidsre-integratie blijkt ook de steun en begeleiding van bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, werkgevers en collega's te zijn. Dat ook zij kennis hebben van NAH of bekend raken met wat NAH inhoudt en wat de consequenties voor werk kunnen zijn, is hierbij van belang.

TERUGKEER NAAR WERK TIJDENS DE REVALIDATIE

Zijn er mogelijkheden om mensen met NAH tijdens de revalidatiebehandeling te ondersteunen bij het proces van terugkeer naar werk? Het behandelteam van een revalidatiecentrum is multidisciplinair van aard. Naast de revalidatiearts kunnen onder andere (neuro)psychologen, cognitief trainers, ergotherapeuten, fysiotherapeuten, logopedisten, maatschappelijk werkers en verpleegkundigen deel uitmaken van het team. Omdat er binnen een revalidatiecentrum specifieke kennis over NAH aanwezig is, wordt verwacht dat het revalidatiebehandelteam behulpzaam kan zijn bij het informeren van de bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, werkgevers en collega's van mensen met NAH over de mogelijke gevolgen van NAH in relatie tot arbeidsre-integratie. Een protocol voor arbeidsrevalidatie helpt om dit op gestructureerde wijze te doen.

De laatste jaren is er in steeds meer revalidatiecentra aandacht gekomen voor (terugkeer naar) werk. Het doel van

de centra is hetzelfde, namelijk: mensen met NAH duurzaam terug naar werk helpen, al dan niet in samenwerking met de werkgever en/of bedrijfsarts. Toch worden in de centra verschillende methodes gehanteerd. Hieronder worden de methodes van twee verschillende centra met elkaar vergeleken.

TWEE METHODES De eerste methode is de ArbeidsGere-lateerde Revalidatie-methode (AGR) die gebruikt wordt in Heliomare (Goossens et al., 2012; Van Velzen et al., 2015b). Deze methode is op basis van eerder opgedane ervaringen ontwikkeld door kenniscentrum Vilans, in samenwerking met Heliomare. Het is gebaseerd op het *case coordination*-model volgens welke de arbeidsrevalidatie in een vroeg stadium start en verweven is met het gehele revalidatieproces (Fadyl & McPherson, 2009). Bij de AGR-methode wordt dan ook vanaf de eerste dag van de revalidatie aandacht besteed aan de terugkeer naar werk. In samenspraak met de werkgever en bedrijfsarts wordt vastgelegd wat iemand moet kunnen om zijn of haar werk uit te voeren. Het behandelteam van het revalidatiecentrum kijkt vervolgens of iemand dat op dat moment ook kan. Wanneer dit nodig is, worden in het revalidatiecentrum vaardigheden die van belang zijn voor het werk, getraind. Bij de afronding van AGR vindt een overdracht van informatie plaats naar de revalidant, werkgever en bedrijfsarts.

De tweede methode is de Ronde Tafel-methode (RT) die gebruikt wordt in het Rijnlants Revalidatie Centrum (Goossens et al., 2012). Deze methode is gebaseerd op het *supported employment*-model (Fadyl & McPherson, 2009). Dit houdt in dat iemand geen training vooraf krijgt, maar vrijwel direct op de werkplek begint en daar individuele begeleiding

ontvangt. Bij de RT-methode start de arbeidsrevalidatie zodra de patiënt zich thuis zelfstandig kan redden. Tijdens een gesprek met de revalidant en zijn of haar naaste, werkgever, collega en bedrijfsarts geven leden uit het revalidatieteam (meestal een behandelend neuropsycholoog en ergotherapeut) informatie over NAH en de mogelijkheden van de revalidant. Daarnaast wordt er informatie over het werk van de revalidant uitgewisseld en wordt een plan van aanpak voor de arbeidsre-integratie gemaakt. De revalidant start vervolgens onder begeleiding van een collega met het uitvoeren van taken op de werkvloer. De revalidant en de collega worden daarbij ondersteund vanuit het revalidatie-

centrum. Na acht en zestien weken wordt de voortgang plenair besproken. Na zestien weken stopt de begeleiding vanuit het revalidatiecentrum en neemt de werkgever en/of bedrijfsarts de begeleiding over.

Na de ontwikkeling van het AGR-protocol is bekeken of het in de revalidatiepraktijk te implementeren en te gebruiken is naar tevredenheid van de behandelaren, revalidanten, werkgevers en bedrijfsartsen. De conclusie van deze implementatiestudie is dat er weliswaar kleine aanpassingen nodig zijn, maar dat AGR goed te implementeren is in een revalidatiecentrum (Van Velzen et al., 2015a). Van de 34 ondervraagde behandelaren, revalidanten,

TABEL 1: DE BELANGRIJKSTE VERSCHILLEN TUSSEN DE AGR-METHODE EN RT-METHODE

	AGR	RT
Startmoment	Op de eerste dag van de (klinische of poliklinische) revalidatiebehandeling	Als de revalidant in staat is om zich thuis zelfstandig te redden, dus na afronding van de klinische revalidatie
Coördinatie van het arbeidsrevalidatie-proces	Wordt verzorgd door de re-integratiecoördinator. Hij of zij maakt deel uit van het behandelteam en heeft kennis van zowel NAH als van de relevante wet- en regelgeving	Wordt verzorgd door de behandelend ergotherapeut en neuropsycholoog van de revalidant
Betrokkenheid van stakeholders	De werkgever en de bedrijfsarts worden betrokken bij het AGR-proces. Informatie over het werk van de revalidant, de werkcapaciteiten en het AGR-proces wordt uitgewisseld. Bij de afronding van AGR ontvangen de patiënt, zijn of haar naaste, de werkgever en de bedrijfsarts advies met betrekking tot de voortzetting van het proces van terugkeer naar werk	Tijdens drie rondetafelbijeenkomsten (bij de start, halverwege en bij afronding van de RT-behandeling) worden de revalidant en zijn of haar naaste, werkgever, collega en bedrijfsarts geïnformeerd over de werkcapaciteiten van de revalidant. Tijdens de bijeenkomst wordt in overleg met elkaar een plan van aanpak voor de arbeidsre-integratie gemaakt
Locatie van de werk-training	In het revalidatiecentrum met behulp van worksamples. Indien mogelijk wordt de training voortgezet op de werkplek van de revalidant	Op de werkplek van de revalidant
Begeleiding tijdens de werktraining	Wordt geboden door leden van het interdisciplinaire revalidatiebehandelteam en/of een arbeidstrainer	De revalidant start onder begeleiding van een collega met het uitvoeren van taken op de werkvloer. Zij worden daarbij ondersteund vanuit het revalidatiecentrum door minimaal een ergotherapeut en een neuropsycholoog.
Duur van de arbeidsre-validatiebehandeling	Varieert per revalidant en hangt af van de duur van de totale revalidatiebehandeling en de voortgang met betrekking tot de terugkeer naar werk	Vier maanden

werkgevers en bedrijfsartsen geven er bovendien 32 aan dat zij verwachten dat het AGR-protocol geschikt is om mensen met NAH te helpen tijdens hun proces van terugkeer naar werk. De RT-methode werd ten tijde van het onderzoek al een aantal jaren gebruikt, daarom hoefde de bruikbaarheid niet meer onderzocht te worden.

De belangrijkste verschillen tussen de AGR- en de RT-methode zijn samengevat in tabel 1.

EVALUATIESTUDIE Er is een evaluatiestudie uitgevoerd om te onderzoeken of de verschillen in aanpak tussen de beide arbeidsrevalidatiemethoden ook leiden tot verschillen in uitkomst (Van Velzen, 2014). Daarbij is gekeken naar de snelheid van terugkeer naar werk (gedefinieerd als het aantal dagen tussen het oplopen van NAH en het weer uit gaan voeren van nuttige taken voor de werkgever), het aantal mensen dat terugkeert naar werk, tevredenheid van de

betrokkenen en kosten. Tussen juli 2011 en maart 2014 zijn in totaal 33 mensen gevolgd die zijn behandeld volgens een van beide arbeidsrevalidatiemethoden: 22 mensen volgens de AGR-methode en 11 volgens de RT-methode. Allen werkten bij een werkgever voordat het NAH is ontstaan. De werkgever en de bedrijfsarts zijn ook gevraagd mee te werken aan het onderzoek.

De resultaten van de evaluatiestudie staan vermeld in tabel 2. Daaruit blijkt dat de snelheid van terugkeer naar werk 206 dagen in de AGR-groep bedraagt en 190 dagen in de RT-groep. Tachtig tot negentig procent van de deelnemers is in staat om binnen een jaar na de start van de revalidatie weer te beginnen met werken. De deelnemers aan het onderzoek zijn tevreden met de geboden arbeidsrevalidatie-behandeling en met het resultaat van de behandeling voor de revalidant. De kosten van de arbeidsrevalidatie-behandeling bedragen gemiddeld € 2108 per revalidant in de AGR-groep

TABEL 2: UITKOMSTEN VAN DE EVALUATIESTUDIE

	AGR	RT
Snelheid van terugkeer naar werk	206 dagen (spreiding 59-509 dagen)	190 dagen (spreiding 66-446 dagen)
Percentage terugkeer naar werk (minimaal 1 uur in de week)		
3 maanden na start revalidatiebehandeling	32%	40%
6 maanden na start revalidatiebehandeling	58%	67%
9 maanden na start revalidatiebehandeling	79%	89%
12 maanden na start revalidatiebehandeling	88%	78%
De tevredenheid met de geboden arbeidsrevalidatie-behandeling ¹	8 punten (spreiding 6-9 punten) ¹	7 punten (spreiding 5-9 punten) ¹
Tevredenheid met het resultaat van de behandeling voor de revalidant ¹	8 punten (spreiding 6-9 punten) ¹	8 punten (spreiding 7-9 punten) ¹
Gemiddelde kosten van de arbeidsrevalidatie-behandeling per revalidant ²	€ 2108	€ 2165
Gemiddelde maatschappelijke kosten per revalidant, 18 maanden na de start van de revalidatiebehandeling ³	€ 28.947	€ 33.263

¹Uitgedrukt in een cijfer tussen de 1 (helemaal niet tevreden) en 10 (zeer tevreden)

²Bij deze berekening zijn alle behandelingen meegenomen waarin (mogelijk) aandacht is geweest voor (terugkeer naar) werk

³Bij deze berekening zijn naast de kosten van de behandeling ook de kosten meegenomen van andere begeleiding die de revalidant heeft gekregen in het kader van zijn of haar terugkeer naar werk (van een arts, behandelaar, werkgever, collega of mantelzorger), de reiskosten die samenhangen met de terugkeer naar werk, de kosten die gepaard gaan met het langer bezig zijn met, of hulp krijgen bij, het uitvoeren van handelingen van het dagelijks leven (zoals huishouden en persoonlijke verzorging) en de kosten die samenhangen met het ziekteverzuim van het werk

Het behandelteam van een revalidatiecentrum is multidisciplinair van aard

en € 2165 per revalidant in de RT-groep. De totale maatschappelijke kosten bedragen achttien maanden na de start van de revalidatie gemiddeld € 28.947 per revalidant in de AGR-groep en € 33.263 per revalidant in de RT-groep.

Geen van de verschillen tussen beide behandelmethoden is statistisch significant. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat het aantal deelnemers aan de evaluatiestudie beperkt was en dat het daardoor moeilijk is harde conclusies te trekken met betrekking tot het effect van beide methoden. Dat tachtig tot negentig procent van de deelnemers in staat is binnen een jaar na de start van de revalidatie een start te maken met het uitvoeren van werkzaamheden voor een werkgever, is wel veelbelovend.

CONCLUSIES

Samenvattend kunnen we zeggen dat, internationaal gezien, zo'n veertig procent van de mensen met NAH in staat is om terug te keren naar het eigen, aangepast of ander werk. Veel verschillende factoren spelen daarbij een rol. Mensen met NAH in Nederland ervaren de kennis en steun van collega's, leidinggevend en bedrijfs- en verzekeringsartsen als een belangrijke bevorderende factor. Het, in samenspraak met de werkgever en bedrijfsarts, starten van de begeleiding tijdens de revalidatie lijkt te helpen bij het zetten van de allereerste stap met betrekking tot terugkeer naar werk. Aangezien veel mensen met NAH (onzichtbare) cognitieve en emotionele of gedragsproblemen hebben, is de input van psychologen met kennis van NAH daarbij van groot belang.

ARBEIDSREVALIDATIE IN DE PRAKTIJK Als voorbeeld van hoe een arbeidsrevalidatieproces tijdens de revalidatie eruit kan zien en hoe de expertise van de psycholoog hierbij ingezet kan worden, wordt nu een beschrijving gegeven van de AGR-methode. Het toepassen van deze methode in de praktijk wordt vervolgens toegelicht aan de hand van een casusbeschrijving.

AGR bestaat uit vier fasen: 1) oriënteren op werk; 2) afstand tot werk in kaart brengen; 3) trainen van werk; 4) overdragen van re-integratievisie (Van Velzen et al., 2015b).

Fase 1: Oriënteren op arbeid

AGR start op de eerste dag van de (klinische of poliklinische) revalidatie. Tijdens de intake door de (revalidatie)arts wordt standaard gevraagd naar de werksituatie van de revalidant voor NAH. Indien werk aan de orde was en de arts van mening is dat de revalidant cognitief en fysiek belastbaar genoeg is voor het vervolg van het AGR-traject, wordt de re-integratiecoördinator ingeschakeld. De re-integratiecoördinator gaat in een gesprek dieper in op de werksituatie en de hulpvraag op het gebied van werk van de revalidant. In samenspraak met de revalidatiearts en het revalidatiebehandelteam wordt vervolgens besloten of het op dat moment zinvol is om AGR voort te zetten.

Fase 2: Afstand tot werk in kaart brengen

Wanneer AGR wordt voortgezet, neemt de re-integratiecoördinator – na toestemming van de revalidant – contact op met de werkgever en de bedrijfsarts. Samen met de werkgever wordt een profiel van de functie van de revalidant opgesteld waarna de leden van het revalidatiebehandelteam aangeven in hoeverre de revalidant op dat moment aan de functie-eisen kan voldoen. Van de (neuro)psycholoog wordt daarbij gevraagd uitspraak te doen over de benodigde cognitieve vaardigheden. De resultaten van het neuropsychologisch onderzoek dat bij de meeste mensen met NAH in het revalidatiecentrum wordt afgenomen, dienen daarbij meestal als input. Op basis van de verzamelde gegevens wordt gekeken of terugkeer naar werk mogelijk een optie is en worden, indien nodig, behandeldoelen op het gebied van arbeid vastgesteld.

Fase 3: Werktraining

Nadat behandeldoelen op arbeid gesteld zijn, wordt tijdens de behandeling in het revalidatiecentrum gestart met trainen, zowel tijdens de reguliere therapie als tijdens specifieke werktraining. Er wordt gestart met het trainen van basisvaardigheden die in het dagelijks leven vereist zijn maar bij arbeid een specifieke invulling krijgen (zoals concentreren, plannen en organiseren). Het trainen van deze vaardigheden maakt altijd deel uit van het revalidatieproces maar in geval van werktraining is arbeid heel duidelijk het middel (en het doel) om de training te realiseren. Tijdens de reguliere revalidatiebehandeling geleerde succesvolle

Mensen in Nederland met NAH ervaren de kennis en steun van collega's, leidinggevenden en bedrijfs- en verzekeringsartsen als een belangrijke bevorderende factor

compensatiestrategieën worden toegepast tijdens de werktraining.

Nadat de basisvaardigheden door de revalidant zijn behaald, wordt gestart met een training specifiek op het werk van de revalidant gericht. Daarbij wordt gebruik gemaakt van zogeheten *worksamples*: nagebootste arbeidssituaties die in overleg met de bedrijfsarts en werkgever bepaald worden. Wanneer de revalidant daaraan toe is, kan gestart worden met training op de werkplek zelf.

Fase 4: Afronding AGR

AGR wordt afgerond als de revalidant weer aan het werk is, als de revalidatiebehandeling stopt of als duidelijk is dat arbeidsre-integratie (nog) geen optie is. Bij afronding van AGR bespreekt de re-integratiecoördinator de re-integratievisie met de revalidant, werkgever en bedrijfsarts. In de re-integratievisie staat de mening van het revalidatiebehandelteam beschreven met betrekking tot de belangrijkste aandachtpunten op het gebied van werk en het vervolg van het re-integratietraject. Wanneer er sprake is van cognitieve beperkingen is de input van de psycholoog hierbij van groot belang.

Door de strikte scheiding tussen zorgverzekering en sociale verzekeringen is het niet mogelijk het volledige traject van terugkeer naar werk vanuit één bron te financieren. Na afronding van AGR moeten de revalidant, werkgever en bedrijfsarts samen bepalen hoe het re-integratietraject voortgezet gaat worden. Omdat door de begeleiding in het revalidatiecentrum al aangrijpingspunten voor het re-integratietraject duidelijk zijn, kan daarbij heel gericht worden gewerkt. Met gelden vanuit de sociale wetgeving of met financiering van de werkgever is eventueel aanvullende begeleiding vanuit het revalidatiecentrum in te kopen.

AFSLUITEND Nu uit het onderzoek is gebleken dat al tijdens de revalidatie een eerste stap terug naar arbeid gezet kan worden wanneer hier specifiek aandacht aan wordt besteed, is het belangrijk om te kijken of de mensen die beginnen met werken het werk ook op langere termijn vol kunnen houden. Daarnaast moet gekeken worden of ook mensen met NAH die niet in een revalidatiecentrum terechtkomen, bijvoorbeeld omdat de gevolgen van het NAH in eerste instantie mee lijken te vallen, ook de juiste begeleiding kunnen krijgen. Het is bij NAH namelijk niet ongebruikelijk dat er na verloop van tijd alsnog problemen ontstaan, bijvoorbeeld als er iets in het werk of in de gezinssituatie verandert en iemand moeite heeft om zich daaraan aan te passen. Het zal niet altijd direct

EEN CASUS

John (52 jaar) wordt opgenomen voor klinische revalidatie na een beroerte. Uit het neuropsychologisch onderzoek blijkt dat er sprake is van een visueel neglect waardoor hij zich verminderd bewust is van de linkerzijde van zijn lichaam en zijn omgeving en van beperkingen op het vlak van informatieverwerking, aandacht, planning en het uitvoeren van dubbeltaken. John is leidinggevende in één van de grootste en drukste vestigingen van een winkelketen. Wanneer het functieprofiel en het persoonsprofiel van John naast elkaar worden gelegd blijkt dat terugkeer naar de oude functie op korte termijn niet reëel is. John, de bedrijfsarts en de werkgever zijn het hiermee eens. In gezamenlijk overleg wordt besloten een alternatieve functie binnen het bedrijf te proberen: een administratieve functie op het hoofdkantoor.

De werkgever stelt een in het bedrijf gebruikt computersysteem beschikbaar zodat John gericht kan oefenen tijdens de werktraining. Na enkele weken training is John in staat om op het hoofdkantoor van het bedrijf verder te oefenen. De strategieën die hij geleerd heeft tijdens de werktraining past hij toe in het bedrijf en de problemen waar hij tegenaan loopt in het bedrijf bespreekt hij in het revalidatiecentrum.

Bij de afronding van AGR bespreekt de re-integratiecoördinator de re-integratievisie met John, de bedrijfsarts en de werkgever. Tijdens de werktraining is gebleken dat het uitvoeren van werkzaamheden mogelijk is mits er rekening gehouden wordt met de belastbaarheid van John. Mede door de ervaringen opgedaan tijdens de training kunnen zij zich vinden in de visie van het behandelteam. Op aanraden van het revalidatiebehandelteam wordt besloten tot de inzet van een jobcoach. Samen met de bedrijfsarts begeleidt die coach John, en de werkgever, bij de verdere opbouw van de werkzaamheden. John kan hierdoor enkele dagen per week blijven werken, tot tevredenheid van hemzelf, zijn gezin en zijn werkgever.

duidelijk zijn dat een eerder opgelopen (mild) NAH daar de oorzaak van kan zijn.

Aanbevolen wordt dat er een netwerk van hulpverleners komt waar mensen met NAH en vragen op het gebied van werk, terecht kunnen. Gezien de specialistische kennis van psychologen op het gebied van cognitieve, emotionele en gedragsproblemen is het goed denkbaar dat psychologen deel uit gaan maken van dat netwerk. Vanuit de samenwerking binnen het netwerk kan dan geprobeerd worden om zoveel mogelijk mensen met NAH duurzaam terug naar werk te begeleiden.

OVER DE AUTEUR

Dr. Judith van Velzen is bewegingswetenschapper en als senior onderzoeker werkzaam bij Heliomare Research & Development in Wijk aan Zee. Daarnaast is ze als onderzoeker verbonden aan het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid van het AMC/UvA in Amsterdam. Onderhavig artikel is gebaseerd op haar proefschrift *Return to work after acquired brain injury* dat zij op 3 december 2014 met succes verdedigde. Haar (co-) promotoren waren prof. dr. Monique Frings-Dresen, prof. dr. Coen van Bennekom en prof. dr. Judith Sluiter. Het proefschrift is in te zien via www.heliomare.nl/rend-werk-na-NAH of op te vragen via j.van.velzen@heliomare.nl of Heliomare R&D, Postbus 78, 1940 AB Beverwijk.

Summary

RETURN TO WORK AFTER ACQUIRED BRAIN INJURY J.M. VAN VELZEN

Acquired brain injury (ABI) is known to be one of the most disabling diseases, affecting neurological, psychiatric and cognitive functions. As a result, returning to normal life, including work, is not always self-evident. Because specialized ABI knowledge is available from the team of professionals of a rehabilitation centre, it can be expected that part of the return to work support can be provided during rehabilitation. In her thesis, Judith van Velzen performed several studies to provide insight into the process of return to work after ABI, and the possibilities of supporting the return to work process of people with ABI during rehabilitation. She also gave a description of an early vocational rehabilitation intervention and illustrated it by providing a case description.

