

DE PSY- CHO- LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN
JAARGANG 51 • NR 1 • JANUARI 2016

VOOR WIE (EN WAAROM) WERKEN COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE EN MINDFULNESSTRAINING? • INTERVIEW
DANIËL LAKENS: 'EEN PORTRET... MOET DAT ECHT?' • INSPIRATIE: MARCEL VEENMAN • GASTCOLUMN JO VOSSEN:
DIERPSYCHOLOGIE – EEN LEVENSWETENSCHAP • IEDER MENS DOET AAN PSYCHOLOGIE: BEGRAFENISREGISSEUR
HANS SCHEERDER • IN SPE: MADELEINE DALSKLEV • JOS TEN BERGE: FACTORANALYSE ALS SCHERPRECHTER

NARCISTISCHE KINDEREN



Bestel uw vakliteratuur in de NIP boekenclub



Over contact als kernwaarde in therapie

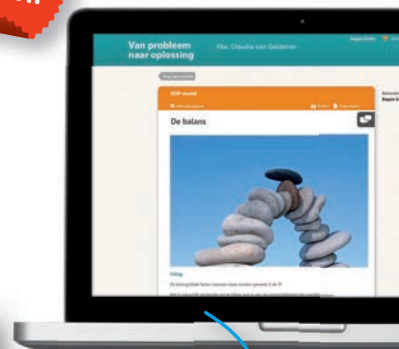


De nieuwste inzichten over het menselijk leren



Wat je kunt doen als de behandeling vastloopt

€17,-
korting in
januari!



KOP-model online:
vijf stappen naar
psychisch evenwicht

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

Boom | Psychologie
& Psychiatrie

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

Geen verzendkosten
binnen Nederland
vanaf € 20,-

Nieuwe inspiratie opdoen?

Een greep uit ons opleidingsaanbod:

VRAAG HET
PROGRAMMABOEK
AAN:
WWW.RINOGROEP.NL/AANVRAAG



- **Positieve psychologie in de praktijk**
- **Slaap en de behandeling van slaapstoornissen**
- **Wettelijk tuchtrecht in de ggz**
- **Moreel beraad**
- **GZ-opleiding accent ouderen**

Oók in Utrecht:

GZ-OPLEIDING OUDEREN

‘De problematiek in ouderenzorg wordt complexer, goed opgeleide mensen zijn hard nodig.’

www.rinogroep.nl/GZouderen



MENSENKENNIS

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

- 10 NARCISTISCHE KINDEREN** – Narcistische kinderen voelen zich superieur aan anderen, vinden dat ze meer rechten hebben dan anderen, en hunkeren naar bewondering van anderen. Als het ze niet lukt de bewondering te krijgen die ze willen, dan voelen ze zich gekrenkt en kunnen ze reageren met boosheid en agressie. Eddie Brummelman beschrijft in dit artikel de aard, gevolgen, ontwikkeling en oorsprong van narcisme bij kinderen. Tevens bespreekt hij de opkomst van korte, psychologisch precieze interventies om narcistische problematiek te verhelpen.
- 26 ‘EEN PORTRET... MOET DAT ECHT?’** – Komend jaar is Daniël Lakens onze vaste columnist. Een gesprek over zijn harde werken (‘Leeg uit het raam kijken? Zelden!’), zijn platencollectie (‘Nou vooruit, dat mogen jullie weten’) en hoe hij zich op een dag helemaal ingroef in de statistiek. ‘Als ik dat niet snap, hoe kan ik dan ooit goed onderzoek doen?’
- 34 VOOR WIE WERKEN COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE EN MINDFULNESSTRAINING?** – Stel: je zit al maanden niet goed in je vel, hebt moeite je bed uit te komen en je hebt nergens zin meer in. Je besluit naar een psycholoog te gaan. Hoe groot is de kans dat dit helpt? Het is bekend dat ongeveer de helft van de mensen met een depressie baat heeft bij een psychologische behandeling. Evelien Snippe en collega’s vroegen zich af waarom en voor wie behandeling voor depressie helpt.

*kwaliteit in leren • persoonlijke aanpak
kleine groepen • mooie omgeving
ontmoeting • verdieping en inspiratie*

Apanta-academy: nét even anders Opleidingen voor ggz-professionals

Apanta-academy biedt professionals in de ggz opleidingen en nascholing. Hierbij staat een unieke, persoonsgerichte en systemische aanpak centraal. Apanta-academy leert je naar de mens te kijken, niet alleen naar zijn klacht.