Literatuur

- Carlier, J.M. & Kramer, G.J.A. (2006). *Hersenletsel hoe nu verder? Model voor de organisatie van zorg in het ziekenhuis rondom de neuropsychologische gevolgen van hersenletsel*. Utrecht: Prismant.
- Cifu, D.X., Keyser-Marcus, L., Lopez, E., Wehman, P., Kreutzer, J.S., Englander, J. & High, W. (1997). Acute predictors of successful return to work 1 year after traumatic brain injury: a multicenter analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78, 125-131.
- Corrigan, J.D., Bogner, J.A., Mysiw, W.J., Clinchot, D. & Fugate, L. (2001). Life satisfaction after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 16, 543-555.
- Fadyl, J.K. & McPherson, K.M. (2009). Approaches to vocational rehabilitation after traumatic brain injury: a review of the evidence. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 24, 195-212.
- Goossens, P.H., Donker-Cools, B.H.P.M., Van Velzen, J.M. & Wind, H. (2012). De richtlijn Niet-Aangeboren Hersenletsel (NAH) en Arbeidsparticipatie (2011): Wat is relevant voor de revalidatiegeneeskunde? *Nederlands Tijdschrift voor Revalidatiegeneeskunde*, 34, 32-36.
- Jones, C. (1979). Glasgow Coma Scale. *The American Journal of Nursing*, 79, 1551-1553.
- Shames, J., Treger, I., Ring, H. & Giaquinto, S. (2007). Return to work following traumatic brain injury: trends and challenges. *Disability and Rehabilitation*, 29, 1387-1395.
- Steadman-Pare, D., Colantonio, A., Ratcliff, G., Chase, S. & Vernich, L. (2001). Factors associated with perceived quality of life many years after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 16, 330-342.
- Stokman, M., Verhoeff, H. & Heineke, D. (2011). *Navigeren naar Herstel. Bouwstenen voor clientgerichte en samenhangende zorg ten behoeve van mensen met een hersenletsel*. Den Haag: Hersenstichting Nederland.
- Treger, I., Shames, J., Giaquinto, S. & Ring, H. (2007). Return to work in stroke patients. *Disability and Rehabilitation*, 29, 1397-1403.
- Tyerman, A. (2012). Vocational rehabilitation after traumatic brain injury: models and services. *NeuroRehabilitation*, 31, 51-62.
- Van Bennekom, C.A.M. & Van Heugten, C.M. (2006). Revalidatie na een beroerte 1: langetermijengevolgen. In: C.L. Franke & M. Limburg (Eds.). *Handboek Cerebrovasculaire aandoeningen* (p. 317-330). Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Velzen, J.M. (2014). *Return to work after acquired brain injury*. (Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam). Enschede: Ipskamp.
- Van Velzen, J.M., Van Bennekom, C.A., Edelaar, M.J., Sluiter, J.K. & Frings-Dresen, M.H. (2009a). Prognostic factors of return to work after acquired brain injury: a systematic review. *Brain Injury*, 23, 385-395.
- Van Velzen, J.M., Van Bennekom, C.A., Edelaar, M.J., Sluiter, J.K. & Frings-Dresen, M.H. (2009b). How many people return to work after acquired brain injury?: a systematic review. *Brain Injury*, 23, 473-488.
- Van Velzen, J.M., Van Bennekom, C.A., Van Dormolen, M., Sluiter, J.K. & Frings-Dresen, M.H. (2011). Factors influencing return to work experienced by people with acquired brain injury: a qualitative research study. *Disability and Rehabilitation*, 33, 2237-2246.
- Van Velzen, J.M., Van Bennekom, C.A., Van Dormolen, M., Sluiter, J.K. & Frings-Dresen, M.H. (2015a). Evaluation of the implementation of the protocol of an early vocational rehabilitation intervention for people with acquired brain injury. *Disability and Rehabilitation*, Mar 4:1-9. [Epub ahead of print].
- Van Velzen, J.M., Van Bennekom, C.A., Sluiter, J.K. & Frings-Dresen, M.H. (2015b). Early vocational rehabilitation after acquired brain injury: a structured and interdisciplinary approach. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 42, 31-40.
- Wilken, J.P. & Kessels-Buikhuisen, M. (1994). Niet-aangeboren hersenletsel in beeld. In: R. Cremer. *Hersenaandoeningen* (p.8). In: J.H.B.M. Willems, N.H.T. Croon, J.W. Korten (Eds.). *Handboek Arbeid en Belastbaarheid* (D4). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- World Health Organization (2002). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: WHO.

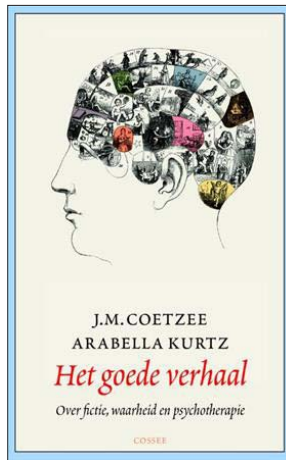
BOEKEN

Levensverhalen

Het goede verhaal. Over fictie, waarheid en psychotherapie

Door: J.M. Coetzee en A. Kurtz (2014;
vertaling P. Bersma en J. Poort)
Amsterdam: Cossee, 224 p.

Recensent: Karel Soudijn



Een literator en een psychoanalytica bundelden hun onderlinge correspondentie. J.M. Coetzee begint met een provocerende vraag: 'Wat zijn de eigenschappen van een goed (een plausibel, of zelfs boeiend) verhaal?' Arabella Kurtz zegt niet meteen dat zij hier minder verstand van heeft dan Nobelprijswinnaar Coetzee. Kurtz draait er omheen. Zij begint over de taak van de psychoanalyse. Deze zou moeten trachten om 'de diepste waarheid te vertellen', of om de weerstand daartegen te analyseren.

Coetzee staat wel sympathiek tegenover psychoanalyse, maar in de loop van hun correspondentie wijst hij Kurtz ook op de beperkingen ervan. Zij legt hem dan maar weer eens uit wat de denkbeelden zijn van bepaalde psychoanalytische auteurs. Tegen het einde van hun correspondentie doet Coetzee pogingen om tot een conclusie te komen. Hij schrijft: 'De cirkel van de gedachtewisseling tussen jou en mij begint rond te worden. Jij lijkt er onverminderd op te vertrouwen dat we kunnen leren "onszelf te zijn". Was het maar zo eenvoudig, zeg ik bij mezelf. Naar mijn idee is het voldoende als we genoeg nemen met ficties over onszelf waarmee we min of meer comfortabel kunnen leven, ficties die zonder frictie interageren met de ficties over degenen om ons heen' (p. 196).

Dit boek levert geen eenvoudige antwoorden. Wel komen in deze correspondentie prachtige, ingewikkelde kwesties aan de orde. Bijvoorbeeld de vraag hoeveel speelruimte wij eigenlijk hebben als we ons eigen levensverhaal herzien. Ik kan mezelf wijsmaken, dat ik vanaf mijn vroegste jeugd op mijn handen kan lopen. Als ik dit zou beweren, val ik echter snel door de mand. Er bestaat namelijk geen enkel bewijs (geen filmpje, geen getuigenverklaring) dat het me ooit is gelukt om me zo voort te bewegen. Maar daarmee is nog niet duidelijk welke verhalen ik wél over mezelf kan vertellen. Het boek bevat ook 'ongemakkelijke' problemen. Bijvoorbeeld: wat betekent het om geconfronteerd te worden met gedrag van voorouders dat destijds heel normaal werd gevonden, maar nu als misdadig geldt?

Coetzee lijkt Kurtz haar veilige spreekkamer te willen uitjagen, want in de wereld valt meer te beleven dan wat psychoanalytici te horen krijgen. Kurtz, op haar beurt, vergeet vaak om in deze correspondentie slim door te vragen. Zij verdedigt uit alle macht de psychoanalyse. Heet dat 'weerstand'?

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

Goed in je vel (werkboek en trainingshandleiding)

Door: I. Wösten en C. van Ree (2015)
Amsterdam, Boom, 56 resp. 81 p.

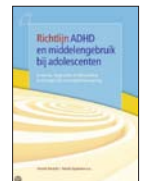
Deze set boeken is een groepsbehandeling ontwikkeld voor jongeren van twaalf tot ongeveer zestien jaar die last hebben van lichamelijke klachten die niet (volledig) verklaard worden door medisch onderzoek.



Richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten

Door: V. Hendriks, R. Spijkerman e.a. (2015)
Utrecht: Perspectief, 132 p.

Ook verkrijgbaar: de Handleiding bij het protocol en een Werkboek. Deze richtlijn (opgebouwd uit 22 hoofdvragen met antwoorden) is een leidraad voor de screening, diagnostiek en behandeling van jongeren met ADHD en problematisch middelengebruik of verslaving.



Meer rust en minder stress bij autisme

Door: M. Boxhoorn (2015)
Amsterdam: Hogrefe, 175 p.

Mensen met autisme weten vaak niet waar ze stress aan kunnen herkennen, wat de oorzaken ervan zijn en wat ze eraan kunnen doen. Dit boek biedt een praktisch stappenplan om meer rust te creëren.





Het brein. Van farao tot fMRI

Door: K. Brunia (2015)

Delft: Eburon, 526 p.

Dit boek laat zien hoe de mens steeds op zoek is geweest naar de relatie tussen gedrag en hersenfuncties. Het behandelt vragen van technische, filosofische en ethische aard die gepaard gaan met die zoektocht.



Dagelijkse rituelen

Door: M. Currey (2015)

Amsterdam: Maven, 319 p.

In dit boek zijn alle routines, gewoonten en obsessies van bekende creatieven verzameld die hen door het scheppingsproces hebben geholpen. Ter troost én inspiratie voor alle medeploeters.



Vind je aan/uit knop!

Door: P. Klijnsen e.a.

Anderz, 166 p.

Hoe switch je in lastige situaties naar effectief gedrag, in plaats van 'uit' te gaan? Dit boek biedt praktijkvoorbeelden en oefeningen die de lezer kunnen helpen om naar believen te switchen naar effectief gedrag.

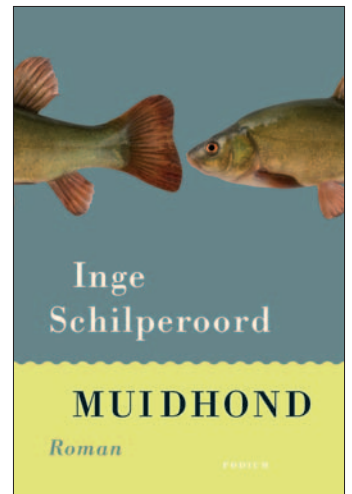
Diffuse grenzen van goed en kwaad

Muidhond

Door: I. Schilperoord (2015)

Amsterdam: Podium, 221 p.

Recensent: Else de Jonge



Fotograaf Joost van den Broek won in 2012 de Zilveren Camera met een treffende verbeelding van het *gesundes Volksempfinden*: een foto van demonstrerende buurtbewoners voor het huis van een bestuurslid van Martijn, de pedovereniging die in 2014 definitief verboden werd. Meer dan een groep mensen drukt Van den Broeks foto behaaglijke eensgezindheid uit over wie er deugt en wie niet, en een prettig, gedeeld besef dat men zelf toch maar mooi aan de juiste kant van het morele spectrum staat.

De lezer van *Muidhond*, het literaire debuut van journaliste en forensisch psychologe Inge Schilperoord (1973), moet het zonder de morele instemming van de burens stellen. Die wordt uitgenodigd zich alleen in de beklemmende wereld van Jonathan te begeven, een pedofiele zedendelinquent. Hij is bij gebrek aan bewijs vrijgesproken van behandeling in een tbs-kliniek. Het verhaal begint op de dag dat Jonathan de gevangenis verlaat en weer bij zijn moeder intrekt.

Jonathan wil een beter mens worden. Hij zoekt houvast in de natuur en bij het therapiewerkboek dat hij van de gevangenispsycholoog heeft meegereggen. Er staan instructies in over 'hoe hij zich moet gedragen' en over 'wat goed is en wat niet'. Dat Jonathan niet alles begrijpt, weerhoudt hem er niet van regelmatig opdrachten te maken, in de hoop dat dit zal bijdragen aan de zo gewenste verandering.

De hopeloosheid van Jonathans voornemens zijn van meet af aan voelbaar, zoals de man zelf ook vanaf de eerste pagina ontroert en empathie opwekt, al wordt steeds duidelijker dat hij niet ongevaarlijk is. Schilperoord laat haar protagonist met precisie ten onder gaan. Het eenzame buurmeisje, de goedbedoelende maar machteloze moeder, de kwijnende muidhond in het aquarium op Jonathans kamer, maar ook het duinlandschap, het licht en de alsmaar drukkender hitte: alle elementen in dit hoogst literaire universum dragen bij aan Jonathans uiteindelijke debacle. *Muidhond* is te lezen als een literair-psychologisch portret van een zedendelinquent, maar gaat evengoed over universeler thema's als eenzaamheid en uitsluiting, de diffuse grenzen van goed en kwaad en de gespannen verhouding tussen willen en kunnen. Een prachtig boek, dat de lezer verslagen achterlaat.

Else de Jonge is freelance journalist en tekstschrijver. E-mail: mail@elsedejonge.nl.

PSYCHE & BREIN

NU 1 JAAR
VOOR MAAR €29



In Psyche&Brein

leest u bijdragen van **gerenommeerde** deskundigen en **wetenschapsauteurs**. Het blad wordt gemaakt in samenwerking met Scientific American MIND, Spectrum der Wissenschaft en hun internationale edities.

Psyche&Brein is een **tijdschrift** over **psychologie** en

hersenenwetenschap, maar

publiceert ook artikelen over opvoeding en gezondheid. Het richt zich tot iedereen met een bijzondere interesse voor ons brein, professionals en leken. **Actueel onderzoek** en **spraakmakende thema's** staan centraal.

Kenmerkend zijn de interdisciplinaire aanpak, de fraaie illustraties en de verhelderende infografieken.

U ontvangt 1 jaar Psyche&Brein voor maar €29 (incl. btw)

Abonneren kan via

www.eoswetenschap.eu/depsycholoog

P&B verschijnt 6 keer per jaar. Alle edities vind je op www.eoswetenschap.eu

* actievoorwaarden geldig tot 30/12/2015

FORUM

RICHTLIJN BARIATRISCHE PSYCHOLOGIE

De richtlijn 'Bariatrische Psychologie' is januari jongstleden geautoriseerd door het Nederlands Instituut van Psychologen.¹ Deze richtlijn is daarmee maatgevend geworden voor alle psychologen die zich in Nederland bezighouden met de zorg rond de morbide obese patiënt die in aanmerking wil komen voor een operatieve ingreep die bekend staat onder de naam 'bariatrische chirurgie'. In deze forumbijdrage wordt kort stilgestaan bij de achtergrond van de richtlijn. Ook worden de belangrijkste bevindingen en adviezen van de richtlijn benoemd en toegelicht.

ACHTERGROND Op dit moment is een bariatrische ingreep, en meer in het bijzonder een *gastric bypass*-operatie, de meest succesvolle behandeling voor morbide obesitas (Janssen et al., 2014). In aanmerking komen patiënten met een Body Mass Index (BMI) ≥ 35 met somatische complicaties zoals diabetes mellitus type 2 of patiënten met een BMI=40. Een belangrijke

positieve indicatie is dat eerdere conservatieve behandelingen geen blijvend succes hebben opgeleverd. Sinds begin deze eeuw wordt vooral de *gastric bypass* (GBP) op steeds grotere schaal in Nederland uitgevoerd. Bij deze operatieve methode wordt de maag verkleind tot ongeveer 30-50 cc zodat patiënten nog slechts kleine hoeveelheden voedsel per eetmoment nuttigen. Om

ervoor te zorgen dat van het voedsel dat toch gegeten wordt, minder calorieën worden opgenomen, wordt de darm deels omgeleid. Andere methoden zijn de *gastric sleeve* en de maagband.

Tot op heden is in Nederland de functie van de psycholoog in de zorg rond de bariatrische patiënt niet of nauwelijks omschreven, hoewel in de multidisciplinaire



'Richtlijn Obesitas' alsook in de 'Richtlijn Bariatrische chirurgie' het belang van de psycholoog voor diagnostiek en behandeling wordt onderstreept (CBO, 2008; NVvH, 2011). De huidige richtlijn wil als monodisciplinaire richtlijn in deze leemte voorzien. Zij is tot stand gekomen op initiatief van de Nederlandse Werkgroep Bariatrische Psychologie (NWBp). De NWBP is in 2007 opgericht vanuit het idee om de zorg voor de bariatrische patiënt in het algemene ziekenhuis te borgen en uniformeren. In 2012 heeft een deel van de werkgroep plaatsgenomen in de richtlijncommissie. In totaal hebben er dertien gezondheidszorg- en klinisch psychologen uit negen verschillende ziekenhuizen actief meegewerkt aan de richtlijn. Vervolgens is er toenadering gezocht met andere partijen die zich buiten het algemene ziekenhuis bezighouden met psychologische zorg rond de bariatrische chirurgie. Dit heeft erin geresulteerd dat een afgevaardigde van de Nederlandse Obesitas Kliniek tevens plaats heeft genomen

in de richtlijncommissie.

In de richtlijn worden op basis van de beschikbare evidentie adviezen gegeven en aanbevelingen gedaan over hoe de psychologische zorg rond de bariatrische patiënt vorm gegeven dient te worden. In de richtlijn wordt een onderscheid gemaakt tussen de organisatie van de zorg, de preoperatieve diagnostiek en behandeling en de postoperatieve monitoring en behandeling. De belangrijkste bevindingen en adviezen zijn in respectievelijk kader 1 en kader 2 samengevat.

ORGANISATIE Morbide obesitas is een zeer complexe chronische ziekte, die door verschillende medisch-somatische, psychische, sociale en maatschappelijke factoren tot stand komt en wordt onderhouden. De ziekte is complex vanwege de ingewikkelde samenhang tussen al deze factoren (Sarwer, Wadden & Fabricatore, 2005). De patiëntenpopulatie is heterogeen en psychiatrische stoornissen komen aanzienlijk vaker voor dan bij mensen met een gezond gewicht

(Pull, 2010). Van de patiënten die zich aanmelden voor bariatrische chirurgie heeft dertig procent een psychiatrische DSM-IV-classificatie (angst-, stemmings-, eet-, persoonlijkheidsstoornis) en ongeveer de helft van de mensen heeft in het verleden klachten gehad die een DSM-IV-classificatie rechtvaardigde (Mitchell et al., 2012).

Gezien de complexiteit wordt een multidisciplinair voor- en natraject aanbevolen waarin, naast de chirurg en internist, de klinisch psycholoog een integraal onderdeel uitmaakt van een multidisciplinair team binnen het ziekenhuis (Neff, Olbers & le Roux, 2013). Het multidisciplinair team moet in staat zijn een samenhangend zorgaanbod binnen de kliniek en polikliniek van het ziekenhuis te garanderen (Greenberg, Sogg & Perna, 2009).

PREOPERATIEVE DIAGNOSTIEK Uitgangspunt van de psychodiagnostische screening is dat er een goede somatische indicatie is voor een bariatrische ingreep. Toch kun-

KADER 1. BELANGRIJKSTE BEVINDINGEN

- Morbide obesitas is een chronische ziekte met een multifactoriële etiologie;
- Bariatrische chirurgie en met name de *gastric bypass*-operatie is op dit moment de meest effectieve ingreep voor gewichtsreductie bij morbide obesitas;
- Morbide obesitas gaat gepaard met somatische en psychiatri-

- sche comorbiditeit;
- Mensen met ernstige psychopathologie in het algemeen en mensen met een eetbuistoornis in het bijzonder profiteren minder van een bariatrische ingreep door een slechtere compliance aan beweeg- en dieetadviezen;
- 15-20% van de patiënten weet niet voldoende te profiteren

- van een *gastric bypass* operatie wat met name komt door het niet nakomen van dieet- en beweegadviezen;
- Psychotherapeutische interventies voor ongecontroleerd eetgedrag voorafgaand aan een bariatrische ingreep hebben een positief effect op de resultaten van de operatie.

nen er zwaarwegende psychologische/psychiatrische argumenten zijn die pleiten tegen een operatie op dit moment. Psychodiagnostiek voorafgaand aan een bariatrische ingreep is daarom noodzakelijk (LeMont et al., 2004; Pataky, Carrard & Golay, 2011). Tussen de tien en twintig procent van de patiënten krijgt een negatieve indicatie (uitstel dan wel afstel) voor bariatrische chirurgie. De meest voorkomende redenen daarvoor zijn zich overeten als coping voor stress en emoties, een actuele eetstoornis of andere psychopathologie die op de voorgrond staat, aanwezigheid van significante life stressoren en/of tekort aan inzicht in risico's en postoperatieve maatregelen (Zimmerman et al., 2007).

Het doel van de psychodiagnostische screening is het achterhalen van risicofactoren die (a) een optimaal resultaat qua gewichtsverlies in de weg kunnen staan en (b) het risico op postoperatieve psychologische complicaties vergroten. Daarbij is de *Cleveland Clinical Behavioral Rating System* een waardevol instrument waarmee aandachtsgebieden zoals beslisvaardigheid, verwachtingen, sociale steun, eetgedrag en copingvaardigheden in kaart kunnen worden gebracht (Aarts et al., 2014). Speciale aandacht verdienen aspecten zoals ernstige psychopathologie, laagbegaafdheid en non-compliance. Ook zijn er risicogroepen die specifieke aandacht behoeven zoals de superobese patiënten ($BMI > 50$) en jongvolwassenen (zie de Richtlijn voor nadere toelichting).