We bieden opleiding & nascholing in:

- Cliëntgerichte Psychotherapie (VCgP)
- Emotion Focused Therapy (EFT)
- Systeemtherapie (NVRG)
- Masterclasses voor POH-ggz
- Diverse specialistische workshops & webinars

Meld je aan voor onze nieuwsbrief en bekijk het complete aanbod via:

www.apanta-academy.nl

Alle opleidingen zijn geaccrediteerd



RINO

Een greep uit ons aanbod:

Mindfulness in de klinische praktijk

www.rino.nl/884 start 1 februari 2016

Complexe Psychologische Diagnostiek

www.rino.nl/145 start 30 maart 2016

Multistress gezinnen

www.rino.nl/742 start 19 mei 2016

Infant Mental Health

tweejarige specialistische opleiding 0 - 5 jaar

www.rino.nl/980 start in juni 2016

Cliënten met een verstandelijke beperking in de GGZ

www.rino.nl/129 10 juni 2016

Schematherapie in groepen

www.rino.nl/975 start 22 september 2016

www.rino.nl

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



PRI in de praktijk:

van seksuele blokkade
naar genieten van fysiek contact

Afnemende seksualiteit in de relatie correleert met een verlaagde relatietevredenheid voor beide partners (Impett, Finkel, Strachman, & Gable, 2008). Vrouwen en mannen blijken dezelfde denkbeelden te hebben rond het thema intimiteit als ook over fysiek contact, bij mannen gaat dit eerder over seks en bij vrouwen eerder over intimiteit (Bradbury & Karney, 2014).

Sebastiaan (45) en Laura (40) zijn twee hardwerkende jonge ouders met drie kinderen. Beide hebben reeds een succesvol PRI-proces doorlopen. Één thema blijft een terugkerend probleem in hun relatie; verschil in seksualiteitsbeleving. Laura ervaart vaak dwang vanuit Sebastiaan om seksueel contact te hebben. Sebastiaan erkent dat hij gebrand is op het zoeken naar het seksueel samenzijn. Complicerend is dat beiden in hun jeugd slachtoffer zijn geweest van seksueel misbruik. De oorzaak voor de seksuele problematiek werd gelegd bij de druk van werk en gezinsleven. De seksualiteit is een lastig onderwerp geworden en leidt regelmatig tot spanning.

Tijdens het PRI-traject werken ze de interactie van hun defensieve reacties in detail uit. Sebastiaan en Laura kregen inzicht in wat er misgaat in de fysieke intimiteit. De werkelijke oorzaak ligt niet in het drukke werk en gezinsleven, maar is een duidelijk gevolg van de seksueel traumatische ervaringen uit hun kindertijd. Door gericht te werken met de kernelementen van de PRI-methode (zelf observatie, cognitieve herstructurering en exposure) leren zij deze ervaringen te verwerken en de ingesleten relatiepatronen te doorbreken. Beide ontwikkelen aan de hand van gerichte oefeningen eveneens hun empathisch vermogen. De ontstane rust in de interactie herstelde Laura's vertrouwen in hem en ook in hun intimiteit. Haar gevoel dat zij tekort schiet, verdwijnt. Hij ervaart opluchting dat hij haar weer kan bereiken en dat zij wel interesse heeft in hem.

De vernieuwde relatie werkt als een waar afrodisiacum!

Bradbury, T. N., & Karney, B. R. (2014). *Intimate Relationships*. New York: W.W. Norton & Company.

Impett, E. A., Finkel, E. J., Strachman, A., & Gable, S. L. (2008). Maintaining Sexual Desire in Intimate Relationships: The Importance of Approach Goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 808-823.

Geïnspireerd geraakt door deze casus? Lees het recent verschenen boek van Ingeborg Bosch, *Onze Liefde* (2015) of ga voor meer informatie naar www.prionline.nl.

RUBRIEKEN

Redactioneel

- 6 NIEUWS
- 9 COLUMN: Daniël Lakens
- 21 BOEKEN EN MEDIA
- 32 INSPIRATIE: Marcel Veenman
- 44 IN SPE: Madeleine Dalsklev
- 46 FORUM: Is de wereld een beangstigende plek?
- 51 GASTCOLUMN: Jo Vossen
- 52 IEDER MENS DOET AAN PSYCHOLOGIE: Hans Scheerder
- 54 BIJEENKOMST: De ggz draait door
- 57 BIJDRAGE AAN EEN FORUM-DISCUSSIE: Factoranalyse als scherprechter rapportage subtestscores?

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 (hoofredacteur), Jeroen van Goor (redacteur) en Geertje Kindermans (schrijvend redacteur), e-mail: redactie@psynip.nl. ISSN: 0033-3115. **Redactieraad:** Marrie Bekker, Sonja Borgsteede, Angélique Cramer, Dennis Hernaus, Sabine Hunnius, Sarah Prins, Wouter Schoonman, Wilmar Schaufeli, Bart Schutz, Annelies Spek, Giovanni Timmermans, Marcel Veenman, Rolf Zwaan. **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: dep psycholoog@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: Shutterstock

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).



NIEUW

‘Na mijn proefschrift dacht ik even dat ik wel klaar was met metacognitie, maar het is na dertig jaar nog steeds mijn onderwerp.’ Metacognitie gaat nog veel verder dan hij aanvankelijk dacht, bekent Marcel Veenman in de rubriek Inspiratie. ‘Met behulp van metacognitieve vaardigheden kun je bewust iets nieuws leren en ze kunnen helpen bij het afstappen van geautomatiseerde processen. Daarom heeft metacognitie veel te maken met de vrije wil.’