PREOPERATIEVE BEHANDELING

Gezien het verband tussen psychopathologie en postoperatieve uitkomsten is preoperatieve psychologische behandeling geïndiceerd bij op de voorgrond staande psychopathologie zoals middelenmisbruik, ernstige stemmings- of eetstoornissen die compliance en adequate aanpassing aan de veranderde (lichamelijke) omstandigheden/condities na de operatie in de weg staan. Daarbij kan de preoperatieve behandeling, waaronder de eis preoperatief af te vallen, ook gebruikt worden als toetsing van de compliance.

Verder is er evidentie dat cognitief gedragstherapeutische interventies een positief effect hebben op het vergroten van de zelfcontrole bij

Tot op heden is in Nederland de functie van de psycholoog in de zorg rond de bariatrische patiënt niet of nauwelijks omschreven

KADER 2. BELANGRIJKSTE ADVIEZEN

- Gezien de complexiteit van de aandoening en de aanwezige somatische en psychiatrische comorbiditeit dient een klinisch psycholoog (specialist BIG, artikel 14) met specifieke kennis integraal onderdeel uit te maken van een multidisciplinair team binnen een ziekenhuis;
- Doe psychodiagnostisch onderzoek met als doel het stellen van contra-indicaties, geven van psycho-educatie, inventariseren en stimuleren van de motivatie en eigen verantwoordelijkheid en de indicatiestelling voor aanvullende behandeling pre- dan wel postoperatief;
- Extra aandacht moet uitgaan naar patiënten met ernstige psychopathologie, $BMI > 50$, jonge leeftijd (18-22 jaar), laagbegaafdheid en die preoperatief non-compliant zijn;
- Verricht op indicatie aanvullende psychodiagnostiek met behulp van psychologisch (test)onderzoek;
- Psychopathologie in het algemeen (ernstige stemmingsklachten/angststoornissen) dient preoperatief behandeld te worden indien het duurzame gedragsverandering in de weg staat;
- Eetstoornissen en middelenmisbruik dienen vooraf behandeld te worden;
- Monitoring (middels nieuwe technieken) van het gewicht, naleving en psychopathologie dient direct na de bariatrische ingreep te beginnen en moet ook op middellange en lange termijn plaatsvinden.

mensen met bijvoorbeeld eetbuien. Dat kan de resultaten van een GBP op de lange termijn verbeteren (Ashton et al., 2011).

POSTOPERATIEVE MONITORING EN BEHANDELING Hoewel bariatrische chirurgie over het algemeen een succesvolle ingreep is voor langdurig gewichtsverlies, is er een substantieel aantal patiënten (15-20% bij een GBP; bij een maagband ligt dat percentage nog hoger) dat op de langere termijn niet optimaal (< 30% totaal gewichtsverlies) weet te profiteren van een operatie (Mor et al., 2012). Gevolgen kunnen zijn: onvoldoende verbetering in kwaliteit van leven, blijvende bewegingsbeperkingen, problemen in het seksueel functioneren en geen substantiële toename van arbeidsparticipatie of vermindering van de zorgconsumptie.

Suboptimale resultaten na een bariatrische ingreep hebben een multifactoriële etiologie en lijken meer te maken te hebben met de naleving van dieet- en bewegeadvies dan met chirurgische factoren zoals de grootte van de restmaag. Het niet nakomen van dieet- en bewegeadvies na een bariatrische ingreep komt veelvuldig voor (Aarts et al., 2015) en hangt samen met minder gewichtsverlies en een lagere kwaliteit van leven postoperatief. Monitoring heeft tot doel problemen vroegtijdig te signaleren en interventies gericht in te kunnen zetten om naleving en het resultaat van een bariatrische ingreep te verbeteren.

BESLUIT

Bariatrische chirurgie is op dit moment de enige interventie voor morbide obesitas die op lange termijn succesvol is. Niettemin weten niet alle patiënten daarvan voldoende te profiteren. Een belangrijke oorzaak daarvoor is gelegen in de psychische problematiek die zowel preoperatief alsook postoperatief aanwezig kan zijn. Om het behandelresultaat van bariatrische chirurgie te optimaliseren en zorgkosten niet onnodig te verspillen, wordt in de 'Richtlijn Bariatrische Psychologie' daarom bepleit dat voor de operatie een zorgvuldige psychologische screening plaatsvindt, een multidisciplinair na-traject gevolgd wordt en het psychologische beloop van de patiënt gemonitord wordt, teneinde eventueel postoperatief optredende psychische problematiek, gedragsproblemen en non-compliance tijdig op te sporen en te behandelen.

Deze activiteiten behoren bij uitstek tot het taakgebied van de als gz-psycholoog en specialist geregistreerde klinisch psycholoog. In lijn met wat gebruikelijk is bij de somatisch specialismen wordt aanbevolen om diagnostiek, begeleiding en controle onder

eindverantwoordelijkheid/supervisie van een klinisch psycholoog (specialist BIG, artikel 14) te laten plaatsvinden die deel uitmaakt van het multidisciplinair team. In veel gevallen zullen (een deel van) de werkzaamheden naar een gz-psycholoog gedelegeerd kunnen worden die in voorkomende gevallen een beroep kan doen op de klinisch psycholoog.

OVER DE AUTEURS

Dr. Chris Hinnen is als klinisch psycholoog verbonden aan het Slotervaart Ziekenhuis in Amsterdam. Dr. Peter Daansen is als klinisch psycholoog werkzaam bij PsyQ/Nederlandse Obesitas Kliniek in Den Haag. Drs. Sjoerd Salet werkt als klinisch psycholoog bij Atrium Medisch Centrum in Heerlen. Correspondentie aangaande dit artikel: Chris Hinnen, Slotervaart Ziekenhuis, afdeling Medische Psychoogie/Ziekenhuispsychiatrie, Louwesweg 6, 1066 EC Amsterdam. E-mail: chris.hinnen@slz.nl.

REAGEREN?

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

¹ De richtlijn is samengesteld in opdracht van de Nederlandse Werkgroep Bariatrische Psychologie (NIP sectie PAZ). De richtlijn commissie bestond uit 14 klinisch psychologen en gezondheidszorg psychologen uit 8 ziekenhuizen en een vertegenwoordiger van de Nederlandse Obesitas Kliniek.

Literatuur

- Aarts, F., Hinnen, C., Gerdes, V.E.A., Acherman, Y. & Brandjes, D.P.M. (2014). Psychologists' evaluation of bariatric surgery candidates influenced by patients' attachment representations and symptoms of depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 21(1), 116-123.
- Aarts, F., Geenen, R., Gerdes, V.E.A., van der Laar, A., Brandjes, D.P.M. & Hinnen, C. (2015). Attachment anxiety predicts poor adherence to dietary recommendations: an indirect effect on weight change 1 year after gastric bypass surgery. *Obesity Surgery*, 25(4), 666-672.
- Ashton, K., Heinberg, L., Windover, A. & Merrell, J. (2011). Positive response to binge eating intervention enhances postoperative weight loss. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 7(3), 315-320.
- cbo (2008). *Richtlijn Diagnostiek en behandeling van morbiditas bij volwassenen en kinderen*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Janssen, M., Janssen, I., Aarts, E. & Daansen, P. (2014). Operatieve behandeling van morbiditas obesitas. *Directieve therapie*, 34, 113-129.
- LeMont, D., Moorehead, M.K., Parish, M.S., Reto, C.S. & Ritz, S.J. (2004). *Suggestions for the pre-surgical psychological assessment of bariatric surgery candidates*. American Society for Bariatric Surgery.
- Mitchell, J.E., Selzer, F., Kalarchian, M.A., Devlin, M.J., Strain et al. (2012). Psychopathology before surgery in the longitudinal assessment of bariatric surgery-3 (LABS-3) psychosocial study. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 8(5), 533-541.
- Mor, A., Sharp, L., Portenier, D., Sudan, R. & Torquati, A. (2012). Weight loss at first post-operative visit predicts long-term outcome of roux-en-Y gastric bypass using duke weight loss surgery chart. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 8(5), 556-560.
- NVvH (2011). *Richtlijn morbiditas obesitas*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Heelkunde.
- Pataky, Z., Carrard, I. & Golay, A. (2011). Psychological factors and weight loss in bariatric surgery. *Current Opinion in Gastroenterology*, 27(2), 167-173.
- Sarwer, D., Wadden, T. & Fabricatore, A. (2005). Psychosocial and behavioral aspects of bariatric surgery. *Obesity Research*, 13(4), 639-648.
- Zimmerman, M., Francione-Witt, C., Chelminski, L., Young, D., Boerescu, D. et al. (2007). Pre-surgical psychiatric evaluations of candidates for bariatric surgery, part 1: Reliability and reasons for and frequency of exclusion. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(10), 1557-1562.

PUBLICATIEPRIJS VOOR JONGE AUTEURS

De redactie van De Psycholoog wil jong talent in de psychologie aanmoedigen tot het schrijven van goede en originele artikelen in de Nederlandse taal. In 1995 heeft de redactie daarom een tweejaarlijkse Publicatieprijs voor aankomende auteurs ingesteld die in 2015 voor de tiende keer zal worden uitgelooft. De prijs bestaat uit publicatie als hoofdartikel in De Psycholoog en een bedrag van € 1250.-.

De ingezonden artikelen worden beoordeeld door een deskundige jury onder leiding van de hoofdredacteur van De Psycholoog. Daarbij wordt gelet op inhoudelijke en stilistische kwaliteit, originaliteit en de mate waarin zij van belang zijn voor een breed publiek van psychologen. Het winnende manuscript wordt als hoofdartikel geplaatst in het decembernummer. Elk ingezonden manuscript wordt beoordeeld en komt, na de gebruikelijke reviewprocedure, eventueel voor plaatsing in aanmerking. Over beslissingen van de jury is geen correspondentie mogelijk.

INGEZONDEN MANUSCRIPTEN DIENEN AAN DE VOLGENDE VOORWAARDEN TE VOLDOEN.

1. Het artikel biedt een gedegen overzicht van een psychologisch relevant onderwerp, waarin recent onderzoek, literatuur, theorievorming en/of toepassingen op originele wijze worden besproken.
2. De lengte van het artikel bedraagt maximaal 4500 woorden (exclusief referenties).
3. Het is geschreven in goed Nederlands door een junior-psycholoog, niet eerder afgestudeerd dan 1 augustus 2010.
4. Het manuscript moet uiterlijk op 1 september 2015 zijn ingediend volgens de geldende richtlijnen voor auteurs. Uitgebreide richtlijnen kunnen bij de redactie worden aangevraagd, en zijn ook te vinden op internet (www.tijdschriftdepsycholoog.nl, bij de sectie 'voor auteurs').
5. Het manuscript mag niet elders zijn aangeboden of gepubliceerd.

MANUSCRIPTEN KUNNEN TOT 1 SEPTEMBER 2015
WORDEN TOEGEZONDEN AAN:
JURY PUBLICATIEPRIJS DE PSYCHOLOOG
REDACTIE@PSYNIP.NL



aldus wijlen Bert Duijker, de Amsterdamse psycholoog die ooit verantwoordelijk was voor de indeling van het vakgebied in verschillende subdisciplines.

Hoe doen niet-psychologen die dag in dag uit met mensen werken aan psychologie? In deze aflevering **manueel fysiotherapeut Anton de Wijer**.



FOTO: PETER VALCKX

PIJN

Voor fysiotherapeuten is het al lang duidelijk: je kunt het lichaam van een mens niet behandelen los van zijn geest. En dus is praten en vragen stellen een belangrijk deel van het werk van manueel fysiotherapeut Anton de Wijer. Hij is zelfstandig gevestigd in Utrecht en richt zich speciaal op hoofd-, hals-, en kaakproblemen. 'Behalve het lichaam, spelen

ook cognitie, emotie en *arousal* een rol bij klachten van zijn patiënten,' legt hij uit. Concreet houdt dat in dat als een patiënt rugpijn heeft, De Wijer na de intake niet alleen weet dat het probleem 'op L5 aan de linkerkant' zit, maar ook wat dit voor impact heeft op het leven en het gemoed van de rugpatiënt.

Neem de patiënt die hij deze ochtend zag. Een vrouw met nekpijn. Hij vertelt: 'Uit het

intakegesprek kwam naar voren dat ze behalve nekpijn ook dagelijks hoofdpijn heeft. Ze kan door haar klachten niet werken of sporten en heeft veel last van negatieve stress. Dat laatste komt omdat ze getrouwd is met een man die kanker heeft. Bovendien is een van haar kinderen ernstig ziek. Ik constateer dat ze een niet-specifieke nekpijn heeft, er is geen hernia, geen ontsteking. Het is daarmee “een eenvoudige nekpijn in een lastige context”. Natuurlijk behandel ik haar daarvoor. Dat lijf krijg ik op orde; ik masseer, manipuleer, beweeg, geef oefeningen. Maar hier moet ook iets gebeuren. Hij wijst op zijn hoofd. ‘We bespreken ook hoe het zover kwam en we kijken wat we kunnen doen zodat ze dit vol gaat houden.’

Hoe hij met zijn patiënten praat tijdens de behandeling, doet De Wijer voor. ‘Ik vraag: “Kun je je ontspannen? Hoe komt het dat het niet lukt? Je zegt dat je nooit had moeten verhuizen? Waarom niet?” Niets is fantastischer dan het voorrecht om mensen aan te raken. Want je voelt spanning, je merkt lichamelijke reacties, of iemand erg gaat zweten bijvoorbeeld en daar reageer je weer op.’

Via de directe lichamelijke interactie kun je goed contact leggen, informatie krijgen én je betrokkenheid tonen. ‘Je bent lijfelijk met iemand bezig, het is intiem, mensen zijn kwetsbaar, ze zijn letterlijk uitgekleeft. Dan komt er veel los wat te maken heeft met emotie, de gevolgen en de impact van de klachten op het dagelijks leven.’

ACUUT OF CHRONISCH

De Wijer legt mensen uit hoe het met pijn werkt, waar het vandaan komt, en wat het verschil is tussen acute en chronische pijn. Soms laat hij filmpjes zien, zoals dit filmpje dat het heel kort en helder uitlegt: <https://www.youtube.com/watch?v=4b8oB757DKc>

Verder heeft hij een team waar hij naar kan doorverwijzen. ‘Ik praat wel, maar ik raak zaken slechts aan, ik doe verder geen analyses. Maar ik heb hier een psycholoog, een psychosomatisch werkend therapeut, iemand die ontspanningstherapie geeft. Deze mensen kan ik inschakelen als dat nodig is.’

Naast zijn privépraktijk, werkt hij een dag in de week in het Radboud Ziekenhuis. Zijn werkwijze daar is niet anders, maar hij heeft wel met een andere doelgroep te maken. In zijn praktijk ziet hij veel hoog-opgeleiden, mensen met overwegend voldoende ziekte-inzicht en zonder grote leefstijlproblemen. In het ziekenhuis komen meer laag of middelbaar opgeleiden met meer leefstijlproblemen, comorbiditeit en psychopathologie. Bovendien werkt hij daar samen met medici. En dat zijn niet zulke makkelijke praters als psychologen.

Zowel in het ziekenhuis als in zijn eigen praktijk doet hij aan wetenschapsontwikkeling. Het initiatief kan van hem komen, maar ook van anderen. Drie promovendi lopen er rond. En er werkte een Belgische stagiaire die was geïnteresseerd in seksualiteit. ‘Ik behandel veel kaakproblemen, maar ik praat hier niet over, ik raak het hooguit zijdelings aan. Zij vroeg waarom dat was, ze wilde er wel onderzoek naar doen. Ze heeft tien vrouwen ondervraagd op het gebied van trauma, fysiek en seksueel geweld. Een aantal hebben we doorgestuurd naar een psycholoog. Achteraf bleken de vrouwen deze vorm van zorg zeer op prijs te stellen.’

SELF SUPPORTING

Gemiddeld ziet hij zijn patiënten zes keer. ‘Ik manipuleer, masseer, reik kennis en vaardigheden aan. En af en toe geef ik partnerinstructie, zodat die bijvoorbeeld een ontspannende massage kan geven. Ik

Niets is fantastischer dan het voorrecht om mensen aan te raken

streef ernaar dat mensen self supporting worden.’

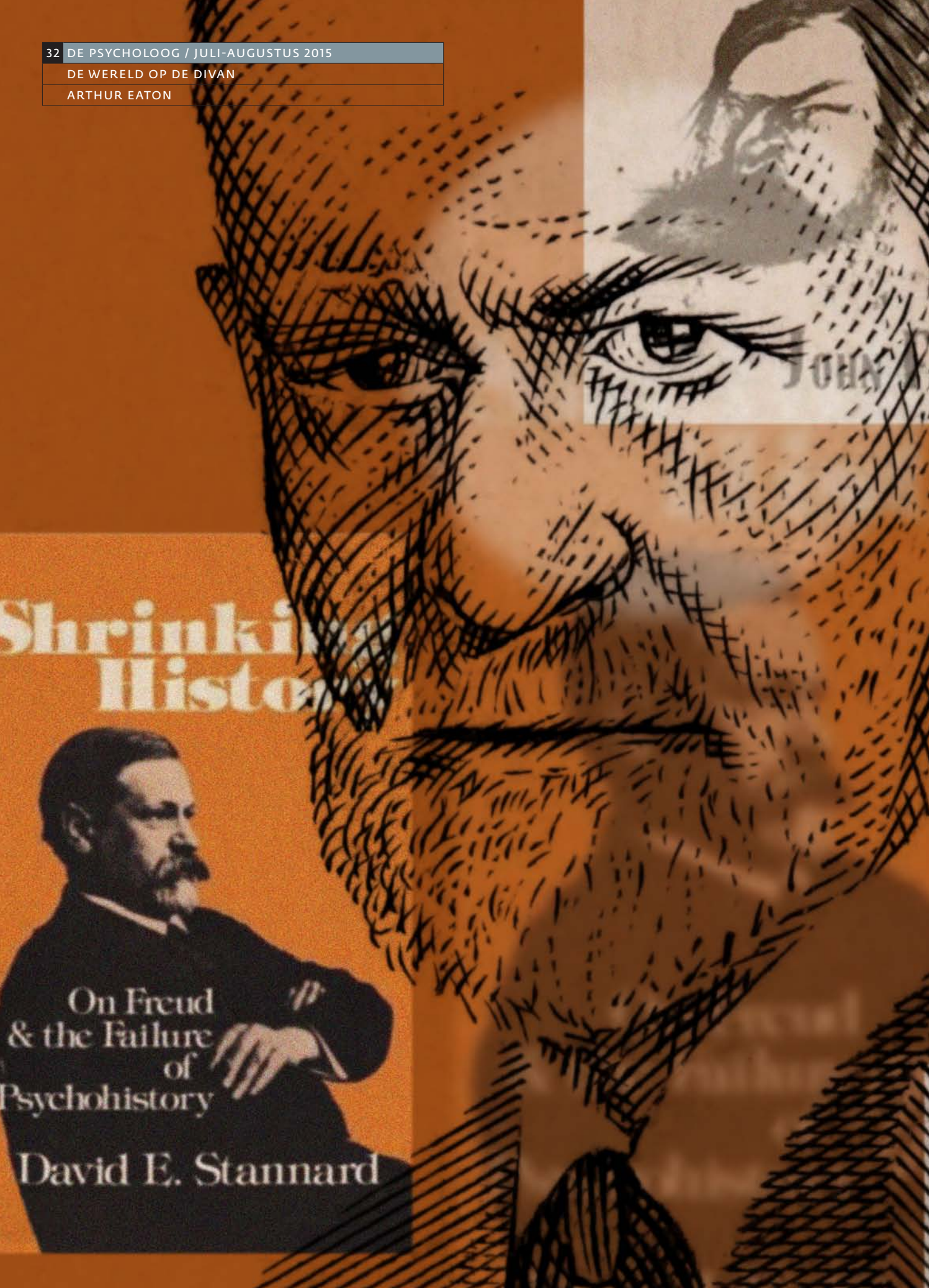
Meestal lukt het hem om mensen verder te helpen. Maar soms lukt het niet. ‘Met sommige patiënten blijf ik even rondlopen. Zoals een patiënt die ik nu in behandeling heb. Ze heeft krakende kaken, ze kan er niet mee omgaan, ze gaat bijna huilen als ze erover praat en heeft catastroferende gedachten. Somatisch is er niets ernstigs aan de hand, maar ze kan er niet mee omgaan. Ik heb haar al zes keer gezien, ze is nog steeds bang dat het nooit over gaat en dat het kaakgewricht stuk gaat. Ik loop aan het eind van mijn traject met haar, maar weet dat ik het met haar niet ga redden. Ik moet nu overleggen met de patiënte maar ook met de huisarts en met de psycholoog, om te kijken hoe we haar verder kunnen helpen.’

Zijn patiënten hebben zijn 06-nummer, iets wat collega's vaak vreemd vinden, maar het werkt. ‘Mijn ervaring is dat mijn patiënten geen onredelijke eisen stellen. Je laat bovendien zien dat je hen vertrouwt. Ik word zelden onnodig lastiggevallen. Meestal gebruiken patiënten het om het vervolgconsult te regelen. Laatst belde een jong patiëntje dat veel last van hoofdpijn had en tijdens het sporten een aanval kreeg. Ik vond dat heel legitiem gebruik, zo kon ik hem helpen de oefeninstructie toe te passen en zelf weer rustig te worden.’