Veenman is een van de leden van de nieuwe redactieraad van *De Psycholoog* die sinds eind vorig jaar actief is. De raad bestaat uit een mooie mix van psychologen, met een heel diverse achtergrond, werkzaam in de praktijk en in de wetenschap. In de komende tijd zult u op diverse plekken in het blad nader kennis met hen maken.

Sociaal psycholoog Daniël Lakens is deze jaargang de nieuwe columnist. Hij heeft zich de laatste jaren nadrukkelijk in de media en op blogs laten gelden, vooral als het gaat om de methodologische kwaliteit van onderzoek. Waarover zijn columns zullen gaan, weet hij nog niet; maar hij zal zich er beslist niet makkelijk vanaf maken.

Ter wetenschappelijke verdieping in dit nummer artikelen over narcistische kinderen en over cognitieve gedragstherapie en mindfulness training. Ook treft u twee reacties op eerdere stukken in het blad – en u mag best weten dat ik voor 2016 wens dat er meer interactie met lezers zal zijn.

Wellicht had u in dit januarinumnummer de winnaar van de Publicatieprijsvraag verwacht, die de redactie om de twee jaar uitschrijft. Er waren (slechts) negen artikelen ingediend, de jury vond daar geen absolute winnaar tussen zitten. Wel hebben vier inzenders de nodige feedback op hun artikel gekregen en een aanmoediging hun eventuele revisie opnieuw ter beoordeling in te dienen. Voor het niet uitgereikte prijzengeld zal nog een nadere bestemming worden bepaald.

Namens iedereen die bij dit blad betrokken is, wens ik u veel leesplezier en een aan niets te wensen overlatende fysieke en psychische gezondheid voor 2016!

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

VAN BELANG OM PDD-NOS TE BLIJVEN TESTEN

JE HEBT HET OF JE HEBT HET NIET. TOCH?

Elk kind met een autismespectrumstoornis is anders, dat weten we inmiddels wel. Tot nu beschouwen we de aandoening wel als iets dat blijft. Maar ook dat verschilt per individu.

Beloopstudies laten zien dat klassiek autisme een aandoening voor het leven is. Voor lichtere vormen van autisme geldt een ander verhaal, althans volgens een studie van het Sophia Kinderziekenhuis en ggz-instelling Yulius. De onderzoekers volgden een groep van 72 kinderen in de basisschoolleeftijd met de diagnose PDD-NOS en bekeken na zeven jaar de diagnose opnieuw. Tijdens het tweede meetmoment

vertoonde 40% van deze inmiddels tot pubers uitgegroeide proefpersonen meer kenmerken van autisme. Maar bij 20% waren de symptomen dusdanig afgenomen dat ze niet meer aan de criteria van PDD-NOS voldoen.

Ook het aantal stoornissen dat vaak met PDD-NOS gepaard gaat, bleef niet constant. Tijdens de adolescentie namen ze over het algemeen af van 80% naar 60%, maar bij sommige kinderen verschoven ze, bijvoorbeeld van een angststoornis naar een depressie.

Twee kenmerken van autisme voorspelden het beloop van die bijkomende stoornissen, namelijk stereotiep gedrag

en een beperkte sociale interesse. Hoe meer van dit gedrag kinderen op jonge leeftijd laten zien, hoe groter de kans dat ze als pubers last blijven houden van comorbiditeit.

Dit beeld suggereert dat kinderen gedurende de adolescentie zowel in als uit het autismespectrum kunnen groeien. Tegelijkertijd roept het onderzoek de discussie op hoe je de stoornis het beste kunt benaderen, categoriaal of dimensioneel. Want de groep die weliswaar niet meer aan de diagnose voldoet, loopt meestal nog steeds aan tegen hindernissen in het sociale verkeer. En waar trek je dan de grens?

AANZIENLIJKE INVLOED REALITY SOAPS OP JONGEREN

SEXY SELFIES

Seksuele realitysoaps hebben – meer dan internetporno – invloed op het seksuele gedrag van jongeren in een online omgeving, blijkt uit onderzoek aan de Universiteit van Amsterdam (UvA).

Voor ten minste één op de vijf adolescenten die actief zijn op sociale media is het niet ongewoon zich in een seksueel bevallige pose te presenteren op hun online profiel. Onderzoekers aan de UvA onderzochten of dit verschijnsel verband houdt met blootstelling aan seksuele beelden via massacultuur, in het bijzonder reality tv en internetporno – en zo ja, of frequente plaatsers van sexy selfies daardoor ook meer geneigd worden dergelijke media te consumeren.

Om antwoord te krijgen op deze vraag ontwierpen de onderzoekers een tweedelig panelonderzoek met vragen over televisiekijkgedrag, consumptie van internetporno en seksuele selfies op sociale media. De eerste keer namen ruim tweeduizend jongeren van dertien tot achttien jaar aan het panel deel, de tweede keer, een half jaar later, bijna 1800. Eén op tien deelnemers omschreef zichzelf als frequent gebruiker van internetporno. De panelonderzoeken werden uitgevoerd in een periode dat er op MTV twee seksueel getinte realitysoaps vertoond werden. Jongeren die daar tijdens het eerste panelonderzoek naar keken, bleken bij de tweede meting vaker een seksuele foto van zichzelf op sociale media te hebben geplaatst. Het

delen van erotische selfies via sociale media was, omgekeerd, ook voorspellend voor later kijkgedrag: jongeren die in de eerste fase al zulke beelden online zetten, keken ook vaker naar genoemde reality soaps.

Bij pornografie bleken beide verbanden niet te bestaan; het frequent bezoeken van pornografische websites in fase I was geen voorspeller van seksuele online selfies, zoals het laatste ook geen voorspeller bleek van digitale pornoconsumptie. (EdJ)

Bron: Vandenbosch, L. et al. (2015). The relationship between sexual content on mass media and social media: a longitudinal study. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. doi:10.1089/cyber.2015.0197.

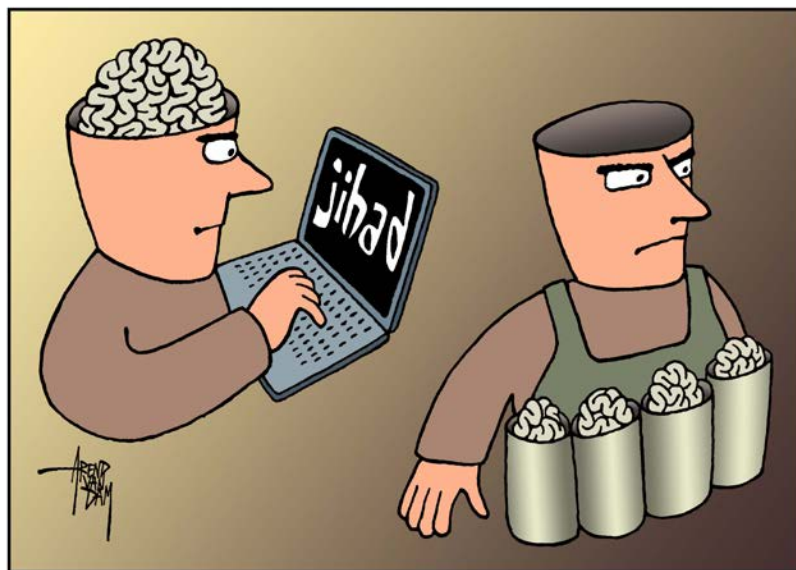
SCHAP

In elk geval is het belangrijk om kinderen met de diagnose PDD-NOS tijdens de puberteit opnieuw te testen, zodat de behandeling zo nodig aangepast kan worden. (SP)

N.B. de kinderen in dit onderzoek zijn volgens de DSM-IV gediagnosticeerd.

Bronnen: Louerse, A. et al (2015). ASD Symptom Severity in Adolescence of Individuals Diagnosed with PDD-NOS in Childhood: Stability and the Relation with Psychiatric Comorbidity and Societal Participation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. doi: 10.1007/s10803-015-2595-2

Verheij, C. et. al (2015). The Stability of Comorbid Psychiatric Disorders: A 7 Year Follow Up of Children with Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. doi: 10.1007/s10803-015-2592-5



DEUR OPEN VOOR NIEUWE BEHANDELVORMEN

ANGST ONGUNSTIG VOOR JE STATUS

Angst is niet alleen een slechte raadgever, het blijkt volgens Zweedse neurowetenschappers ook nog eens nadelig voor je sociale positie. Met hun laboratoriumexperiment toonden ze ook aan welk hersengebied hier een rol in speelt.

Voor het experiment werden de ratten eerst gecategoriseerd van laag- naar hoogangstig. Vervolgens stopten de onderzoekers telkens een duo in een kooi dat even sterk was, maar wel van elkaar verschilde in angstgevoeligheid. De nieuwe kooi lokte bij de dieren territoriumdrift uit, zodat ze met elkaar de strijd aangingen om de hoogste positie. Uit de gedragsanalyses van deze sociale competitie bleek dat de bange ratten net zo fanatiek aan de knokpartij begonnen als de kalmere ratten, maar

dat ze zich gaandeweg onderdaniger opstelden en vaker verloren.

Op biologieniveau zagen de onderzoekers dat de nucleus accumbens van die angstige ratten op een lager pitje ging draaien. Dit hersendeel is betrokken bij leerprocessen, motivatie en beloning. De angst zorgde binnen dit gebied voor veranderingen in de mitochondriën, de energiecentrales in een cel.

Dit proces kon bovendien worden tegengegaan met geneesmiddelen die de stofwisseling bevorderen, zoals vitamine B3. Daarmee presteerden de bange ratten beter tijdens de competitie. Andersom gold ook dat kalmere ratten op de sociale ladder daalden als ze middelen toegediend kregen die de celstofwisseling verlaagden. De effec-

ten van deze stoffen zijn weliswaar van tijdelijke aard, maar het opent wel weer deuren voor nieuwe angstbehandelingen.