Shrinking History

On Freud
& the Failure
of
Psychohistory

David E. Stannard



ESSAY

OPKOMST EN ONDERGANG
VAN DE PSYCHOHISTORIEDE WERELD
OP DE DIVAN

De jaren tachtig van de vorige eeuw waren de jaren van de 'Freud Wars', waarin de toekomst van de psychoanalyse in de academische wereld op het spel kwam te staan. Vernietigende kritiek werd gegeven in het boekje *Shrinking History*, waarin David Stannard de aanval opende op de psychohistorische beweging. De toepassing van inzichten uit de psychoanalyse door historici en biografen raakte steeds meer in diskrediet – interne ruzies deden de beweging ook geen goed. Arthur Eaton dook erin en beschrijft hoogtijdagen en verval.



Niet iedere historicus krijgt de gelegenheid om zich te ergeren aan de stoffering van het bankstel van zijn onderzoeksonderwerp. Ik ontmoette Bruce Mazlish, grondlegger van de psychohistorie, voor een gesprek in zijn huis in Cambridge, Massachusetts. Mazlish is negentig jaar oud en emeritus-hoogleraar geschiedenis aan het Massachusetts Institute of Technology (MIT). Hij woont op een steenworp afstand van de universiteit in een grijsblauwe villa, netjes omzoomd door een Amerikaans tuinhokje. Op jonge leeftijd schreef hij samen met Jacob Bronowsky een bestseller over de geschiedenis van de westerse filosofie: *The Western Intellectual Tradition from Leonardo to Hegel*. Van de opbrengsten kocht hij zijn villa. Mazlish werd later bekend als post-modern historicus en houdt zich nu in zijn werk bezig met thema's als globalisering.

Toen ik aanbelde, deed een van een onverklaarbaar groot aantal mooie jonge vrouwen in huis de deur open. 'Kom binnen,' zei ze, 'Bruce verwacht je.' Ik werd door het meisje begeleid naar de woonkamer en mocht plaatsnemen op een hobbelige sofa. Na een ongemakkelijk kwartiertje kwam Bruce achter een rollator binnengeschuifeld. Ik schudde zijn magere hand en stelde me voor. 'Je hoeft niet hard te praten,' zei hij, 'maar wel langzaam.'

EEN KOSMISCHE OPDRACHT

Tegenwoordig is de term 'psychohistorie' onder geschiedkundigen een scheldwoord. In 1980 publiceerde historicus David Stannard een invloedrijk boek getiteld *Shrinking*

History. Hierin opent Stannard schuimbekkend de aanval op de psychohistorici en hun theorieën. Die zogeheten psychohistorici betroffen een groep psychoanalytici en historici die de Freudiaanse psychoanalyse een plaats wilden geven in de wetenschappelijke historiografie. Stannard publiceerde *Shrinking History* aan het begin van de 'Freud-wars', een nog altijd voortetterende discussie in de academische wereld over de zin dan wel onzin van de psychoanalyse. Mede door de invloed van dit boek wordt de term 'psychohistorie' vandaag de dag door veel academici gebruikt om daarmee een reductivistische, simplistische en psychologiserende vorm van geschiedschrijving aan te duiden. Dat is niet altijd zo geweest.

Op 29 december 1957 hield William Langer zijn presidentiële rede voor de American Historical Association (AHA) in het Statler Hilton Hotel in New York. Bruce Mazlish, toen 34 jaar oud, was bij die voordracht aanwezig en schreef later dat veel eminente historici die avond de sneeuw in liepen en 'fluisterden dat de oude Bill Langer ze niet meer op een rijtje had'. Langer had in zijn voordracht, 'The Next Assignment', gepleit voor een nieuwe vorm van

geschiedschrijving, waarbij ruimte zou worden gemaakt voor de psychoanalyse. William Langer was hoogle-raar aan Harvard en gespecialiseerd in diplomatieke geschiedenis. 'Geen van de aanwezigen had van deze conservatieve man van middelbare leeftijd een revolutionaire toespraak verwacht,' vertelt Mazlish. Langers taal loog er niet om: 'We staan aan het begin van een nieuw tijdperk waarin de historicus in grotere, misschien zelfs in kosmische termen moet nadenken.'

Langer hoopte dat een generatie jonge historici in psychoanalyse zou gaan en de aldus vergaarde kennis zou gebruiken om een nieuw soort geschiedenis te schrijven. In de sociologie en antropologie was dat al gebeurd, bijvoorbeeld in het werk van Margaret Mead, die in haar werk *Coming of Age in Samoa* psychoanalytische ideeën toetste aan de conclusies uit haar antropologische veldwerk. Nu was het volgens Langer – veteraan en ex-officier – de beurt aan 'onze jongemannen om hetzelfde te doen'. De wetenschappelijke historiografie had, in zijn woorden, een 'diepe penetratie' van psychologisch inzicht nodig.

In dezelfde speech benadrukte Langer het belang van de psychoana-



Toen ik aanbelde, deed een van een onverklaarbaar groot aantal mooie jonge vrouwen in huis de deur open

lyse voor het schrijven van biografieën. Hij sprak ook uitgebreid over de rol die zij zou kunnen spelen bij het verklaren en interpreteren van collectieve symbolen en verhalen. Ter illustratie noemde hij de pest die in de veertiende eeuw in Europa uitbrak. De ziekte had door haar constante dreiging en miljoenen slachtoffers een ontwrichtende uitwerking gehad op het gedachteleven van vele generaties overlevenden. Gevoelens van hulpeloosheid, desoriëntatie en schuld kregen in de ogen van Langer uiting in nieuwe verhalen en symbolen. Een voorbeeld van het product van dit nieuwe gevoelsklimaat was de kerkhervormer Maarten Luther. Volgens Langer gaf Luther in zijn werken uitdrukking aan de onderliggende, onbewuste gevoelens van zijn tijdgenoten en was hij op die manier in staat om zijn grote schare volgelingen te mobiliseren. De psychoanalyse zou volgens Langer kunnen helpen om te laten zien hoe dat precies in z'n werk was gegaan.

WELLFLEET

De oude garde haalde hierover mischien de schouders op; voor een aantal jonge historici was Langers boodschap hoopvol en inspirerend. In de jaren zestig en zeventig kwam

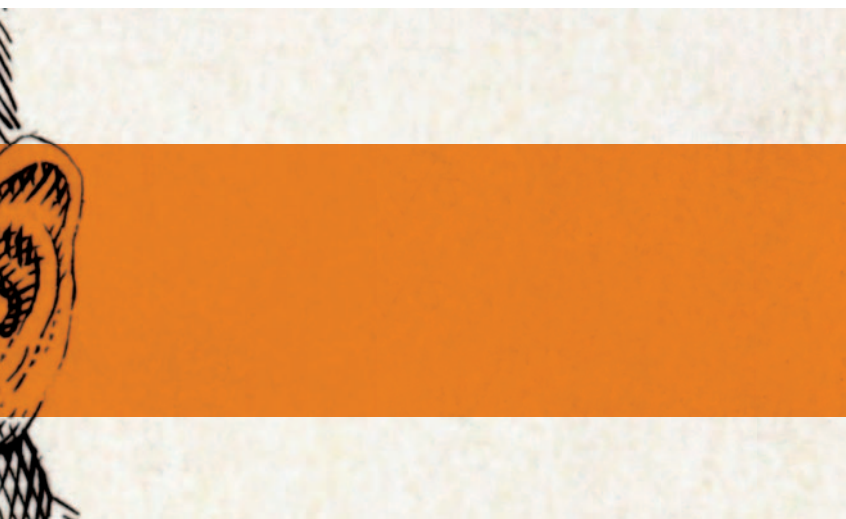
een groep fanatieke academici bijeen om psychoanalytische geschiedenis te schrijven. Zij deden dat in het plaatsje Wellfleet, op Cape Cod in Massachusetts. Bruce Mazlish was een van hen. Onder de aanwezigen waren ook Erik Erikson, de beroemde psychoanalyticus, Robert Lifton, een jonge psychiater die een gevierd auteur zou worden op het gebied van trauma en oorlogsgeschiedenis, en Robert Coles, ook psychiater, die onder andere een Pulitzer Prize zou winnen voor zijn boeken over kinderen die opgroeien in crisissituaties. Het vakantiehuis van Lifton in Wellfleet diende als hoofdkwartier. Liftons vrouw verzorgde de hapjes en het amusement. De groep bestond in de oorspronkelijke formatie uit zo'n twintig mannen (bij de eerste ontmoeting was één vrouw aanwezig). Officieel noemden zij zichzelf de Group for the Study of Psycho-Historical Process; officieus werden zij de Wellfleet Group genoemd. Mazlish schreef hun manifest.

'Ons uitgangspunt was een-

voudig,' vertelt hij. 'Als het doel van historici is om verklaringen te vinden voor menselijk gedrag in het verleden, dan kunnen zij iets leren van psychologen die proberen de wetmatigheden van menselijk gedrag in kaart te brengen.' De meeste psychohistorici waren zelf in analyse geweest of hadden een opleiding tot psychoanalyticus gevolgd. Bovendien stond er in de vroege jaren zestig in de spreekkamers van de meeste Amerikaanse psychiaters nog een sofa; Freuds theorieën vierden hoogtij in de academische wereld. Het is geen toeval dat de psychohistorici, op zoek naar een model van de menselijke geest, bij de psychoanalyse uitkwamen.

Uit het manifest van Mazlish wordt duidelijk dat, in de ogen van de psychohistorici, geschiedkundigen per definitie impliciete psychologische modellen ('van de koude grond') hanteren bij het verklaren van gedrag van personen en groepen uit het verleden. Volgens de vroege psychohistorici was het zaak om die impliciete modellen te vervangen door coherente theorie. Freudiaanse theorie, welteverstaan. Zo moest er volgens hen meer nadruk worden gelegd op het reconstrueren van de kindertijd van historische figuren.

De meest zichtbare bijdrage van de psychohistorici aan de geschiedenis van de historiografie is echter de ontwikkeling geweest van de zogenaamde *psychobiografie*. In die vorm van geschiedschrijving wordt een historische figuur onderworpen aan psychologisch onderzoek. Het doel is het vinden van oorzaken voor gedrag in de ontwikkeling van de persoonlijkheid en pathologie van de persoon in kwestie. Zoals Mazlish opmerkte, gebeurt dit in vrijwel ie-



der biografisch werk, maar het doel van de psychohistorici was om zulke psychologisering langs Freudiaanse lijnen te systematiseren. De vroege psychohistorici schreven lijvige boeken over onder anderen John Stuart Mill, Mahatma Gandhi en Richard Nixon.

LUTHER

Het doel van psychohistorici was om de pathologie – de neuroses en psychoses – en het daaruit voortvloeiende karakter van hun onderwerpen een plaats te geven in een bredere, historische beschouwing. Hun voorbeeld daarbij was het werk van psychoanalyticus Erik Erikson. Hij muntte de term ‘psychohistorie’ en schreef het eerste psychohistorische werk, over Maarten Luther: *Young*

te zetten. Toch zou *Young Man Luther* als blauwdruk dienen voor veel van het vroege werk van de psychohistorici.

Er zijn geen aanwijzingen dat William Langer wist dat Erikson met een boek over Maarten Luther bezig was toen hij zelf zijn speech over Luther gaf. Pas enkele maanden na de voordracht schreef Langer een bedankbriefje aan Erikson voor een drukproef van *Young Man Luther*. Hij vond het boek ‘vol staan met interessante observaties die interessant zijn voor historici’. Zijn enige punt van kritiek was ‘eigenlijk dat u vaak te lange theoretische uitweidingen maakt die moeilijk te volgen zijn voor een leek’.

Het lezerspubliek dacht daar anders over: het boek werd een bestseller. *Young Man Luther* werd bij de eerste publicatie vrijwel unaniem lovend besproken in de pers. In het werk geeft Erikson op elegante wijze een verklaring voor de sterke aantrekkingskracht van Luther op zijn volgelingen. Hij laat zien dat Luthers rebellie tegen de kerk voor een deel een expressie was van zijn verhouding tot zijn vader. Daarnaast probeert hij aan te tonen dat de specifieke vorm die de opstand tegen de kerk aannam veel volgelingen aansprak omdat zij, door eenzelfde soort opvoeding, op een vergelijkbare manier met tirannieke vaders hadden geworsteld. Op die manier liet hij op geraffineerde wijze zien dat Luthers persoonlijkheid en pathologieën producten waren van de tijd waarin hij opgroeide. Daarnaast toonde hij hoe Luther door het overwinnen van zijn eigen psychologische problemen in staat was om een grote groep mensen voor zijn ideologie te winnen. Het boek is een psychoanalytisch-

Boven hun koffie bespraken de heren de mogelijke rol van de psychoanalyse voor de Amerikaanse geheime dienst

historische verhandeling over de dynamiek tussen leiders en volgelingen.

Erikson was zelf niet uit op een rol als leider van de Wellfleet-groep. Hij was goed bevriend met Robert Lifton en diens vrouw, Betty Jean Lifton, en vervulde voor veel van de jonge leden van de Wellfleet-groep een mentorrol. Zo ook voor Bruce Mazlish. ‘Als Erik Erikson een kamer in liep, vielen alle gesprekken meteen stil,’ herinnert hij zich. ‘Zijn aanwezigheid was voor ons allemaal ontzettend inspirerend.’ Het is waar dat Eriksons ideeën en stijl weerklinken in veel van de werken van de jonge psychohistorici; later zouden er boeken worden gepubliceerd met titels als *Young Man Thoreau*. Erikson was bij de vergaderingen in Wellfleet aanwezig, maar speelde meestal een terughoudende rol. Bovendien was hij sceptisch over de mogelijkheden van de psychohistorie als subdiscipline van de historiografie. Hij schreef ooit over de term: ‘Het woord [psychohistorie] is een composthoop van interdisciplinaire pogingen die slechts mogelijk nieuwe akkers zal bevruchten en waarop in de toekomst wellicht bloemen van methodologische helderheid kunnen groeien.’

De jongere leden van de Wellfleet-groep waren zelfverzekerd. Op de bijeenkomsten op Cape Cod werd hevig gediscussieerd over de toekomst van hun beweging. Het doel was uiteindelijk om academische *journals* op te zetten en vakken



SIGMUND FREUD

Man Luther, dat in het Nederlands werd vertaald als *De jonge Luther*. Erikson plaatste de term toen nog tussen aanhalingstekens en zette een verbindingsstreepje tussen ‘psycho’ en ‘historie’. Het was duidelijk niet Eriksons intentie om een revolutionaire historiografische beweging op

over de psychohistorie te ontwikkelen op universiteiten. Zelfs werd er gedroomd over het opzetten van opleidingsinstituten. In de jaren zeventig, de hoogtijdagen van de psychohistorie, ontstonden er enkele vakbladen waarvan een aantal nog regelmatig verschijnt. Ook verspreidde het gedachtegoed van de psychohistorici zich in die tijd, met name in de Verenigde Staten. De psychohistorie was een veelbesproken onderwerp in bijvoorbeeld *The New York Review of Books* en er werden historische werken gepubliceerd die op de achterflap werden aangeduid als 'psychohistory'.

'SHRINKING HISTORY'

Een andere, misschien zelfs de belangrijkste, bijdrage van de psychohistorici aan historiografische debatten was de problematisering van de relatie van de historicus met zijn of haar onderwerp. Volgens sommige psychohistorici neemt de historicus onbewuste voorkeuren, antipathieën en fantasieën mee in de keuze en behandeling van zijn onderwerp, net zoals een patiënt dat in een psychoanalyse doet in relatie tot de therapeut. Deze 'overdracht' zou moeten worden blootgelegd en bestudeerd voordat van degelijke geschiedschrijving sprake zou kunnen zijn. Een van de psychohistorici verwoordde het pakkend: 'Om Hitler te begrijpen, moet je eerst de Hitler in jezelf begrijpen.'

Tegenwoordig, na de postmoderne wending in de geesteswetenschappen, kijkt niemand hier meer van op, maar in het begin van de jaren zestig viel deze kritische houding ten opzichte van de objectiviteit van de historicus niet goed bij traditionele vakgenoten. In dit opzicht stonden

de psychohistorici misschien dichter bij schrijvers zoals Truman Capote en Norman Mailer, die de grens tussen journalistieke verslaggeving en literaire fictie deden vervagen, dan bij de academische historici in Amerika, die hun werk vaak nog altijd als objectieve wetenschap beschouwden.

Uiteindelijk leidden deze ideeën binnen de psychohistorische beweging ook tot problemen. Mazlish vertegenwoordigde de nogal rigide opvatting dat de psychoanalyse een wetenschap is en dat de psychohistorici uiteindelijk aan objectieve geschiedschrijving zouden moeten doen. Andere leden van de groep, onder wie Robert Coles, zagen dat het vernieuwende en bevrijdende aspect van de psychohistorie juist was gelegen in de problematisering van die objectiviteit. Zo ontstond er een gemene ruzie tussen Mazlish en Coles die uiteindelijk op de pagina's van *The New York Review of Books* werd uitgevochten. Het artikel waarin Coles de aanval opende op Mazlish' boek over Richard Nixon is pijnlijk om te lezen. De titel ervan, 'Shrinking History', zou David Stannard later lenen voor zijn boek met essays gericht tegen de psychohistorie. Op het moment dat de psychohistorie in het intellectuele discours een rol begon te spelen, viel de psychohistorische beweging als zodanig uiteen.

Niet alleen geschiedkundigen hadden problemen met de aanpak van de psychohistorici. Ook psychoanalytici waren kritisch. Zij vroegen zich af: kun je een historische figuur (soms al jaren dood!) eigenlijk wel diagnosticeren? Zijn psychoanalytische begrippen zinvol te gebruiken als de persoon die je bestudeert niet op een sofa ligt en vrij associeert? De psychohistorici waren niet de eer-

sten die historische figuren 'analyseerden'. Zo schreef Freud zelf onder andere een beroemde monografie over Leonardo da Vinci en een boek over Mozes. Leden van de Frankfurter Schule, na de oorlog verhuisd naar de Verenigde Staten, gebruikten psychoanalytische theorieën in hun cultuuranalyses. Toch is het opmerkelijk dat de psychohistorici – vaak

De wetenschappelijke historiografie had een 'diepe penetratie' van psychologisch inzicht nodig

met als enige klinische achtergrond hun eigen psychoanalyse – besloten om historische figuren te analyseren. Op de vraag waar hij en zijn collega's het idee vandaan haalden dat het mogelijk was om iemand 'op afstand' te analyseren, antwoordt Bruce Mazlish: 'De oorlog.'

'WILD BILL' DONOVAN

Mazlish werkte net als veel andere jonge Amerikaanse academici tijdens de Tweede Wereldoorlog voor de landelijke spionagedienst. Het Office of Strategic Services (OSS) werd in 1941 opgericht als een speciale eenheid binnen de Amerikaanse geheime dienst. Het OSS werd ingezet om spionagepraktijken te coördineren, propaganda-activiteiten te organiseren en de naoorlogse wederopbouw te plannen. Het bureau was een voorloper van de CIA en werd ingericht naar het voorbeeld van de Britse MI6. Net als de CIA later, maakte het OSS gebruik van de kennis van intellectuelen en professionals onder wie historici en psychoanalytici. Enkele

van de taken van het oss waren een inschatting te maken van de moraal van buitenlandse volkeren en het opstellen van profielen van buitenlandse leiders. Op 11 juli 1941 werd William 'Wild Bill' Donovan aangesteld als hoofd van het oss. Wild Bill was een ruimdenkende diplomaat, advocaat van beroep en een gedecoreerd veteraan van de Eerste Wereldoorlog.

Al voor de Tweede Wereldoorlog werd het Committee for National Morale opgezet, een denktank bestaande uit een groep academici die de Amerikaanse overheid adviseerde over psychologische aspecten van oorlogvoering en propaganda-inzet. Margaret Mead maakte deel uit van die groep, net als haar echtgenoot, antropoloog Gregory Bateson; maar ook Henry Murray, een psycholoog en psychoanalyticus opgeleid door Carl Jung in Zürich. Hun werd gevraagd inschattingen te maken van

verder op de spits te drijven'. Toch werd pas in 1943 van hogerhand gevraagd om een uitgebreid psychologisch portret van Adolf Hitler. In het voorjaar werd een speciaal team samengesteld om dat portret te maken. De overheid wilde weten hoe Hitler in verschillende situaties zou reageren; zij hoopte door het maken van een uitgebreide reconstructie van zijn persoonlijke verleden zijn handelingen in de toekomst te kunnen voorspellen. Iemand die hier al vroeg op aandrong was historicus William Langer, aangesteld als hoofd van de Research and Analysis Branch van het oss. Hij was ervan 'overtuigd dat het inschakelen van psychoanalytici de operatie zou kunnen versterken'. Donovan stelde een jonge psychoanalyticus aan om het project te coördineren. Zijn naam was Walter Langer, de jongere broer van William Langer.

WALTER LANGER

De persoonlijke notities van Walter Langer over het opstellen van het Hitler-rapport liggen opgeslagen in het archief van de Boston Psychoanalytic Society & Institute (BPSI). Hier staan twee dozen met foto's, brieven en andere documenten van de broers William en Walter Langer.

Walter Langer studeerde psychologie aan Harvard. Tijdens het schrijven van zijn proefschrift in 1934 leerde hij daar de jonge Erik Erikson kennen, die kort daarvoor vanuit Wenen naar de Verenigde Staten was geëmigreerd. Erikson was in analyse geweest bij Anna Freud, de getalenteerde psychoanalytica en dochter van Sigmund Freud. Geïnspireerd door zijn ontmoeting met Erikson schreef Langer een brief aan Anna om te vragen of zij ook hem wilde

analyseren en opleiden. In de zomer van 1936 trok Langer naar Europa. In zijn aantekeningen en brieven beschrijft hij hoe de 'donkere politieke wolken zich daar steeds dichter samenpakten'. Het werd een onstuimig bezoek. Tijdens zijn verblijf hielp Langer joodse vluchtelingen de grens over en reisde hij naar Berlijn om, naar eigen zeggen, 'te zien hoe het leven was onder het Hitler-regime'. Volgens Langer waren het deze reizen, die hem onder meer langs de nationaalsocialistische partijdagen in Neurenberg zouden leiden, die hem later in de ogen van het oss geschikt maakten voor het opstellen van het geheime rapport over Hitler.

Langer hielp de familie Freud naar Londen te vluchten en keerde in 1938 terug naar de Verenigde Staten. Hij vestigde zich in New York. In die tijd konden in de vs alleen artsen zich als psychoanalyticus registreren. Slechts in heel bijzondere gevallen werd daarop een uitzondering gemaakt, bijvoorbeeld voor Erik Erikson, die naast zijn opleiding tot psychoanalyticus alleen een gymnasiumdiploma bezat. Langer was psycholoog en zijn aanvraag voor lidmaatschap werd door het New York Psychoanalytical Institute geweigerd. Teleurgesteld keerde hij uiteindelijk terug naar Boston, waar hij tenminste de bijeenkomsten van het BPSI mocht bijwonen.

In augustus 1941 lag Walter Langer met rugklachten in het ziekenhuis. Aan het bed gekluisterd las hij in een krant over de oprichting van een nieuwe geheime dienst: het oss. Onmiddellijk schreef hij kolonel Wild Bill Donovan een brief waarin hij uitlegde dat de psychoanalyse een waardevolle bijdrage zou kunnen leveren aan de spionagedienst. Tegen

Kun je een historische figuur (soms al jaren dood!) eigenlijk wel diagnosticeren?

het gevaar van buitenlandse bevolkingen en ze hielden zich ook bezig met praktische zaken zoals het selecteren van geschikte spionnen voor de geheime dienst.

In 1941, toen Amerika na de aanval op Pearl Harbor werd betrokken bij de oorlog, gaf Wild Bill Donovan een groep psychologen en psychoanalytici opdracht om profielen te schetsen van Hitler. Zij deden dat met als doel manieren te vinden om Hitlers 'fragiele persoonlijkheid nog

Erik Erikson muntte de term 'psychohistorie' en schreef het eerste psychohistorische werk

zijn verwachting in ontving Langer kort daarop een uitnodiging voor een ontbijtje bij Donovan thuis in Washington. Boven hun koffie bespraken de heren de mogelijke rol van de psychoanalyse voor de Amerikaanse geheime dienst. Zij spraken af dat Langer een netwerk van psychoanalytici zou opzetten dat aan hem zou rapporteren hoe het gesteld was met de oorlogsmoraal van de bevolking. Vooral de pacifistische neiging van 'studentikoze types' baarde Donovan en Langer zorgen.

De aanval op Pearl Harbor op 7 december 1941 maakte dat plan overbodig. Amerika was definitief betrokken bij de oorlog en Langer werd aangesteld als 'freelance psychoanalytisch consultant'. In die hoedanigheid vroeg generaal Donovan (inmiddels in rang gestegen) aan Langer: 'Wat zijn jouw gedachten over Adolf Hitler?' Het antwoord op die vraag zou de vorm aannemen van een vuistdik rapport bestaande uit interviews, notities en analyses.

Jarenlang werd het document geheimgehouden, pas in 1968 werd het openbaar gemaakt. Bruce Mazlish werkte mee aan de uitgave van het werk. Het verscheen onder de titel *The Mind of Adolf Hitler*. Hij zegt erover: 'Het was ontzettend belangrijk dat het rapport gepubliceerd zou worden. Het document was van onschatbare waarde voor de psychohistorische beweging.'

In het voorwoord van de hand van William Langer, vertelt die hoe het rapport de vele discussies weer-

spiegelde die hij met zijn broer Walter had gehad na diens terugkomst uit Europa. Die discussies hadden ertoe geleid dat de conservatieve historicus William Langer zich als een 'apostel van de Freudiaanse doctrine' was gaan beschouwen en overtuigd raakte van het feit dat historici de bevindingen van de moderne psychologie zouden moeten ontdekken en gebruiken. Dat bracht hem uiteindelijk tot de conclusies die hij verwoordde in zijn voordracht in 1957, 'The Next Assignment', die Mazlish sterk beïnvloedde en de psychohistorische beweging in gang zou zetten.

Het in 1968 geopenbaarde rapport over Hitler bevat alle eigenaardigheden die de kracht en tegelijkertijd de zwakte van de psychohistorie zouden uitmaken. Het is een diagnose van een patiënt met wie nooit werd gesproken; er worden verre gaande conclusies getrokken op basis van spaarzaam materiaal; de toon van het rapport verraadt de subjectieve positie van de auteurs. Desalniettemin is het een fascinerende poging om in het hoofd van Hitler te kruipen en te onderzoeken wat hem voor het Duitse volk zo griezelig aantrekkelijk maakte als leider.

HET EINDE

In 1986 publiceerde de bekende historicus en biograaf van Freud, Peter Gay, een boek getiteld *Freud for Historians*. Het waren de hoogtijdagen van de 'Freud wars'. Gays boekje is een antwoord op David Stannards felle kritiek op de psychohistorici, maar zelf nam Gay ook uitdrukkelijk afstand van het psychohistorische

project. Zijn argumenten voor het gebruik van de psychoanalyse in de geschiedschrijving zijn vrijwel dezelfde als die van de Wellfleet-groep; Gay prijst het werk van de vroege psychohistorici zoals Mazlish en Lifton. Toch wilde hij af van de term 'psychohistorie'. Hij stelde voor om nieuwe pogingen om de psychoanalyse een plaats te geven in de geschiedschrijving simpelweg aan te duiden als 'psychoanalytische geschiedschrijving'. Het woord psychohistorie was besmet geraakt door alle conflicten binnen de beweging (zoals de ruzie tussen Mazlish en Coles), maar ook door de reputatie van een nieuwe generatie psychohistorici die zich baseerden op het werk van een zonderlinge figuur: Lloyd DeMause. Bij het horen van die naam zucht Bruce Mazlish: 'Ik beschouw Lloyd als een gewiekste zakenman, niets meer dan dat.'

Lloyd DeMause studeerde aan het General Motors Institute in Flint, Michigan en aan Columbia University in New York, waar hij werd weggestuurd. In de jaren zestig raakte hij geïnteresseerd in psychohistorie en de geschiedenis van opvoedingspraktijken. In 1974 publiceerde hij een opmerkelijk en belangrijk boek:

The History of Childhood. Mede door de invloed van dit werk ontstond er een belangrijke stroming binnen de geschiedschrijving die bestudeert hoe opvoedingspraktijken in de loop der jaren zijn veranderd. Dat is voor Freudianen interessant, want als de kindertijd van invloed is op de persoonlijkheid van de volwassene, zo-



als Freud wilde laten zien, dan is het de moeite waard om te onderzoeken hoe er in verschillende tijdperken met kinderen is omgegaan. Het was een belangrijk onderzoeksgebied dat nieuw licht wierp op door psy-

DeMause en zijn volgelingen hadden de term gekaapt en de International Psychohistorical Association opgezet. Dat instituut bestaat nog steeds, maar er zijn weinig professionele historici die ernaar omkijken. In 2006 noemden slechts vier leden van de American Historical Association zich nog psychohistoricus. Wel zijn er, in navolging van Peter Gay, nieuwe pogingen geweest om psychoanalytische begrippen in de historiografie te integreren, onder een andere naam. Een voorbeeld van een historicus die zich door de psychoanalyse laat inspireren is Daniel Pick, hoogleraar aan Birkbeck University, Londen. Hij heeft een psychoanalytische praktijk en schreef onder andere een moderne psychobiografie over Garibaldi. Recent ontving hij 900.000 pond van de prestigieuze Wellcome Trust voor een grootschalig onderzoek naar de geschiedenis van brainwashing.

Mijn persoonlijke fascinatie voor de psychohistorie en haar oorsprong komt deels voort uit mijn gesprekken met Daniel Pick in Londen. Uit diens werk wordt duidelijk dat de psychoanalyse nog altijd een belangrijke rol kan spelen in serieuze geschiedschrijving. Zo gebruikt hij in zijn werk bijvoorbeeld het door Freud bedachte begrip *Nachträglichkeit* – het idee dat gebeurtenissen in het verleden in het licht van het heden in fantasie telkens een nieuwe betekenis krijgen. Zo'n tijdsopvatting verrijkt een eventueel onderzoek naar de oorsprong en geschiedenis van individuele en

collectieve symbolen, fantasieën en angsten. In de geest van de vroege psychohistorici zoals Erik Erikson, Bruce Mazlish en Robert Lifton laat Daniel Pick zien hoe psychoanalytische begrippen de gereedheidskist van de historicus kunnen aanvullen, mits je accepteert dat een interpretatie altijd een onzekere handreiking is en nooit een ultieme verklaring.

Het was al donker in de villa in Cambridge, Massachusetts, toen mijn gesprek met Bruce Mazlish werd onderbroken door een oudere, nog altijd beeldschone vrouw. Ze keek bezorgd en liet me vriendelijk maar dringend weten dat het hoog tijd was om te gaan: 'Bruce is de jongste niet meer.' Ik stond op van de sofa en hielp hem uit zijn stoel overeind. Nogmaals zijn magere hand schuddend bedankte ik hem voor het gesprek. Voordat hij de kamer verliet, draaide hij zich om en zei: 'Er is nog nooit een degelijke geschiedenis van onze beweging geschreven.' Op dat moment gaf hij me een vaderlijk klopje op de schouder. 'Maar nu ben jij er.'

OVER DE AUTEUR

Arthur Eaton studeerde aan de Universiteit van Amsterdam en aan University College London, waaraan hij thans als onderzoeker verbonden is. Zijn promotieonderzoek gaat over toepassing van psychoanalytische theorieën in de geschiedschrijving: de psychohistorie. E-mail: arthureaton@gmail.com. Dit essay verscheen eerder in De Gids (nummer 8, 2014).



'Als het doel van historici is om verklaringen te vinden voor menselijk gedrag in het verleden, dan kunnen zij iets leren van psychologen die proberen de wetmatigheden van menselijk gedrag in kaart te brengen'

choanalytici vaak als universeel en tijdloos beschouwde zaken zoals het Oedipuscomplex.

Maar het werk van DeMause werd met de jaren steeds speculatiever. Opvoedingspraktijken in het verleden waren volgens hem 'de belangrijkste factor in de overdracht van alle culturele elementen in een maatschappij'. Zo zouden de nazi's de joden 'luizen' hebben genoemd 'omdat Duitse kinderen in met luizen gevulde dekens werden gewikkeld'. Het is niet verwonderlijk dat DeMause veel aandacht kreeg van tegenstanders van de psychohistorie. De geloofwaardigheid van psychoanalytische verklaringen (die in beginsel niet toetsbaar zijn – zoals Karl Popper aantoonde en Freud zelf ook al had ingezien) werd door zulke boude stellingen tot voorbij een acceptabel punt opgerekt.

Uiteindelijk werd de term 'psychohistorie' door de meeste oorspronkelijke gebruikers opgegeven.

*'Of er is één psychologie, of er is er geen' (Duijker, 1959)**

PSYCHOLOGIE ALS ZINVOLLE SAMENLOOP VAN OMSTANDIGHEDEN

Als kind had ik veel interesse voor de schaduwzijde van het bewustzijn. Wat er rondspookt in de onbewuste delen van ons brein, vaak onbegrijpelijk en altijd ongrijpbaar, lokte mij naar surrealisme en magisch-realisme. Met psychologie bracht ik het toen nimmer in verband. Totdat twee ogenschijnlijk toevallige gebeurtenissen daar verandering in brachten.

Het eerste voorval vond plaats kort na mijn middelbareschooltijd. Zoals zovelen op die leeftijd wist ik niet wat ik wilde studeren en hoe ik mijn leven verder zou inrichten. Tijdens een avondje stappen ontmoette ik een meisje dat mij korte tijd wist te betoveren. In het handjevol mooie en intense uren dat we samen doorbrachten, wist ze mij ervan te overtuigen dat ik psychologie moest gaan studeren. Iets dat ik zonder haar, dat weet ik zeker, nooit gedaan zou hebben. Ik schreef me in, ging naar colleges en voelde dat ik thuis gekomen was. Deze studie paste mij als een maatkostuum. Ik kreeg de woorden aange-reikt waarmee ik kon benoemen wat mij als kind zo geboeid had.

De tweede gebeurtenis vond opnieuw plaats vlak na het afronden van een opleiding. Als kersvers afgestudeerd psycholoog, werd ik gewezen op een krantenartikel van het RIVM over milieugedrag. Ik besloot erop te reageren en voor ik het goed en wel realiseerde, werkte ik in dienst van het RIVM aan een proefschrift over de raakvlakken tussen mobiliteit en psychologie.

Mijn dissertatie bracht heel wat in beweging, zowel binnen de verkeerswe-reld als bij mijzelf. Alle puzzelstukjes vielen op hun plek. Verkeersbeleid was tot dat moment een moeizame worsteling van ingenieurs en juristen met techniek, infrastructuur en handhaving. Er werd langs elkaar heen gewerkt. Het bindmiddel ontbrak. Dat bindmiddel, zo bleek al snel, was de psychologie. Anderen zagen het nog eerder dan ikzelf: gedrag en gedragsbeïnvloeding was 'the missing link' in het verkeer. Ik had goud in handen, de verkeerspsychologie was geboren. De diepere drijfveren die mij als kind zo hadden geboeid, kwamen in het verkeer, met name in wat de auto in ons losmaakt, allemaal naar boven. Agressie, cognitieve dissonantie, macht, zelfoverschatting, anonimiteit, gewoontegedrag, identificatie en compensatie; mobiliteit is voer voor psycholo-gen.

Er bestaan veel theorieën en stromingen die claimen de beste route te kennen door de schatkamers van ons brein. De ene keer pak ik de ene route, dan weer een andere. Soms kom ik op zijpaadjes terecht die 'marketing' of 'ergonomie' heten, maar die goed op het psychologische gedachtegoed aanslui-ten. Ik ben het oneens met de stelling van Duijker. Er is niet één psychologie, er zijn er zo veel. Het mooiste is om zo nu en dan de navigatie helemaal uit te zetten en opzettelijk te verdwalen. Dan doe ik de mooiste ontdekkingen.

Terugkijkend op de twee gebeurtenissen die mij naar de verkeerspsychologie hebben geleid, zoek ik vergeefs naar logische verbanden van oorzaak en gevolg. Met synchroniciteit kan ik nog het best uit de voeten. De zingeving aan de gebeurtenissen moet ik tenslotte zelf doen, ...met behulp van de psychologie uiteraard.



SELFIE

Dr. Gerard Tertoolen

werkt als verkeerspsycholoog bij adviesbureau XTNT. Ook heeft hij een eigen trainingsbureau De Verkeerspsycholoog GTi.
E-mail: g.tertoolen@xtnt.nl.

* Duijker, H.C.J. (1959).

Nomenclatuur en systematiek der psychologie. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en haar Grensgebieden*, 14, 172-204. Citaat p.181.

Op verwijzing van zijn huisarts bezoekt Corné vanaf november 2012 gz-psycholoog Pieter. Na dertien sessies, waarvan sommige door de partner van Corné worden bijgewoond, wordt de behandeling beëindigd. Corné is echter allerminst tevreden. Hij dient een reeks van klachten in tegen Pieter. Krijg Corné gelijk?

TUCHTRECHT

MAG DE HUISARTS WORDEN GEÏNFORMEERD?

WAT IS ER GEBEURD?

Omdat Corné¹ zijn situatie als uiterst stressvol en uitzichtloos ervaart, besluit hij hulp te zoeken. Via de huisarts komt hij in november 2012 terecht bij Pieter, die verbonden is aan een eerstelijnspraktijk. Ze voeren een serie gesprekken waarvan vier ook worden bijgewoond door de partner van Corné. Op 21 december stuurt Pieter een brief aan de huisarts waarin hij hem informeert over het behandelplan. Na het stoppen van de behandeling ontvangt de huisarts in juli 2013 hiervan een afsluitend bericht.

Uit het verslag is niet duidelijk op te maken waarom de behandeling beëindigd wordt. In elk geval is Corné bepaald niet tevreden en dient hij een reeks klachten in. Pieter zou hem nooit een diagnose of een behandelplan hebben voorgelegd en in de gesprekken viel geen structuur te ontdekken. En waarom moesten er steeds nieuwe afspraken gemaakt worden; een eerstelijnsbehandeling is toch kortdurend? Pieter had hem moeten doorverwijzen naar de tweedelijnszorg. En wat was dat voor therapie

waar zijn partner bij aanwezig was: relatietherapie, systeemtherapie of nog iets anders? Bovendien koos Pieter in die gesprekken de kant van zijn partner. Verder bracht Pieter ook deze gezamenlijke sessies bij Corné in rekening. Ten slotte had Pieter hem nooit geïnformeerd over de brieven naar de huisarts. In deze brieven stond trouwens onjuiste en negatieve informatie over hem.

DE REACTIE VAN PIETER

De lezer vraagt zich vast af waar het is misgegaan. Pieter doet in ieder geval zijn best om de klachten te weerleggen. Er was wel degelijk een behandelplan, zoals blijkt uit de brief van december aan de huisarts. De structuur van de gesprekken valt te reconstrueren uit de sessieverslagen in het dossier. Ook de sessies met de partner waren doelgericht, namelijk gericht op het verbeteren van de communicatie tussen het stel.

De financiën stonden duidelijk vermeld in de behandelovereenkomst, die Corné tekende bij de aanvang van de therapie. Aangezien Corné aanwezig was bij de gesprekken met zijn partner was het logisch dat de rekening van die gesprekken naar hem gingen en niet naar zijn partner.

En wat de huisarts betreft ging Pieter ervan uit dat het verslag aan hem valt onder artikel III.3.3.¹¹ *Verstreking van gegevens en beoor-*

¹ Dit artikel is gebaseerd op een uitspraak van het College van Toezicht van het NIP. De uitspraak is onder nummer 14/08 te vinden op de website van het NIP. De uitspraak is geanonimiseerd. De hier gebruikte namen zijn verzonnen. De uitspraken van het College van Toezicht zijn onze enige bron. Wij hebben geen inzage in de stukken, die door de partijen zijn ingebracht.

delingen zonder toestemming van de Beroepscode voor Psychologen 2007.² Pieter ging ervan uit dat een mondelinge toelichting aan Corné voldoende was.

WAT VINDT HET COLLEGE VAN TOEZICHT?

Het College laat zich door de meeste tegenargumenten van Pieter overtuigen. Voor wat de meeste klachten betreft kan het College niet constateren dat Pieter in zijn beroepsmatig handelen tekort is geschoten of anderszins tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld.

Wel vinden de leden van dit College het begrijpelijk dat niet alle informatie van Pieter over het behandelplan of de gang van zaken rond de behandeling niet (volledig) tot Corné is doorgedrongen, gezien zijn moeilijke situatie. Los daarvan merkt het College op dat het veruit de voorkeur verdient alle relevante informatie schriftelijk te verstrekken, zoals ook in artikel III.3.2.5 *Informatie bij het aangaan en voortzetten van de professionele relatie*³ is vermeld.

Het College gaat echter niet mee

in Pieters redenering wat betreft de positie van de huisarts. De huisarts valt wel degelijk onder de definitie van *derden* in artikel I.1.2.6.: *alle anderen dan de cliënt of het cliëntsysteem*. De verwijzer valt niet onder de uitzonderingsgevallen van artikel III.3.3.11. Dit betekent dat Pieter vooraf inzage in zijn brieven aan de huisarts had moeten geven en om Corné's toestemming had moeten vragen. Hierdoor is hem ook het correctierecht onthouden. Overigens tekent het College nog wel aan dat in de afsluitende brief van Pieter aan de huisarts niet staat dat Corné manipulatief zou zijn. Dit in tegenstelling tot wat Corné hierover gesteld had.

Al met al is de handelswijze van Pieter op dit punt in strijd met de artikelen III.3.2.14 en III.3.2.16.⁴

Op dit punt acht het College de klacht van Corné gegrond en besluit tot een waarschuwing voor Pieter. Daarbij wordt met instemming kennis genomen van het feit dat Pieter inmiddels zijn praktijkvoering op dit punt heeft aangepast.

WAT VALT OP?

Pieter heeft met succes zijn handelswijze kunnen verantwoorden aan de hand van zijn aantekeningen in het dossier. Dit illustreert een belangrijke functie van het dossier. In opleidingen en in interviewsprekken wordt er regelmatig

uitvoerig gediscussieerd over de vraag welke en hoeveel informatie moet worden vastgelegd. Het is moeilijk om dit in zijn algemeenheid heel precies aan te geven. Veel factoren hebben hier invloed op. Maar de casus van Pieter leert ons dat er in elk geval zoveel moet worden genoteerd als nodig is om je handelwijze als psycholoog te kunnen verantwoorden. Men kan hierin beter niet te zuinig zijn, omdat vooraf niet altijd ingeschat kan worden waarover later geklaagd kan worden.

Verder springt de misvatting omtrent de rol van de huisarts als verwijzer in het oog. Pieter is hierin bepaald niet de eerste of de enige. Voor elke terugkoppeling naar de huisarts of een andere verwijzer is de toestemming van de cliënt nodig. Verwarrend in dit verband is dat artsen wel zonder toestemming informatie onderling uitwisselen. Iedereen die wel eens door zijn huisarts naar een specialist is verwezen, heeft dit zelf kunnen ervaren. Maar wat onder hen gebruikelijk is, is in strijd met de beroepscode van de psychologen. Vooral daar waar regelmatig met artsen samengewerkt wordt – zoals in grotere gezondheidszorginstellingen – kan het verstandig zijn om dit verschil expliciet te bespreken om onderlinge wrijving in de samenwerkingsverhoudingen te voorkomen.