Momenteel onderzoeken de neurowetenschappers of bovengenoemde bevindingen ook opgaan voor mensen met natuurlijke variaties in angstgevoeligheid. Eerder bewezen de onderzoekers al eens dat ook angstige mensen onder invloed van stress hun zelfvertrouwen en competitiedrang verliezen. Mogelijk zorgt een slecht functionerende hersenkern dat je sociale competities minder goed en negatiever beoordeelt, maar dat is vooralsnog een hypothese. (SP)

Bron: Hollis, F. et al. (2015). Mitochondrial function in the brain links anxiety with social subordination. *PNAS*. doi: 10.1073/pnas.1512653112

NIEUWS PROMOTIES

STRATEGISCHE VOORSPELLINGEN IN GESPREKKEN

Mensen reageren razendsnel op elkaar in gesprekken. Vaak weten we al vaag wat de ander wil zeggen. Dat helpt om onze eigen reactie alvast te plannen terwijl de ander nog aan het praten is: we doen een voorspelling over de uitkomst. Florian Hintz laat in zijn proefschrift zien hoe dergelijke voorspellingen werken in verschillende situaties. Hij ontdekte dat we parallel verschillende strategieën inzetten om tot het beste resultaat te komen, en dat we die strategieën aanpassen aan de situatie. Kortom: ons begrip van aanstaande boodschappen hangt af van onze actieve inzet, en of we lezen of luisteren. Ook is van belang wat in onze omgeving gebeurt.

F. Hintz, *Predicting language in different contexts: the nature and limits of mechanisms in anticipatory language processing*. Radboud Universiteit, 14 december 2015. Promotoren: prof. dr. A.S. Meyer en dr. F. Hüttig

RADICALISERING IN DE BANLIEUES

Tijdens zijn verblijf in de Parijse voorstedelijke wijk 4000 Sud zag conflictdeskundige Luuk Slooter brandende auto's en een florierende drugshandel, maar het merendeel van de tijd was het er rustig en stil, soms saai. In zijn proefschrift bekijkt en ontleeft hij de voorstedelijke crisis, zowel van buitenaf door de ogen van de Franse staat, als van binnenuit door de ogen van jongeren op de straathoek. De autobranden, rellen en drugsgeweld in de Parijse banlieues zijn volgens Slooter een vorm van protest tegen een discriminerende buitenwereld en geven status en respect in de binnenwereld van de wijk. 'In de nasleep van de recente aanslagen in Parijs worden de banlieues vaak als broedplaats gezien voor radicalisering,' zegt hij. 'Die koppeling is te onnauwkeurig en draagt mogelijk bij aan verdere stigmatisering van de Franse voorsteden.'

L. Slooter, *The Making of the Banlieue. An Ethnography of Space, Identity and Violence*. Universiteit Utrecht, 11 december 2015. Promotoren: prof. dr. Georg Frerks, prof. dr. Michel Wieviorka en dr. Jolle Demmers

KLOOF AUTISME-ONDERZOEK EN PRAKTIJK

De psychiatrie vertoont een hardnekkige neiging om geestesziektes als onafhankelijk bestaande fenomenen te zien. In plaats daarvan zouden psychiatrische problemen volgens Berend Verhoeff in samenhang moeten worden gezien met de persoonlijke, sociale en culturele context waarin ze ontstaan. Hij deed een historisch-filosofische studie naar al het onderzoek dat sinds de Tweede Wereldoorlog is gedaan naar autisme en stelt vast dat de zoektocht naar neurobiologische oorzaken van psychiatrische stoornissen nauwelijks iets oplevert. Onderzoek verzandt in ingewikkelde hypothesen over de neurobiologische basis van syndromen zonder dat te kunnen vertalen naar de psychiatrische praktijk. Zo zijn de opvattingen over autisme sinds de Tweede Wereldoorlog steeds gewijzigd.

B. Verhoeff, *Autism's anatomy. A dissection of the structure and development of a psychiatric concept*. Rijksuniversiteit Groningen, 05 november 2015. Promotoren: prof. dr. D. Draaisma en prof. dr. G.C.G. Dehne

M. Abrahamse, *Treating young children's disruptive behavior problems. Dissemination of an evidence-based parent management training program in the Netherlands*. Universiteit Twente, 18 december 2015. Promotoren: prof. dr. M. Junger en dr. R. Lindauer

D. Bertens, *Doin' it right. Assessment and errorless learning of executive skills after brain injury*. Radboud Universiteit, 8 januari 2016. Promotoren: prof. dr. R.P.C. Kessels, prof. dr. L. Fasotti en dr. D.H.E. Boelen

A. Goosensen, *Naar een geloofwaardige tbs. Aangrijpingspunten voor de optimalisatie van de behandelduur, op basis van de praktijk in FPC Oldenkotte*. Tilburg University, 11 december 2015. Promotoren: prof. dr. T.I. Oei en prof. dr. mr. M.S. Groenhuijsen

A.I.M. van der Smissem, *Contemporary Psychological Contracts. How organizational change and generational differences affect employer employee relationships*. Tilburg University, 14 december 2015. Promotoren: prof. dr. M.J.D. Schalk en dr. C. Freese



TWIJFEL ALS DE EERSTE ZEKERHEID

Toen ik nog niet zo lang aan de Technische Universiteit Eindhoven werkte, belandde ik in een e-maildiscussie met een emeritus professor in de statistiek over welke conclusies je mag trekken na het toetsen van een hypothese. We werden het niet eens, waarop hij onze mailwisseling afsloot met: 'Misschien is sociale psychologie helemaal geen vak. Ik ben niet de eerste die dat suggereert.'