Henk Geertsema is gezondheidszorgpsycholoog en voorzitter van de NIP Bestuurscommissie Ethische Zaken (BEZ). E-mail: h.geertsema@vumc.nl

² Artikel III.3.3.11 *Verstreking van gegevens en beoordeling zonder toestemming*

Voor het verstrekken van gegevens en het geven van beoordelingen aan andere beroepsbeoefenaren is geen gerichte toestemming van de cliënt nodig als die andere beroepsbeoefenaren de cliënt behandelen of onderzoeken in verband met hetzelfde als waarop de professionele relatie van de psycholoog betrekking heeft, of met iets dat daaraan sterk gerelateerd is. De verstreking wordt beperkt tot die gegevens en beoordelingen die noodzakelijk zijn voor de werkzaamheden van die andere beroepsbeoefenaren.

³ Artikel III.3.2.5 *Informatie bij het aangaan en voortzetten van de professionele relatie*
De informatie bij het aangaan en voortzetten van de professionele relatie wordt bij voorkeur schriftelijk gegeven en waar nodig mondeling toegelicht, en bevat voor zover van toepassing: (...)

⁴ Artikel III.3.2.14 *Toestemmingsvereiste voor rapportage aan derden*

Voor rapportage aan derden is toestemming van de cliënt noodzakelijk.

Artikel III.3.2.16 *Gelegenheid tot inzage voorafgaand aan de rapportage*

Als de psycholoog rapporteert aan een derde, biedt de psycholoog de cliënt de gelegenheid tot inzage in het rapport voordat de rapportage wordt uitgebracht.

Negatieve vertekeningen in aandacht, interpretatie en geheugen vormen kwetsbaarheidsfactoren voor depressie.

Recent legt onderzoek zich toe op het bestuderen van de wisselwerking tussen deze mechanismen. Jonas Everaert en Ernst Koster bespreken hoe aandachtvertekeningen de emotionele inhoud van interpretaties en herinneringen beïnvloeden, hoe emotionele associaties in het geheugen aandacht sturen, en hoe combinaties van dergelijke cognitieve vertekeningen depressiesymptomen voorspellen.

DE VICIEUZE CIRKEL VAN INFORMATIEVERWERKING

VASTZITTEN IN DEPRESSIE

Stel je voor: je bevindt je in een sollicitatiegesprek voor een felbegeerde baan. Terwijl je op de vragen van de commissieleden antwoordt, merk je dat het ene commissielid glimlacht en knikkend luistert en een ander commissielid fronsend naar achteren leunt. Afhankelijk van waar je aandacht naartoe wordt getrokken, zal je andere interpretaties als aannemelijk beschouwen. Indien aandacht zich selectief richt op het glimlachende commissielid zullen interpretaties als 'ik maak een goede indruk en heb kans op de baan' waarschijnlijk zijn. Terwijl interpretaties als 'ik maak er helemaal niets van en kan het wel vergeten' eerder geloofwaardig zijn wanneer aandacht zich selectief richt op het fronsende commissielid. De ervaren emoties zullen bijgevolg zeer verschillend zijn. Zo zijn aandachtsprocessen eveneens bepalend voor hoe de ervaring van het sollicitatiegesprek in het geheugen zal worden opgeslagen en herinnerd zal worden als een positieve of negatieve gebeurtenis.

Dit voorbeeld illustreert dat aandacht, interpretatie en geheugen nauw gerelateerd zijn aan allerlei emoties. Hoe emotionele vertekeningen in deze cognitieve processen gerelateerd zijn aan veelvoorkomende psychiatrische stoornissen zoals depressie is dan ook uitvoerig wetenschappelijk onderzocht.

COGNITIEVE VERTEKENINGEN ALS KWETSBAARHEIDSFACTOREN

Onderzoek heeft aangetoond dat emotionele vertekeningen in aandacht, interpretatie en geheugen van belang zijn bij het ontstaan en voortbestaan van depressieve klachten (Gotlib & Joormann, 2010). Studies hebben uitgewezen dat er bij depressieve personen negatieve vertekeningen voorko-

men in deze cognitieve processen. Concreet wil dit zeggen dat personen die kampen met depressie, moeilijkheden ervaren bij het loskoppelen van hun aandacht voor negatieve aspecten uit de omgeving en minder aandacht hebben voor positieve aspecten (denk aan het fronsende versus het glimlachende commissielid; De Raedt & Koster, 2010; Peckham, McHugh & Otto, 2010). Verder zullen depressieve personen ook vaker ambigue situaties negatief interpreteren (bijvoorbeeld door de houding van het fronsende en niet het glimlachende commissielid te betrekken op de eigen

FIGUUR 1. VOORBEELD NEGATIEVE VERTEKENINGEN IN AANDACHT, INTERPRETATIE, EN GEHEUGEN TIJDENS EEN SOLLICITATIEGESPREK



prestatie; Wisco, 2009) en zich meer negatieve dan positieve gebeurtenissen herinneren (bijvoorbeeld tijdens het sollicitatiegesprek kan men zich een vorige faalervaring en geen succeservaring herinneren; Gaddy & Ingram, 2014; Matt, Vazquez & Campbell, 1992). Figuur 1 illustreert deze cognitieve vertekeningen.

Vertekende cognitieve processen verlopen betrekkelijk automatisch en komen zowel voor bij subklinisch, klinisch als bij voorheen depressieve personen (Dearing & Gotlib, 2009; Hedlund & Rude, 1995; Kujawa et al., 2011). Daarenboven voorspellen deze processen de emotionele reactie op stressvolle gebeurtenissen (Clasen et al., 2013; Ellenbogen et al., 2002; Sanchez et al., 2013) en de toename in depressieve symptomen (Beevers & Carver, 2003; Johnson, Joormann & Gotlib, 2007; Rude et al., 2002). Emotionele vertekeningen in aandacht, interpretatie en geheugen kunnen daarom beschouwd worden als kwetsbaarheidsfactoren voor de stoornis.

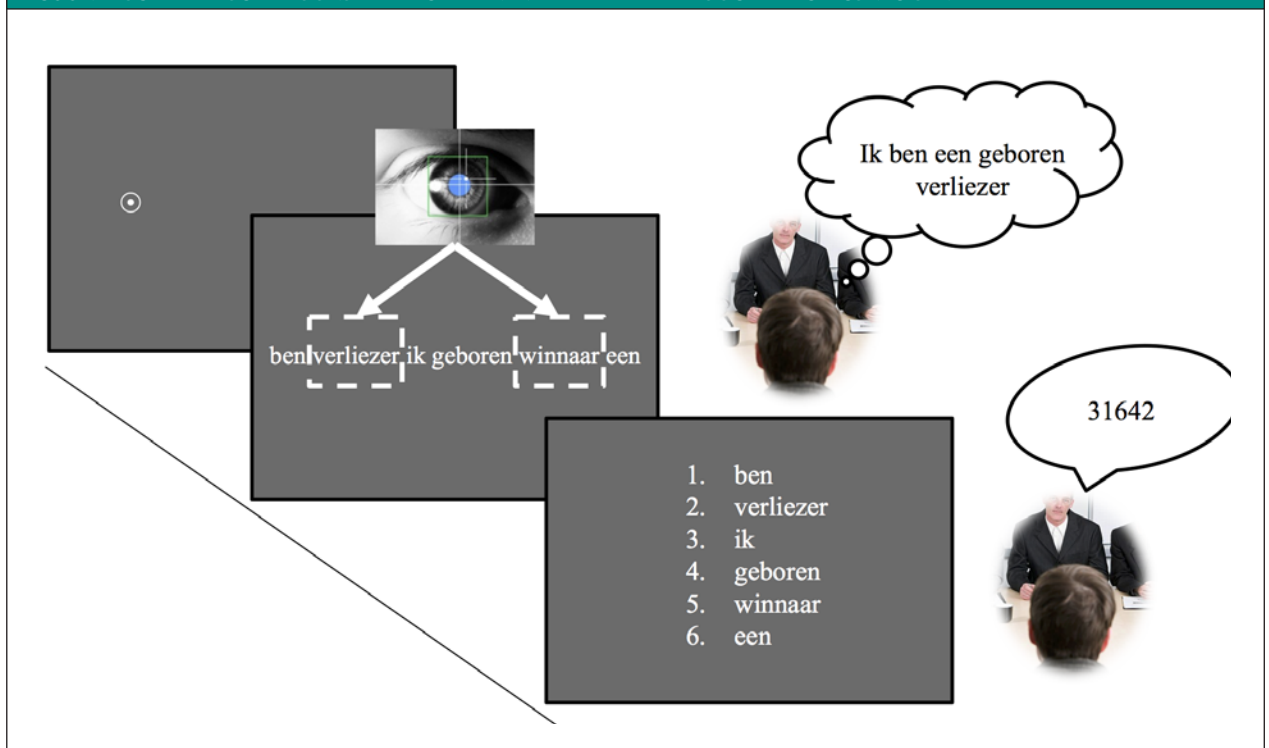
Ondanks een sleutelrol voor cognitieve vertekeningen bij het begrijpen en verklaren van depressie bevindt het wetenschappelijk onderzoek naar de relaties tussen deze

processen zich in een vroeg stadium (Everaert, Koster & Derakshan, 2012). Het huidige onderzoek richt zich voornamelijk op het aantonen van emotionele vertekeningen. Daarbij werd er meestal onderzoek gedaan naar de invloed van één proces: aandacht, interpretatie of geheugen. Het lijkt echter noodzakelijk na te gaan hoe deze cognitieve vertekeningen elkaar beïnvloeden om tot een grondig begrip te komen van de cognitieve basis van depressie.

COMMUNICERENDE VATEN?

Enkele belangrijke vragen over de wisselwerking tussen cognitieve vertekeningen die tot op heden onbeantwoord bleven zijn immers: (1) hoe zorgen negatieve aandachts- en interpretatievertekeningen ervoor dat stemmingscongruente informatie wordt opgeslagen in het geheugen?, (2) spelen aandachtvertekeningen een rol bij het selectief herinneren van emotionele ervaringen?, (3) kunnen emotionele herinneringen de aandacht richten naar stemmingscongruente informatie in de omgeving? en (4) hoe voorspellen aandachts-, interpretatie- en geheugenvertekeningen in combinatie het verdere verloop van depressie-symptomen?

FIGUUR 2. SCHEMATISCHE VOORSTELLING INTERPRETATIETAAK MET OOGBEWEGINGSREGISTRATIE



Deze vragen hebben we bestudeerd met een reeks experimenten. Hieronder bespreken we de belangrijkste bevindingen.

AANDACHT BEÏNVLOEDT INTERPRETATIE EN HERINNERING EMOTIONELE INFORMATIE In een eerste studie (Everaert, Duyck & Koster, 2014) voerden personen met minimale en ernstige depressiesymptomen een computertaak uit waarbij ze vervormde zinnen (bijv.: 'ben verliezer ik geboren winnaar een') hervormden naar goed lopende zinnen door het positieve of negatieve woord weg te laten. De oplossing kon telkens leiden tot een positieve of een negatieve betekenis (bijv.: 'ik ben een geboren winnaar' versus 'ik ben een geboren verliezer'). Telkens dienden de deelnemers de eerste oplossing te rapporteren die in hun gedachten opkwam. Dit leverde een maat voor interpretatievertekening.

Om aandachtvertekeningen te meten, werden oogbewegingen van de deelnemers geregistreerd tijdens het uitvoeren van de interpretatietask. We registreerden hoe lang (maat voor volgehouden aandacht) en hoe vaak (maat voor aandachtselectie) ze keken naar positieve (bijv.: winnaar) en negatieve (bijv.: verliezer) woorden. Na deze taak werd de deelnemers gevraagd om zich zoveel mogelijk zinnen te herinneren die men had gevormd. Dit leverde een maat voor geheugenvertekening. Figuur 2 toont een schematische weergave van de interpretatietask.

De analyse toonde aan dat hoe iemand de aandacht richtte naar emotionele woorden, de aard van de interpretaties voorspelde. Personen die vaker hun aandacht richtten naar negatieve woorden in vergelijking met positieve woorden (aandachtselectie), maakten meer negatieve interpretaties en rapporteerden vervolgens ook meer negatieve herinneringen. Ook naarmate iemand langer keek naar de negatieve woorden (volgehouden aandacht) tijdens het interpreteren, herinnerde men zich meer negatieve betekenissen. In overeenkomst met vorig onderzoek vonden we dat negatieve vertekeningen in aandacht, interpretatie en geheugen gerelateerd zijn aan depressiesymptomen (Gotlib & Joormann, 2010). Hoe ernstiger de symptomen, hoe sterker de negatieve vertekening.

Negatieve aandachtvertekeningen spelen dus een rol bij het selectief interpreteren van nieuwe informatie, en dat bepaalt vervolgens wat iemand zich herinnert. Deze bevinding werd bevestigd in replicatieonderzoek (Everaert et al., 2013) en is in overeenstemming met vorig onderzoek naar de link tussen geheugen en interpretatie, en tussen

geheugen en aandacht (Blaut et al., 2013; Everaert et al., 2012; Joormann, Waugh & Gotlib, 2015).

Als aandachtvertekeningen de verwerking van nieuwe emotionele interpretaties in het geheugen kunnen beïnvloeden, dan is een logische vervolgvraag wat hun rol is tijdens het herinneren van oude, voordien opgeslagen emotionele interpretaties. Dit hebben we onderzocht in een experiment met gezonde proefpersonen (Everaert & Koster, 2015). Tijdens een eerste taak hervormden de deelnemers opnieuw vervormde zinnen naar goed lopende zinnen (zie figuur 2). In een daaropvolgende geheugentaak werd een reeks woordparen getoond, waarbij deelnemers telkens bepaalden of de gepresenteerde woorden in de vorige taak werden gebruikt om een zin te maken. De helft van de woordparen was eerder gezien 'oud' (bijv.: winnaar-verliezer), de andere helft was 'nieuw' (bijv.: depressief-opgewekt). Via een specifieke antwoordprocedure was het mogelijk onderscheid te maken tussen automatische, onbewuste en gecontroleerde, bewuste processen die betrokken kunnen zijn bij het herinneren van emotionele informatie (Tulving, 1985; Yonelinas et al., 2010). Om de rol van vertekeningen in aandachtselectie en volgehouden aandacht na te gaan, werden oogbewegingen van de deelnemers geregistreerd tijdens de presentatie van de woordparen.

De resultaten toonden aan dat emotionele vertekeningen in volgehouden aandacht, niet in aandachtselectie, naar de negatieve woorden uit de woordparen gerelateerd waren aan vertekeningen in de herinnering van de emotionele betekenissen. Dit betekent dat naarmate men langer keek naar negatieve woorden, men zich meer negatieve interpretaties herinnerde. Dit resultaat werd gevonden ook na controle voor de initiële vertekeningen in de interpretatie (de geselecteerde betekenis) en was specifiek voor gecontroleerde, bewuste en niet voor automatische, onbewuste geheugenprocessen.

Emotionele vertekeningen in de aandacht spelen dus niet enkel een rol bij het interpreteren van nieuwe emotionele informatie, maar ook bij het bewust, gericht zoeken naar emotionele herinneringen.

EMOTIONELE HERINNERINGEN STUREN AANDACHT

Terwijl het meeste onderzoek naar relaties tussen cognitieve vertekeningen zich toegeleid heeft op het bestuderen van hoe vertekeningen in aandacht of interpretatie tijdens vroege stadia van informatieverwerking een invloed hebben op het geheugen, is er weinig bekend over het omgekeerde

effect. Het is onduidelijk of het emotionele geheugen de aandacht kan sturen. Aan deze leemte wilden we tegemoetkomen.

In een eerste studie voltooiden de deelnemers een aandachtstaak na een leerfase waarbij ze willekeurig gegenereerde kleuren leerden associëren met blijde, neutrale of boze gelaatsexpressies. Tijdens de aandachtstaak werden paren van gekleurde cirkels gepresenteerd waarvan één cirkel met neutrale associaties en de andere met emotionele (negatieve of positieve) associaties. In elke cirkel werd een lijnstuk met een verticale of geroteerde oriëntatie gepresenteerd. De deelnemers dienden zo snel mogelijk het geroteerde lijnstuk te vinden. De aanwezigheid van de gekleurde cirkels was dus irrelevant voor het correct uitvoeren van de taak. We kunnen stellen dat wanneer emotionele associaties de aandacht trekken, de deelnemers het geroteerde lijnstuk sneller zouden vinden wanneer het verschijnt in de cirkel met emotionele associaties, dan wanneer het geroteerde lijnstuk zou verschijnen in de cirkel met neutrale associaties. Figuur 3 toont de experimentele procedure.

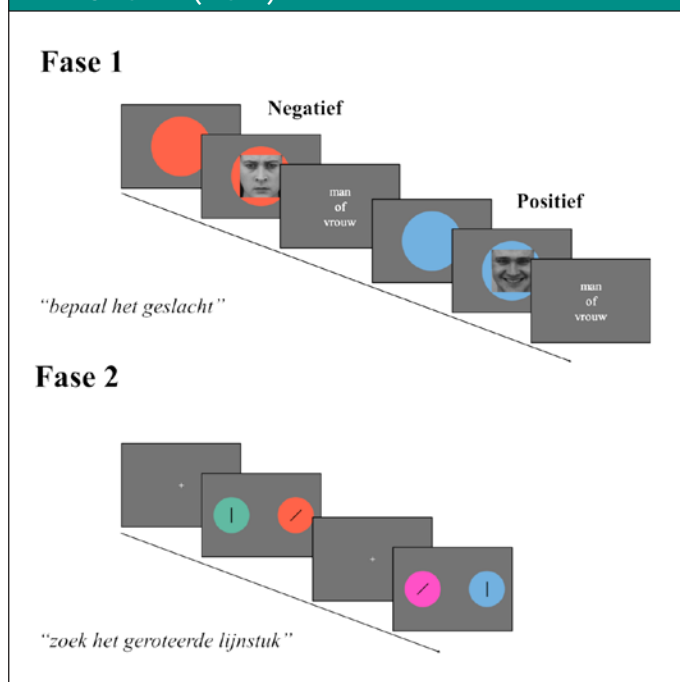
We vonden een algemeen effect waarbij deelnemers het geroteerde lijnstuk sneller detecteerden als het werd gepresenteerd binnen een gekleurde cirkel met positieve

associaties. Dit geeft aan dat aandacht wordt gericht naar stimuli met positieve associaties. Deze bevinding is in overeenstemming met onderzoek waarin werd gevonden dat aandacht vertekend is naar stimuli die geassocieerd werden met beloning (Anderson, Laurent & Yantis, 2011; Hickey & Van Zoest, 2013). Het algemene effect hing samen met depressiesymptomen. De positieve aandachtvertekening was sterker bij personen met lage depressiesymptomen en zwakker bij personen met verhoogde depressiesymptomen.

In een tweede experiment bij gezonde deelnemers werden specifieke componenten van de aandachtstaak gemanipuleerd, om te onderzoeken welke aandachtsprocessen werden beïnvloed en wat het tijdsverloop was van de geheugeneffecten op aandacht. Hier vonden we dat negatieve geheugenassociaties van invloed waren op aandachtsselectie en niet op volgehouden aandacht bij een korte presentatieduur van de gekleurde cirkels. Aandacht was minder vertekend naar stimuli met negatieve associaties. Er werden geen effecten gevonden bij de verwerking van positieve informatie.

Deze studies tonen aan dat eerder geleerde emotionele associaties de aandacht kunnen sturen. Dit effect blijkt afhankelijk te zijn van de valentie van de geheugenassociaties, presentatieduur van de stimulus en specifieke aandachtsprocessen. Belangrijk is dat in elk van de experimenten de effecten gedreven werden door de associaties met de kleuren en niet door een positieve of negatieve evaluatie van de gekleurde cirkels.

FIGUUR 3. SCHEMATISCHE VOORSTELLING LEERFASE (FASE 1) EN AANDACHTSTAAK (FASE 2)



DE ZWAKSTE SCHAKEL ALS VOORSPELLER

Studies hebben uitgewezen dat vertekeningen in aandacht, interpretatie en geheugen symptomen van depressie voorspellen (Beevers & Carver, 2003; Johnson et al., 2007; Rude et al., 2002). Het blijft echter onduidelijk hoe combinaties van cognitieve vertekeningen het verloop van depressie beïnvloeden. Om dit te onderzoeken werden de deelnemers uit een eerder onderzoek na één jaar opnieuw benaderd (Everaert, Duyck & Koster, 2015). Bij deze follow-up werd de ernst van depressiesymptomen opnieuw gemeten alsook de stress ervaren tijdens de laatste maand voor de meting.

Om de gezamenlijke impact van cognitieve vertekeningen te modelleren, werd gebruikgemaakt van verschillende conceptuele modellen die relaties tussen de processen specificeren (Abela & Hankin, 2008). Een eerste model, het additieve model, veronderstelt dat cognitieve vertekeningen een cumulatieve invloed hebben. Dit wil zeggen dat de kans

De beste cognitieve voorspeller van symptomen van depressie is dat proces met de sterkste vertekening naar negatieve informatie

op depressie toeneemt naarmate iemand meer negatieve cognitieve vertekeningen heeft. Een tweede model, het zwakste-schakelmodel, stelt dat het meest negatief vertekende proces de beste voorspeller is voor depressie. Deze studie testte of deze modellen, afzonderlijk en in wisselwerking met ervaren stress, longitudinale veranderingen in depressiesymptomen konden voorspellen.