Op de sociale faculteiten waar ik voorheen werkte, was ik gewend dat we als psychologen, tussen de historici en filosofen, onbetwist als echte wetenschappers werden gezien omdat wij de empirische methode gebruikten. Als experimenteel psycholoog aan een technische universiteit word je echter constant geconfronteerd met twijfel over je vakgebied. Schuin tegenover mijn kamer zit een hoogleraar die onderzoek doet naar menselijke perceptie. Zoals veel perceptieonderzoekers heeft hij een achtergrond in de natuurkunde. Toen ik een keer zei dat ik in een studie gemeten had welke associaties mensen met kleuren hebben, antwoordde hij: 'Geméten?' De term heeft een beduidend andere betekenis in de natuurwetenschappen dan in de statistiek waarop psychologen hun kennis baseren.

Buiten de ivoren toren is het tegenwoordig niet anders. Op de deur van mijn kamer hangt een ansichtkaart van 'Henk en Ingrid' met de tekst: 'Wetenschap is ook maar een mening.' Grappig, dacht ik. Maar in een recent onderzoek van het Rathenau Instituut¹ blijkt dat 32% van een representatieve steekproef het eens is met de stelling 'Wetenschappers spreken elkaar steeds tegen, dus je weet niet wat waar is.' Slechts 23% van de Nederlanders is het eens met de stelling 'Je kunt erop vertrouwen dat het klopt wat wetenschappers je vertellen.'

Een deel van die teleurstelling komt misschien omdat mensen zekerheid verwachten van de wetenschap die als enige zekerheid de twijfel heeft. Zoals de natuurkundige Richard Feynman schreef: 'Wetenschappelijke kennis is een verzameling van stellingen met verschillende graden van zekerheid – sommigen zeer onzeker, sommige bijna zeker, geen absoluut zeker.'

De natuurkundige Michael Berry berekende in 1978 het pad van een biljartbal die tegen andere ballen en de randen van de tafel botst. Na negen interacties moet je de zwaartekracht van de mensen die naast de tafel staan meenemen om te voorspellen wat er gebeurt. Het voorspellen van het gedrag van een biljartbal wordt al snel heel moeilijk. En dan hebben biljartballen nog niet eens een vrije wil.

Als je de twijfel niet kan wegnemen, en zekerheid zoekt waar die niet te krijgen is, dan kun je het onderwerp van twijfel alleen negeren of verwerpen. Wetenschap is ook maar een mening. Maar als je de twijfel accepteert als zekerheid, kun je vragen: En wat nu?



Daniël Lakens

is sociaal psycholoog en universitair docent aan de afdeling Mens-Techniek Interactie aan de Technische Universiteit Eindhoven. Naast zijn onderzoek houdt hij zich bezig met het verbeteren van de statistiek, methoden, en beloningsstructuren in de wetenschap.

E-mail: lakens@gmail.com

¹ *Vertrouwen in de wetenschap*, 2015, Rathenau Instituut, zie <https://www.rathenau.nl/nl/publicatie/vertrouwen-de-wetenschap-2015>.

Narcistische kinderen voelen zich superieur aan anderen, vinden dat ze meer rechten hebben dan anderen, en hunkeren naar bewondering van anderen. Als het ze niet lukt de bewondering te krijgen die ze willen, dan voelen ze zich gekrenkt en kunnen ze reageren met boosheid en agressie. Eddie Brummelman beschrijft in dit artikel de aard, gevolgen, ontwikkeling en oorsprong van narcisme bij kinderen. Tevens bespreekt hij de opkomst van korte, psychologisch precieze interventies om narcistische problematiek te verhelpen.

AARD, ONTWIKKELING, OORSPRONG EN INTERVENTIES

NARCISTISCHE KINDEREN

In de Griekse mythe was Narcissus een knappe jongeman die smoorverliefd werd op zijn spiegelbeeld in het water. 'Ik ben het zelf, dien ik min; ikzelf voed het vuur, dat mij blakert' (Ovidius, trans. 1923, boek III), riep hij. Omdat hij zijn ogen niet van zichzelf af kon wenden, kwijnde hij weg aan de waterkant. Zelfs na zijn dood bleef hij zichzelf bewonderen in de Styx, de rivier die het schimmenrijk scheidde van de aarde.