We vonden dat zowel het additieve als het zwakste-schakelmodel veranderingen in de ernst van depressiesymptomen na één jaar konden voorspellen. Bij een rechtstreekse vergelijking van de modellen bleek dat het zwakste-schakelmodel een betere voorspeller was. Voor beide modellen was de wisselwerking met stress niet significant. Deze resultaten geven aan dat de beste cognitieve voorspeller van symptomen van depressie dat proces is met de sterkste vertekening naar negatieve informatie. De aard van dit proces (hetzij aandacht, interpretatie of geheugen) kan per individu verschillend zijn

CONCLUSIE

Onderzoek toont aan dat negatieve vertekeningen in aandacht, interpretatie en geheugen gerelateerde cognitieve processen zijn. Aandachtvertekeningen beïnvloeden de emotionele inhoud van herinnerde interpretaties via hun rol bij het opslaan en ophalen van informatie uit het geheugen. Op hun beurt kunnen emotionele associaties in het geheugen de aandacht naar aspecten uit de omgeving sturen. Aandachts-, interpretatie- en geheugenvertekeningen hebben in combinatie een impact op het verloop van depressiesymptomen waarbij de zwakste schakel de beste voorspeller is.

KLINISCHE IMPLICATIES Kennis over de wisselwerking tussen cognitieve vertekeningen werpt licht op de mechanismen die aan de basis liggen van problemen bij de emotieregulatie die kenmerkend zijn voor depressie. Depressieve personen zullen vaker rumineren of stilstaan bij de oorzaken en gevolgen van depressieve gevoelens, minder vaak hun negatieve interpretaties herzien noch positieve herinneringen ophalen om hun negatieve stemming te doorbreken (Joormann & D'Avanzato, 2010).

Wanneer men zich in een stressvolle situatie bevindt (bijv.: een sollicitatiegesprek), zullen depressieve personen vaker en langer hun aandacht richten naar negatieve aspecten uit de omgeving (bijv.: het fronsende commissielid). De moeilijkheden bij het loskoppelen van aandacht naar negatieve informatie ondermijnen het heroriënteren van

aandacht naar positieve signalen (bijv.: het glimlachende commissielid) als een emotieregulatiestrategie en zal veelal leiden tot negatieve interpretaties van de situatie (bijv.: 'ze zullen denken dat ik niet geschikt ben voor de baan'). Negatieve vertekeningen in aandacht en interpretatiestijl kunnen verhinderen dat men de situatie opnieuw gaat herinterpreteren op een minder negatieve wijze (bijv.: 'het was zo slecht nog niet'). Dit proces kan disfunctionele opvattingen in het geheugen of schema's bekrachtigen (bijv.: 'ik ben waardeloos') en andere, gerelateerde herinneringen activeren (bijv.: herinneringen aan een stukgelopen relatie) die het negatieve denken (rumineren) kunnen versterken. Door deze negatief vertekende verwerking van emotionele informatie worden er ook meer negatieve ervaringen in het geheugen opgeslagen, wat het gebruik van positieve herinneringen om de negatieve stemming te reguleren in de toekomst ondermijnt. Daarnaast kunnen negatieve signalen uit de situatie ook gemakkelijk negatieve herinneringen activeren (bijv.: 'mijn laatste interview ging ook helemaal mis'), hetgeen weer de aandacht kan sturen naar andere negatieve signalen. Dit kan de negatieve interpretaties bevestigen en herinterpretatie bemoeilijken. Hierdoor is de cirkel rond.

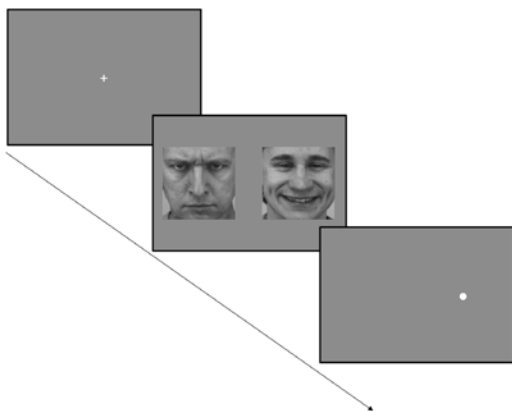
Door de wisselwerking tussen cognitieve vertekeningen en emotieregulatiestrategieën kunnen depressieve personen vastzitten in een vicieuze cirkel van toenemend negatief denken en negatief affect. Het stelselmatig gebruik van specifieke emotieregulatie-strategieën zoals ruminatie (voortdurend piekeren over de oorzaken en gevolgen van de negatieve gevoelens: 'hoe komt het dat ik ongelukkig ben?') kan op termijn specifieke cognitieve vertekeningen versterken (bijv.: aandacht voor negatieve informatie). Door dit wederkerig proces kan er zich een zwakke cognitieve schakel ontwikkelen die een voorspeller is van depressieve symptomen.

Deze inzichten zijn niet louter van theoretisch belang omdat therapeutische interventies (bijv.: cognitief herstructureren) vaak een beroep doen op emotieregulatievaardigheden bij patiënten (bijv.: herinterpretatie, stemming incongruente herinnering). Uit het voorgaande blijkt dat het

gebruik van emotieregulatiestrategieën bemoeilijkt kan worden door de wisselwerking tussen cognitieve vertekeningen. Dit zou therapeutische vooruitgang kunnen ondermijnen. Het onderkennen van de aard van de wisselwerking tussen negatieve vertekeningen in aandacht, interpretatie en geheugen alsook hoe deze adaptieve emotieregulatie kunnen ondermijnen, is van belang voor zowel therapeuten als patiënten die met cognitieve technieken aan de slag gaan.

COGNITIEVE TRAINING In de afgelopen jaren werden er specifieke methoden ontwikkeld om negatieve vertekeningen in cognitieve processen te remediëren (voor een overzicht zie Koster et al., 2013; zie ook de box). Deze procedures kunnen

BOX. TRAINEN VAN AANDACHT VAN NEGATIEVE NAAR POSITIEVE STIMULI



De meest gebruikte procedure om aandacht naar positieve stimuli te trainen is een variant van de stipdetectietaak (MacLeod, Mathews & Tata, 1986). In deze taak worden twee stimuli (bijv.: een negatieve en een positieve gelaatsexpressie) gepresenteerd voor een korte periode (bijv.: 500 ms.). Daarna verschijnt er een stip op de plaats van de negatieve of positieve stimulus. Aan de deelnemers de plaats van de stip zo snel mogelijk te detecteren. Als de aandacht naar emotionele informatie negatief vertekend is, zullen deelnemers sneller de stip vinden als deze op de plaats van de negatieve stimulus verschijnt; de aandacht werd immers eerder naar die locatie gericht. Door de stip systematisch op de plek van de positieve stimulus aan te bieden, oefenen deelnemers om hun aandacht weg te houden van de negatieve stimulus (MacLeod et al., 2002).

‘Hoe komt het dat ik ongelukkig ben?’

negatieve vertekeningen reduceren in onder meer aandacht, interpretatie en geheugen en zijn potentieel klinisch interessant. Inzichten uit onderzoek naar relaties tussen cognitieve vertekeningen hebben implicaties voor de implementatie van dergelijke trainingsmethodieken.

Allereerst kan een gerichte trainingsaanpak zich baseren op bevindingen die aantonen dat aandachtvertekeningen een rol spelen bij het interpreteren, opslaan en bewust herinneren van emotionele informatie. Dit suggereert dat als men negatieve vertekeningen in de aandacht kan verminderen, dit kan leiden tot meer positieve en minder negatieve interpretaties die in het geheugen worden opgeslagen alsook meer positieve dan negatieve herinneringen die men uit het geheugen ophaalt. Bijgevolg zou de informatieverwerking minder negatief vertekend zijn, waardoor disfunctionele opvattingen over het zelf, anderen en de wereld aangepast kunnen worden. Zo kan kwetsbaarheid voor depressie gereduceerd worden.

Ondanks het potentieel van aandachtstraining bij depressie wijst onderzoek naar de effectiviteit van deze procedures op bescheiden resultaten. Initieel veelbelovende positieve effecten op depressiesymptomen tot drie maanden na de training (Wells & Beevers, 2010) werden niet gerepliceerd bij steekproeven van subklinisch en klinisch depressieve personen (Baert et al., 2010; Kruijt, Putman & Van der Does, 2013). Echter, in een studie naar aandachtstraining als een methode ter preventie van terugval bij voorheen depressieve personen, is wel gevonden dat training leidde tot minder ernstige depressieve symptomen bij follow-up (Browning et al., 2012).

Naast de beperkte effecten van aandachtstraining op depressiesymptomen zijn er gemengde bevindingen over de effecten van training op gerelateerde cognitieve processen. Zo hebben studies aangetoond dat het trainen van emotionele vertekeningen in aandacht niet steeds leidt tot veranderingen in de interpretatie van emotionele informatie (Everaert et al., 2014). Anderzijds hebben sommige onderzoekers wel gunstige effecten gevonden van aandachtstraining op het herinneren van emotionele informatie bij personen met verhoogde depressiesymptomen (Blaut et al., 2013). Momenteel zijn de condities voor een optimale implementatie van aandachtstraining bij depressie nog onbekend. Dit

vormt een belangrijke uitdaging voor toekomstige studies.

Ten tweede kunnen cognitieve trainingsprocedures gericht worden op de zwakste schakel van de cognitieve vertekeningen als een middel om een toename in depressieve symptomen te voorkomen. Dit houdt in dat men eerst op individueel niveau een grondig assessment moet uitvoeren om negatieve vertekeningen in aandacht, interpretatie en geheugen te identificeren. Vervolgens kan men de training richten op het meest negatief vertekende proces om op individueel niveau de zwakste schakel bij te sturen (bijv.: interpretatie). Zo'n training kan impact hebben op andere cognitieve vertekeningen (bijv.: geheugen). We kunnen speculeren dat een gecombineerde aanpak, waarbij negatieve vertekeningen in aandacht en de zwakste schakel worden gereduceerd, een beloftevolle methode kan vormen om cognitieve kwetsbaarheid te reduceren en depressie-symptomen te voorkomen.

TOEKOMSTMUZIEK De laatste jaren heeft het onderzoek naar relaties tussen cognitieve vertekeningen een grote vooruitgang geboekt. Toch blijven er belangrijke vragen onbeantwoord.

Ten eerste is het onduidelijk in welke mate de huidige bevindingen van toepassing zijn op klinisch depressieve personen. De meeste studies werden uitgevoerd in steekproeven met subklinisch depressieve individuen en slechts enkele studies onderzochten de wisselwerking tussen cognitieve processen in een klinische steekproef. Hoewel overeenkomsten waarschijnlijk lijken, zal verder onderzoek moeten uitwijzen in welke mate de samenhang tussen cognitieve vertekeningen in subklinische steekproeven voorkomen bij klinisch depressieve personen.

Daarnaast zullen studies verdere relaties tussen cognitieve vertekeningen moeten exploreren. Zo is er weinig bekend over hoe emotionele vertekeningen in het impliciete geheugen beïnvloedt worden door aandachtvertekeningen tijdens het opslaan van emotionele informatie. Ook is het onduidelijk of impliciete geheugenvertekeningen de aandacht kunnen sturen. Dit vormt een boeiende uitdaging voor verder onderzoek.

Tot slot heeft nog maar weinig onderzoek zich toegelegd op de link tussen cognitieve processen en moeilijkheden bij het reguleren van negatieve emoties bij depressie. De besproken relaties tussen cognitieve vertekeningen en emotiereguleratiestrategieën zijn waarschijnlijk, studies dienen de veronderstelde verbanden evenwel te objectiveren.

ALGEMEEN BESLUIT Emotionele vertekeningen in aandacht, interpretatie en geheugen zijn gerelateerde, deels overlapende, cognitieve processen die mede het verloop van depressiesymptomen bepalen. Het huidige onderzoek heeft al enkele aspecten van de complexe wisselwerking tussen deze processen blootgelegd, maar verder onderzoek naar deze processen is nodig om de kennis over deze cognitieve mechanismen uit te breiden. Enkel door het bestuderen van de relaties tussen deze processen, kunnen we tot een omvattend begrip komen van cognitieve kwetsbaarheid voor depressie. En dat kan weer de verdere ontwikkeling van behandelingsstrategieën inspireren.

OVER DE AUTEURS

Jonas Everaert, Msc. is verbonden als AiO aan de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Gent.

Ernst Koster, PhD. Is verbonden als associate professor aan de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Gent. De auteurs danken Debbie De Neve voor haar commentaar op een eerdere versie van dit manuscript. Correspondentie aangaande dit artikel via Jonas Everaert, Henri Dunantlaan 2, 9000 Gent, België, tel. 09 264 64 70, e-mail: jonas.everaert@ugent.be.

Summary

THE DEPRESSIVE INTERLOCK: THE VICIOUS CIRCLE OF INFORMATION-PROCESSING BIASES

J. EVERAERT & E. H. W. KOSTER

Attention, interpretation and memory biases are cognitive mechanisms involved in the etiology of depression. An upsurge of studies examining interactions between these cognitive vulnerability factors is augmenting our understanding of emotionally disordered functioning. In this article, we provide an overview of the most important findings of this research with their clinical implications. We start by providing an overview of cognitive biases in depression. We then describe how attentional biases regulate the emotional content of interpretations and memories, how emotional memory associations in turn guide attention, and how cognitive biases combine to predict future depressive symptoms. We conclude with the clinical implications of this research and propose several ways in which research can be advanced to gain a comprehensive understanding of vulnerability to depression.

Literatuur

- Abela, J.R.Z. & Hankin, B.L. (2008). Cognitive vulnerability to depression in children and adolescents: A developmental psychopathology perspective. In J.R.Z. Abela & B.L. Hankin (Eds.), *Handbook of Depression in Children and Adolescents* (pp. 35–78). New York: Guilford Press.
- Anderson, B.A., Laurent, P.A. & Yantis, S. (2011). Value-driven attentional capture. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108(25), 10367–10371. doi:10.1073/pnas.1104047108
- Baert, S., De Raedt, R., Schacht, R. & Koster, E.H.W. (2010). Attentional bias training in depression: Therapeutic effects depend on depression severity. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(3), 265–274. doi:10.1016/j.jbtep.2010.02.004
- Beevers, C.G. & Carver, C.S. (2003). Attentional bias and mood persistence as prospective predictors of dysphoria. *Cognitive Therapy and Research*, 27(6), 619–637. doi:10.1023/A:1026347610928
- Blaut, A., Paulewicz, B., Szostok, M., Prochwicz, K. & Koster, E.H.W. (2013). Are attentional bias and memory bias for negative words causally related? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(3), 293–299. doi:10.1016/j.jbtep.2013.01.002
- Browning, M., Holmes, E.A., Charles, M., Cowen, P.J. & Harmer, C.J. (2012). Using attentional bias modification as a cognitive vaccine against depression. *Biological Psychiatry*, 72(7), 572–579. doi:10.1016/j.biopsych.2012.04.014
- Clasen, P.C., Wells, T.T., Ellis, A.J. & Beevers, C.G. (2013). Attentional biases and the persistence of sad mood in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 74–85. doi:10.1037/a0029211
- De Raedt, R. & Koster, E.H.W. (2010). Understanding vulnerability for depression from a cognitive neuroscience perspective: A reappraisal of attentional factors and a new conceptual framework. *Cognitive & Behavioral Neuroscience*, 10(1), 50–70. doi:10.3758/CABN.10.1.50
- Dearing, K.F. & Gotlib, I.H. (2009). Interpretation of ambiguous information in girls at risk for depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(1), 79–91. doi:10.1007/s10802-008-9259-z
- Ellenbogen, M.A., Schwartzman, A.E., Stewart, J. & Walker, C.-D. (2002). Stress and selective attention: The interplay of mood, cortisol levels, and emotional information processing. *Psychophysiology*, 39(6), 723–732. doi:10.1017/S0048577202010739
- Everaert, J., Duyck, W. & Koster, E.H.W. (2014). Attention, interpretation, and memory biases in subclinical depression: A proof-of-principle test of the combined cognitive biases hypothesis. *Emotion*, 14(2), 331–340. doi:10.1037/a0035250
- Everaert, J., Duyck, W. & Koster, E.H.W. (2015). Emotionally biased cognitive processes: The weakest link predicts prospective changes in depressive symptoms. *PLoS ONE*. May 7. doi: 10.1371/journal.pone.0124457
- Everaert, J. & Koster, E.H.W. (2015). Interactions among emotional attention, encoding, and retrieval of ambiguous information: An eye-tracking study. *Emotion*, 15(2), 2–6. doi:10.1037/em0000063
- Everaert, J., Koster, E.H.W. & Derakshan, N. (2012). The combined cognitive bias hypothesis in depression. *Clinical Psychology Review*, 32(5), 413–424. doi:10.1016/j.cpr.2012.04.003
- Everaert, J., Mogoase, C., David, D. & Koster, E.H.W. (2014). Attention bias modification via single-session dot-probe training: Failures to replicate. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1–8. doi:10.1016/j.jbtep.2014.10.011
- Everaert, J., Tiersen, M., Uzieblo, K. & Koster, E.H.W. (2013). The indirect effect of attention bias on memory via interpretation bias: Evidence for the combined cognitive bias hypothesis in subclinical depression. *Cognition & Emotion*, 27(8), 1450–1459. doi:10.1080/02699931.2013.787972
- Gaddy, M.A. & Ingram, R.E. (2014). A meta-analytic review of mood-congruent implicit memory in depressed mood. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 402–416. doi:10.1016/j.cpr.2014.06.001
- Gotlib, I.H. & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285–312. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305
- Hedlund, S. & Rude, S.S. (1995). Evidence of latent depressive schemas in formerly depressed individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(3), 517–525. doi:10.1037/0021-843X.104.3.517
- Hickey, C. & van Zoest, W. (2013). Reward-associated stimuli capture the eyes in spite of strategic attentional set. *Vision Research*, 92, 67–74. doi:10.1016/j.visres.2013.09.008
- Johnson, S.L., Joormann, J. & Gotlib, I.H. (2007). Does processing of emotional stimuli predict symptomatic improvement and diagnostic recovery from major depression? *Emotion*, 7(1), 201–206. doi:10.1037/1528-3542.7.1.201
- Joormann, J. & D'Avanzo, C. (2010). Emotion regulation in depression: Examining the role of cognitive processes. *Cognition & Emotion*, 24(6), 913–939. doi:10.1080/02699931003784939
- Joormann, J., Waugh, C.E. & Gotlib, I.H. (2015). Cognitive bias modification for interpretation in major depression: Effects on memory and stress reactivity. *Clinical Psychological Science*. doi:10.1177/2167702614560748
- Koster, E.H.W., Everaert, J., Bruyneel, L. & Onraedt, T. (2013). Cognitieve training bij depressie: Een stand van zaken. *Directie Therapie*, 33(2), 136–151.
- Kruijt, A.W., Putman, P. & Van der Does, A.J.W. (2013). The effects of a visual search attentional bias modification paradigm on attentional bias in dysphoric individuals. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2), 248–254. doi:10.1016/j.jbtep.2012.11.003
- Kujawa, A.J., Torpey, D., Kim, J., Hajcak, G., Rose, S., Gotlib, I.H. & Klein, D.N. (2011). Attentional biases for emotional faces in young children of mothers with chronic or recurrent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(1), 125–135. doi:10.1007/s10802-010-9438-6
- MacLeod, C., Mathews, A. & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(1), 15–20. doi:10.1037/0021-843X.95.1.15
- MacLeod, C., Rutherford, E., Campbell, L., Ebsworthy, G. & Holker, L. (2002). Selective attention and emotional vulnerability: Assessing the causal basis of their association through the experimental manipulation of attentional bias. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 107–123. doi:10.1037/0021-843X.111.1.107
- Matt, G.E., Vazquez, C. & Campbell, W.K. (1992). Mood congruent recall of affectively toned stimuli: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 12(2), 227–225. doi:10.1016/0272-7358(92)90116-P
- Peckham, A.D., McHugh, R.K. & Otto, M.W. (2010). A meta-analysis of the magnitude of biased attention in depression. *Depression and Anxiety*, 27(12), 1135–1142. doi:10.1002/da.20755
- Rude, S.S., Wenzlaff, R.M., Gibbs, B., Vane, J. & Whitney, T. (2002). Negative processing biases predict subsequent depressive symptoms. *Cognition & Emotion*, 16(3), 423–440. doi:10.1080/02699930143000554
- Sanchez, A., Vazquez, C., Marker, C., LeMoult, J. & Joormann, J. (2013). Attentional disengagement predicts stress recovery in depression: An eye-tracking study. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(2), 303–313. doi:10.1037/a0031529
- Tulving, E. (1985). Memory and consciousness. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 26(1), 1–12. doi:10.1037/h0080017
- Wells, T.T. & Beevers, C.G. (2010). Biased attention and dysphoria: Manipulating selective attention reduces subsequent depressive symptoms. *Cognition & Emotion*, 24(4), 719–728. doi:10.1080/02699930802652388
- Wisco, B.E. (2009). Depressive cognition: Self-reference and depth of processing. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 382–392. doi:10.1016/j.cpr.2009.03.003
- Yonelinas, A.P., Aly, M., Wang, W.C. & Koen, J.D. (2010). Recollection and familiarity: Examining controversial assumptions and new directions. *Hippocampus*, 20(11), 1178–1194. doi:10.1002/hipo.20864

BIJEENKOMST: PSYCHOTHERAPEUTEN EISEN AANDACHT
VOOR ONDERGESNEEUWDE COMPETENTIE

EMPATHIE, ONMISBAAR IN THERAPIE

Vrouwen zouden er meer van hebben dan mannen en ook mensapen beschikken erover: empathie. Het 'vermogen tot inleven in een ander' lijkt een onmisbaar concept voor elke hulpverlener, maar tijdens de opleiding tot psychotherapeut of psychiater wordt er amper aandacht aan besteed, poneert prof. dr. Greet Vanaerschot. Zij is co-auteur van het boek *Empathie, het geheime wapen van psychotherapeuten en psychiaters*, dat centraal stond tijdens een studiedag van Benecke in Amersfoort (zie ook: www.benecke.nl).

Vanaerschot, gepromoveerd op het onderwerp 'empathie in de beleavingsgerichte therapie' en verbonden aan onder meer de opleidingen psychotherapie in Antwerpen en Utrecht, bijt het spits af ten overstaan van de ongeveer honderdvijftig aanwezigen door het begrip empathie te introduceren. Met empathie wordt in diverse contexten verwezen naar het inlevingsvermogen waarmee men zich in iemand anders verplaatst. In de Van Dale wordt het omschreven als 'het zich inleven in anderen, het zich kunnen verplaatsen in de gevoelens of de gedachtegang van een ander'. Na deze korte introductie vraagt de Vlaamse professor direct interactie van de zaal. De opdracht is met elkaar een gesprek met een cliënt te bespreken waarin je erg emotioneel werd geraakt. De psychiater naast mij weet direct een casus op te halen en ik stel vast dat zij vast erg empathisch moet zijn: na drie zinnen heeft ze tranen in haar ogen

en snikt ze door haar zinnen heen: 'Nou, ik word er weer helemaal emotioneel van.'

Als de tissues weer zijn opgeborgen vervolgt Vanaerschot haar verhaal met het theoretisch onderscheid tussen cognitieve en affectieve empathie. *Cognitieve empathie* verwijst naar het vermogen om cognitief het perspectief van een ander in te nemen en zo de gedachten, gevoelens en ervaringen van een ander te begrijpen en mogelijk ook te kunnen voorspellen. Deze vorm van empathie is een belangrijk aspect van emotionele intelligentie en wordt vaak getraind in bijvoorbeeld rollenspelen. Cognitieve empathie leidt echter niet altijd tot medeleven. Psychopaten kunnen geen enkele verstoring hebben in hun cognitieve empathie, maar toch nul medeleven ervaren. Daartegenover staat *affectieve empathie*, waarin emoties en acties of bedoelingen lijfelijk worden meegevoeld met een ander. Daarbij gaat het om sensaties en gewaar-

• DIAGNOSIS UITGEVERS •

Empathie

Het geheime wapen
van psychiaters en
psychotherapeuten



Greet Vanaerschot

Nelleke Nicolai

Marc Hebbrecht [red.]

wordingen die je overkomen. In professionele context wordt geadviseerd dit affectief meevoelen onder controle te houden, waarschuwt Vanaerschot.

De Vlaamse hoogleraar laat vervolgens een aantal grote namen uit de psychotherapie passeren. Waar psychoanalyticus Dan Buie aanhanger is van de cognitieve visie op empathie, zien Carl Rogers (1902-1987) en Heinz Kohut (1913-1981) – grondleggers van het gebruik van empathie in de psychotherapie – empathie als ‘invoelend kennen’: het cognitief kennen van affectief geladen betekenissen, via het deel hebben van de beleving van de ander, staat centraal. Rogers benadrukt daarbij het ‘alsof-aspect’, anders zou het namelijk om identificatie gaan. Kohut is eveneens overtuigd van het helende proces van dit inleven, maar legt daarnaast nog de nadruk op (plaatsvervangende) introspectie om zich echt goed te kunnen verplaatsen in de beleving van een patiënt.

EMPATHIE LEREN

Over de vraag of empathie een persoonlijkheidskenmerk is of een aangeboren capaciteit laat Vanaerschot geen onduidelijkheid bestaan: empathie is een aangeboren capaciteit die men kan ontwikkelen. Lichamelijke synchronisatie en emotionele aanstekelijkheid zijn de basis voor empathie, en deze kenmerken zijn behalve bij mensen ook bij apen zichtbaar. In de jaren zestig werd, onder invloed van de denkbeelden van Rogers, de visie populair dat empathie een communicatieve vaardigheid is die je kunt leren. Inmiddels kan empathie volgens een heel gamma van interventies worden gecommuniceerd, stelt Vanaerschot in het boek. Aan het einde van de studiedag zal zij de aanwezigen dan ook nog onderhouden in een tweede sessie, getiteld ‘Empathie kun je leren’.

De eveneens Vlaamse Marc Hebbrecht (psychiater, psychotherapeut en psychoanalyticus) voert ons mee naar de neurobiologie van empathie. Hij omschrijft menselijke empathie als resultaat van een evolutie die ook bij vogels en zoogdieren zichtbaar is. Hebbrecht benadrukt dat empathie niet los kan worden gezien van hechting, mentaliseren en reflectief functioneren, maar focust in zijn lezing vooral op de neurale basis van de empathie. Als basis van affectieve empathie gelden de oudere emotionele en motivationele systemen, die bestaan uit het limbisch systeem, de orbitofrontale cortex, de voorste delen van de gyrus cinguli en de anterieure cingulaire cortex (Acc). Deze oudere systemen verwerken informatie snel en efficiënt, maar rigide. In de loop van de evolutie ontstonden er bij de mens ter hoogte van de prefrontale cortex nieuwe systemen die flexibeler zijn en meer integratief, maar trager werken. Hebbrecht haalt Frans de Waal aan, die in een van zijn boeken de gelaagdheid van het brein vergelijkt met een Russisch matroesjkapoppetje. De nieuwere systemen waarmee mensen zich onderscheiden van dieren maken het mogelijk dat wij ook het gezichtspunt van vreemden kunnen innemen of meevoelen met mensen ver weg.

Nelleke Nicolai (eveneens psychiater, psychotherapeut en psychoanalyticus) spreekt deze dag over de onderwerpen troost, compassie en zelfcompassie. Nicolai, die zelf veel met patiënten met vroeg-traumatische ervaringen werkt, laat weten haar kennis vooral te baseren op klinische ervaring. Er is maar weinig onderzoek naar haar drie onderwerpen gedaan. Het

Empathie is een aangeboren capaciteit die men kan ontwikkelen

vermogen jezelf te troosten is een functie die al in de vroege ontwikkeling aanwezig is. Hoe beter een baby als kleintje getroost is, hoe veiliger de hechting wordt. Dit uit zich ook in een kind dat zichzelf goed kan geruststellen. Zelfregulatie tonen baby's bijvoorbeeld al door te duimen. Interactieve regulatie is nodig van buitenaf, bij heftige emoties die optreden na bijvoorbeeld separatie van moeder. Vanaf ongeveer een jaar oud, verloopt dit reguleren van emoties door zogeheten 'gemarkeerd spiegelen': ouders benoemen de emotie, maar nemen deze niet over. Hierdoor voelt het kind zich begrepen en getroost en wordt creatiever in zichzelf troosten. Wie deze processen als kind heeft moeten missen of bij wie deze verstoord verliepen, kan later een gebrek ondervinden aan vermogen tot zelftroost. Emotion Focused Therapy besteedt aandacht aan het herstel ervan en ook de Amerikaanse psychologe Kristin Neff richt zich op het concept troost. Een ander begrip waarvan Neff een van de grondleggers is, is 'zelfcompassie'. Compassie is afkomstig uit het boeddhisme. Bij zelfcompassie staan drie basisprincipes centraal: vriendelijk zijn voor jezelf, mindfulness en je niet schamen voor je problemen, maar deze accepteren als menselijk. De praktijkgerichte Nicolai voegt toe dat in de praktijk zelfcompassie pas echt aanslaat bij patiënten die enige afstand hebben van hun eigen emoties en dat deze techniek af te raden is wanneer iemand sterk wantrouwend, dissociatief of gevoelloos is.

GEHEIM WAPEN

Nicolai krijgt tijdens de vragenronde die op haar lezing volgt de onvermijdelijke vraag vanuit het publiek: Wat is er nu eigenlijk zo geheim aan dat 'geheime wapen' empathie? Empathie lijkt verdwenen uit het vak, luidt het antwoord. Het wordt in de geneeskunde gezien als 'soft'. Toch hebben de schrijvers met hun boek het belang van empathie willen benadrukken. Want als patiënten gevraagd wordt wat een arts nu zo prettig maakt, hoor je steeds: 'Hij neemt echt de tijd en luistert naar je,' weet psychiater Nicolai.

In de resterende lezingen staan empathie in de cognitieve gedrags- en systeemtherapie centraal. Volgens klinisch psycholoog en cognitief gedragstherapeut Peter Daansen is empathie in de cognitieve gedragstherapie écht heel geheim: in leerboeken en literatuur komt de term nauwelijks voor, stelt hij. De

klinisch psycholoog verklaart dit doordat in de cognitieve gedragstherapie vooral geprotocolleerd wordt gewerkt. Daansen ziet echter wel degelijk het belang van empathie in 'zijn' behandelmethode, alleen wordt het meer impliciet dan expliciet toegepast. Zonder echte belangstelling haken cliënten af. En ook al werk je geprotocolleerd, met empathie blijf je individualiseren door je steeds af te vragen: past dit bij de cliënt?

BELEVEN

Geboren verteller Jan Baars (klinisch psycholoog en psychotherapeut) legt ons een aantal casussen voor uit de systeemtherapie waaruit de precaire rol van empathie duidelijk wordt. Want waar je voor het ene gezinslid als therapeut empathie toont, voelt een ander gezinslid aan tafel zich daardoor mogelijk miskend, legt Baars uit. Zijn advies is in systemen altijd eerst empathie te hebben voor de posities in het gezin, om daarna pas te gaan 'beleven'. 'Als je vader, moeder en zoon hebt benoemd, dan voelt ieder zich ook erkend en pas dan kan het beleven beginnen.'

Ter afsluiting betreden Vanaerschot en Nicolai samen het podium voor de beloofde praktische handreiking van de dag, getiteld 'Empathie kun je leren'. Het is onduidelijk of het nu door het stralende vrijdagmiddagweer komt of door de aankondiging dat in het praktijkgedeelte rollenspellen zullen volgen, maar na de middagpauze is de helft van de zaal leeg. 'De angstigen onder ons zijn vast weggegaan,' grapt de goedlachse Vanaerschot.

En zijn vrouwen nou echt empathischer dan mannen? Vanaerschot helpt ons al tijdens haar eerste lezing uit de droom. Vrouwen blijken zeer sterk empathisch, maar dan wel vooral in onderzoeken waarbij gewerkt is met zelfbeoordelingsvragenlijsten. Bij onderzoeken met objectievere metingen, blijkt geen duidelijk verschil tussen de seksen.

Tessa Vogelaar, MSc, is psycholoog en journalist en werkzaam bij het NIP. E-mail: tessa@psynip.nl



FOTO: HERMAN WOUTERS

INSPIRATIE – EEN KLEURRIJK MAN

Janwillem Bast, uitgever psychologische instrumenten bij Hogrefe

Ik werk nu als uitgever bij een testuitgeverij en hoe ik mijn werk doe, heeft alles te maken met de manier waarop ik ben opgeleid bij de vakgroep Methodenleer aan de UvA. En dan in het bijzonder door één man, docent Test- en vragenlijstconstructie Harrie Vorst.

Het psychologieonderwijs is te massaal en onpersoonlijk, luidt vaak de

klacht. Vaak hielden docenten een verhaal en als student zat je te luisteren en eventueel kon je een vraag stellen. Vorst deed het tegenovergestelde, hij liet vooral zijn studenten aan het woord. Dan ging het over betrouwbaarheid van een test en vroeg hij: “Janwillem, hoe zou jij de betrouwbaarheid van een test beoordelen?” Daarna vroeg hij het een volgende. Hij creëerde een veilige sfeer zodat je vrijuit durfde te praten en te associëren. Op het laatst nam hij zelf het woord.



ren van scholieren te meten, red.). De vragenlijst was al een heel goed instrument, maar hij bleef er maar aan doorwerken, zoekend naar verbetering. Ook daardoor voelde ik me geïnspireerd.

GUL EN HARTELIJK

Hij liet er studenten aan meewerken en betaalde daarvoor. Verder was hij gul en hartelijk. Ieder jaar nam hij alle mensen die aan de vragenlijst hadden meegewerkt mee uit eten. Bij hem kreeg je echt het gevoel dat je ertoe deed. En later, toen de svl 25 jaar bestond, werd er een symposium georganiseerd rond die lijst. Toen heeft hij alle mensen die ooit aan de svl hebben meegewerkt op het podium in het zonnetje gezet. Ik was erbij, we kregen allemaal een certificaat *Test en -vragenlijstconstructie* uitgereikt. Dat is bijzonder, want hij is gewoon de grote auteur van die vragenlijst, de aandacht zo van hem afleiden, had hij helemaal niet hoeven doen. Door zijn manier van optreden raakte je als student erg betrokken bij wat je deed en ging je harder werken.

Bij methodenleer word je breed opgeleid en leer je kritisch nadenken over veel verschillende onderwerpen. Je mag je overal mee bemoeien, er met je methodologische blik naar kijken. Die basishouding blijkt heel waardevol en helpt me erg in mijn werk als testuitgever. Inhoudelijk weet ik niet alles, de auteurs zijn de specialisten, maar door deze achtergrond kan ik wel beoordelen of een test kwaliteit heeft en of het iets bijdraagt aan wat er al is. Ik kan bedenken hoe het ook anders zou kunnen. Je kunt zo met de auteurs op gelijke voet een gesprek aangaan.

Ook dat nadenken over wat er zou kunnen, helpt me in de testuitgeverij. Als er iets nieuws in de wetenschap gebeurt, houd ik altijd in de gaten of we die ontwikkeling

Als je bij hem binnenkwam, zat hij verborgen achter stapels papier te werken

later in de testuitgeverij kunnen gebruiken. Neem de netwerkbenadering van de groep van Danny Borsboom. Die nieuwe benadering is interessant en kan misschien weer tot nieuwe instrumenten leiden.

KLASSIEKE WETENSCHAPPER

Vorst is een kleurrijk man. Hij voldeed aan het klassieke beeld van een wetenschapper. Zijn kamer lag helemaal vol papier en spullen, als je bij hem binnenkwam, zat hij verborgen achter stapels papier te werken. Er waren ook altijd wel studenten in zijn kamer aan het werk, die zaten daar data in te voeren of zo, het was er bedrijvig en levendig.

Ik heb hem nog helpen verhuizen naar een andere kamer. Dat was de stressvolste periode van zijn leven. Alle andere docenten hadden misschien vijf doosjes met spullen, hij had er wel zeshonderd. En dan nog moesten er een paar containers vol dozen weg. Dat vond hij heel erg zonde, want hij wist precies waar alles lag en kon zich bij alles voorstellen dat hij het ooit nog zou kunnen gebruiken.

Inmiddels is hij officieel met pensioen maar hij is nog steeds heel actief. Hij is een van onze testauteurs en ik spreek hem nog regelmatig bij onze uitgeverij.

In het begin was dat wennen, je bent als student opeens zichtbaar. Maar het was daarna opwindend en spannend. Bij methodenleer gaat het niet alleen om de kennis die er is, maar het gaat er ook om dat je zelf nieuwe dingen kunt verzinnen en kunt nadenken over hoe het ook anders kan.

Vorst is een inspirerende man. Hij heeft bijna zijn hele carrière doorgewerkt aan de schoolvragenlijst (svl, *psychologische test om het sociaal-emotioneel functione-*

VRAAG & AANBOD

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

VACATURES

Gz- of ervaren psycholoog
REGIO NOORD-KENNEMERLAND



VACATURES

Klinisch psycholoog
HEERENVEEN



VACATURES

Klinisch psycholoog
BILTHOVEN



Klinisch psychologen
'S-HERTOGENBOSCH, LOCATIE JbZ



Gz-psychologen
DIVERSE REGIO'S O.A. ZUID HOLLAND



Health care psychologist
(Gz-psycholoog)
THE HAGUE (DEN HAAG)



Ervaren (Gz-)psychologen
HILVERSUM / ROTTERDAM / LEIDEN



Psychiaters
DIVERSE REGIO'S O.A. BRABANT



PRAKTIJKKRUIMTES

Praktijk voor Psychotherapie
DEN HAAG

VRAAG & AANBOD

Dé advertentierubriek in *De Psycholoog*. Plaastst 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.

HRM-bureau Deen (sinds 1937) werft, selecteert, traint & ontwikkelt professionals, managers, directieleden en managementteams. Naast deze activiteiten leveren onze MD-programma's een zichtbare bijdrage aan het vergroten van succes en continuïteit. Doordat Deen een naam heeft opgebouwd met assessmentadviezen met duidelijk voorspellende waarde en wij de 'onzichtbare bouwstenen' van succes zichtbaar maken, zijn wij uitgegroeid tot een full-service dienstverlener met 3 locaties en ca. 30 medewerkers. Voor onze vestiging Rotterdam zoeken wij:

JUNIOR, MEDIOR & SENIOR CONSULTANTS

Functie-inhoud:

Uitdagende en afwisselende posities voor breed inzetbare consultants. Afhankelijk van je ervaring en interesses kun je activiteiten ontplooiën die bij jou en je carrièrelijn passen op het gebied van selectie- & ontwikkelassessments, training & management development of coaching & outplacement. Ook bestaat de mogelijkheid om recruitment & (executive) search opdrachten voor onze klanten uit te voeren of daarin te worden opgeleid. Doelstelling is om breed te kunnen adviseren aan onze klanten en branchegericht expertise en relaties op- en uit te bouwen. Wij bieden ruimte aan persoonlijke ambities, maar verwachten ook commitment aan de organisatie en de klant, die gewend is aan een hoge kwalitatieve dienstverlening.

Wij zoeken:

Een universitair opgeleid psycholoog met commerciële instelling. Kennis van of interesse in organisaties en functies, klantgericht, communicatief en redactioneel sterk. Proactieve houding, weet zichzelf, de organisatie en anderen verder te ontwikkelen.

Wij bieden:

Zelfstandige, veelzijdige en verantwoordelijke positie. Samenwerken in een professioneel team met veel expertise. Zowel in- als externe trainings- en opleidingsmogelijkheden. Goede salariëring, pensioen en auto van de zaak. Interesse? Mail naar rotterdam.pad@deen.eu t.a.v. mevrouw dr. G.N. Smit of bel: 010-4770288.

EXECUTIVE SEARCH & ASSESSMENT

DEEN MAAKT DE 'ONZICHTBARE BOUWSTENEN' VAN SUCCES AL 75 JAAR ZICHTBAAR

Nieuwe inspiratie opdoen?

Een greep uit ons nieuwe opleidingsaanbod:



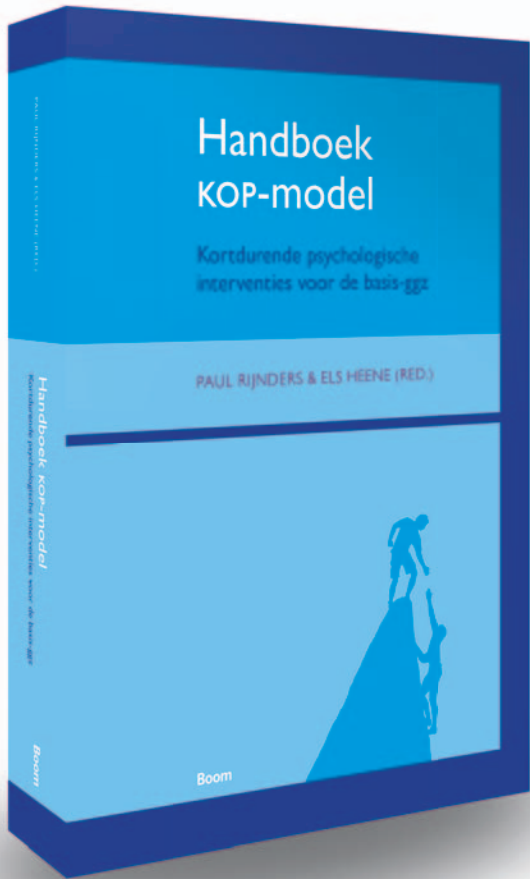
- Postmaster opleiding veiligheid in gezinnen met risico's
- Kortdurende vaardigheidstrainingen binnen de basis ggz, POH-GGZ en wijkteams
- Specialistische cursus diagnostiek van verslaving
- Opleiding ouderbegeleiding

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



MENSENKENNIS

Bestel uw vakliteratuur in de NIP boekenclub

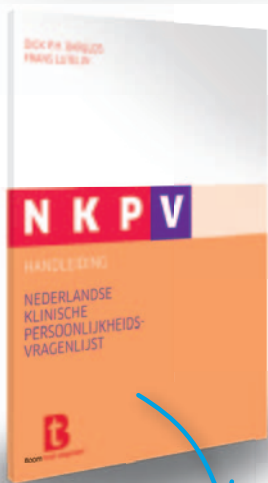


Handboek KOP-model: kortdurend behandelen in de Basis GGZ

Het standaardwerk voor kortdurend behandelen is nu verschenen in een uitgebreide herziene editie. Het KOP-model van Paul Rijnders en Els Heene is een praktisch werkmodel waarmee de patiënt inzicht krijgt in de oorzaken van de klachten, wat er aan gedaan kan worden en vooral wat hij of zij er zelf aan kan doen. Uit onderzoek blijkt dit model uitstekend geschikt voor de behandeling van patiënten met milde tot matige psychische klachten. Met het *Handboek KOP-model* hebt u het theoretische fundament in handen om met deze behandelmethode aan de slag te kunnen.

 Ga voor meer informatie naar www.kop-model.nl

9789089535023 | 328 p. | € 42,50



Nieuwe persoonlijkheidsvragenlijst voor de klinische praktijk



Cognitieve gedragstherapie bij kinderen met een depressie



Bewezen effectieve online cursus bij chronische pijnklachten

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