Psychologen kennen Narcissus' persoonlijkheid tegenwoordig als *narcisme* – een persoonlijkheidstrekk die verwijst naar gevoelens van superioriteit en hunkering naar bewondering van anderen. Narcissus werd in de mythe pas beschreven vanaf zestienjarige leeftijd, toen hij met evenveel recht 'jongen' als 'man' kon worden genoemd. Ondanks dat vaak wordt gedacht dat alleen volwassenen narcistisch kunnen zijn, kan narcisme al tot uiting komen in de kindertijd. Dit artikel beschrijft de aard, gevolgen, ontwikkeling en oorsprong van narcisme bij kinderen. Tevens bespreekt het de opkomst van korte, gerichte interventies om narcistische problematiek te verhelpen.

WAT IS NARCISME?

De term narcisme stamt uit de psychiatrische literatuur van eind negentiende eeuw. Henry Havelock Ellis (1898) beschreef patiënten die – net als Narcissus – genoeg, zelfs seksueel genoeg, schiepen in het aanschouwen van zichzelf in de spiegel. Deze patiënten hadden een neiging 'waarin de seksuele gevoelens worden geabsorbeerd, en vaak

geheel verloren gaan, in zelf-bewondering' (Havelock Ellis, 1933/1959, p. 112). Havelock Ellis noemde deze patiënten *Narcissus-like*. Zijn collega-psychiater Paul Näcke (1899) herbenoemde dit fenomeen tot *Narcismus* oftewel narcisme. Nadien werd de term overgenomen en geherdefinieerd door psychoanalytici zoals Isodor Sadger (1908), Sigmund Freud (1910) en Otto Rank (1911).

Tegenwoordig heeft narcisme zijn seksuele betekenis verloren. Narcisme wordt gezien als een normale, subklinische persoonlijkheidstrekk waarop mensen uit de algemene populatie van elkaar verschillen (Foster & Campbell, 2007; Raskin & Hall, 1979). Narcisme kan reeds tot uiting komen vanaf zeven- of achtjarige leeftijd. Op deze leeftijd hebben kinderen namelijk de cognitieve vaardigheden om zichzelf te evalueren als persoon (Harter, 1990) en om zichzelf te vergelijken met anderen (Ruble & Frey, 1991). Zodoende kunnen kinderen een narcistisch beeld vormen van zichzelf: 'Ik ben speciaal (en veel specialer dan ieder ander)!'.

Net als onder volwassenen kan narcisme onder kinderen worden gemeten met valide zelfrapportagevragenlijsten zoals de *Narcissistic Personality Inventory-Children* (NPI-C; Barry, Frick & Killian, 2003) en de *Childhood Narcissism Scale* (CNS; Thomaes, Stegge et al., 2008). Bijvoorbeeld, de CNS meet narcisme met tien stellingen, zoals 'Ik ben een heel speciaal en bijzonder persoon' en 'Ik vind het belangrijk om op te vallen'. Kinderen geven aan hoezeer zij het eens zijn met deze stellingen.

Narcistische kinderen voelen zich superieur aan anderen,

vinden dat ze meer rechten hebben dan anderen, en hunkeren naar bewondering van anderen. Als het ze niet lukt de bewondering te krijgen die ze willen, dan voelen ze zich gekrenkt en kunnen ze reageren met boosheid en agressie (Thomaes, Bushman et al., 2008). Narcistische kinderen vertonen tevens meer delinquentie dan niet-narcistische kinderen (Barry et al., 2007). Bovendien hebben narcistische kinderen, vooral als ze lage zelfwaardering hebben, een verhoogde kans op angst en depressie (Nelemans et al., 2015).

In de psychologische literatuur wordt vaak gesteld dat narcistische kinderen een 'opgeblazen' zelfwaardering hebben (Baumeister, Smart & Boden, 1996). Dat is onterecht. Ondanks dat narcistische kinderen zich superieur voelen aan anderen, voelen ze zich niet per se tevreden met zichzelf. Hun zelfwaardering is niet zozeer opgeblazen, maar kwetsbaar. Het is kwetsbaar omdat narcisten zoveel waarde hechten aan hun sociale imago (Morf & Rhodewalt, 2001). Als narcisten worden geprezen, dan voelen ze zich zelfvoldaan en boven anderen verheven. Maar als ze afgaan in de ogen van anderen, dan voelen ze zich gekrenkt: ze schamen zich en zouden het liefst door de grond zakken. Omdat gevoelens van schaamte zo pijnlijk zijn, zetten narcistische kinderen ze snel om in boosheid en agressie: het gevoel verandert van 'ik ben stom' in 'jij bent stom' (Scheff, 1987; Thomaes et al., 2011).

Een beetje narcistisch zijn, dat is toch juist handig? Deze overtuiging heerst onder zowel leken als professionals, maar er bestaat vooralsnog weinig ondersteuning voor. De kenmerken die worden gezien als narcistische gaven – zelfvertrouwen en charme – zijn niet per se narcistisch. Het is heel goed mogelijk om zelfvertrouwen te hebben en charmant te zijn zonder jezelf verheven te voelen boven anderen. Bovendien brokkelt de charmante eerste indruk van narcisten al snel af (Paulhus, 1998); na enige tijd komen hun egocentrische motieven aan de oppervlakte en krijgt hun zoete eerste indruk een bittere nasmaak. Daarnaast blijken de positieve uitkomsten van narcisme, zoals gevoelens van geluk, volledig toe te schrijven aan zelfwaardering (Sedikides et al., 2004).

WAT IS DE NARCISTISCHE PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS?

Deze bevindingen laten zien dat zelfs subklinisch narcisme problematiek met zich mee kan brengen. Maar narcisme is niet per definitie pathologisch. Alleen in extreme vorm kan narcisme zich uiten in een Narcistische Persoonlijkheidstoornis (NPS), 'een diepgaand patroon van grootheidsgedrag' (in fantasie of gedrag), behoefte aan bewondering en

Vooralsnog is onbekend vanaf welk punt narcisme zo extreem of problematisch is dat het kan worden gezien als stoornis

gebrek aan empathie' (American Psychiatric Association, 2013). De DSM-5 ontmoedigt klinici echter om persoonlijkheidsstoornissen te diagnosticeren bij jongeren. Dit kan alleen, zo stelt de DSM-5, in het zeldzame geval dat pathologische persoonlijkheidstreken ten minste één jaar aanhouden, zich in veel contexten voordoen, en niet kunnen worden toegeschreven aan een ontwikkelingsfase of andere psychische stoornis. Wellicht vanwege deze ontmoediging stellen klinici de diagnose NPS uit zichzelf bij slechts nul tot drie procent van hun jeugdige patiënten (Tromp, 2010; Westen et al., 2003). Maar als gestructureerde interviews worden gebruikt om persoonlijkheidsstoornissen vast te stellen, dan blijkt zes tot negen procent van de jongeren uit de algemene populatie te voldoen aan de criteria van de NPS (Bernstein et al., 1993; zie ook Eppright et al., 1993). Dit suggereert dat de NPS relatief vaak voorkomt onder jongeren maar zelden als zodanig wordt gediagnosticeerd.

Wat is het verschil tussen de persoonlijkheidstrek narcisme en de NPS? Dit verschil is waarschijnlijk dimensioneel van aard: de NPS is een extreme uitingsvorm van de persoonlijkheidstrek narcisme (Thomaes & Brummelman, 2016). Onderzoek onder volwassenen laat namelijk zien dat (a) narcisme en de NPS sterk met elkaar correleren, (b) narcisme en de NPS met dezelfde uitkomsten correleren, en (c) er geen duidelijk breekpunt is tussen normaal en extreem narcisme (Miller & Campbell, 2010). Derhalve kan onderzoek naar de persoonlijkheidstrek narcisme eerste inzichten geven in de NPS. Maar vooralsnog is onbekend vanaf welk punt narcisme zo extreem of problematisch is dat het kan worden gezien als stoornis.

HOE ONTWIKKELT NARCISME ZICH? Een interessante vraag is welke ontwikkeling narcisme precies doormaakt gedurende de levensloop. De adolescentie wordt vaak een fase van narcistische kwetsbaarheid genoemd (Bleiberg, 1994). Daar zijn inderdaad aanwijzingen voor. Narcisme neemt namelijk toe vanaf de late kindertijd en bereikt zijn hoogtepunt in de late adolescentie (Carlson & Gjerde, 2009). Daarna neemt narcisme geleidelijk af tot in de late volwassenheid (Foster, Campbell & Twenge, 2003). Zo zijn adolescenten doorgaans narcistischer dan hun ouders, die op hun beurt narcistischer zijn dan hun eigen ouders (Roberts, Edmonds & Grijalva, 2010). Ook de DSM-5 beschrijft dat narcistische trekken pieken in de adolescentie (American Psychiatric Association, 2013).

Opvallend genoeg is de late adolescentie niet alleen de fase dat narcisme piekt, maar ook de fase dat zelfwaardering zijn dieptepunt bereikt (Robins et al., 2002). Dit bevestigt de observatie dat adolescenten graag bewonderd willen worden en zich constant afvragen hoe ze overkomen op anderen, terwijl ze niet per se tevreden zijn met zichzelf (Elkind, 1967; Harter, 2012).

EEN GROEIEND PROBLEEM IN DE WESTERSE SAMENLEVING? Narcisme wordt vaak gezien als een groeiend probleem in de westerse samenleving. Ruim dertig jaar geleden beschreef historicus Christopher Lasch (1979) in zijn boek *The Culture of Narcissism* dat de Amerikaanse samenleving steeds narcistischer wordt. De afgelopen jaren zijn er boeken gepubliceerd met titels zoals *Generation Me* (Twenge, 2006) en *The Narcissism Epidemic* (Twenge & Campbell, 2009), die dezelfde boodschap verkondigen. 'American culture has embraced the value of self-admiration with a big, warm hug,' aldus Jean Twenge en Keith Campbell (2009, p. 14).

Wat zegt onderzoek hierover? Mensen uit westerse culturen zijn gemiddeld genomen inderdaad narcistischer dan mensen uit niet-westerse culturen (Foster et al., 2003). Bovendien zijn er aanwijzingen dat Amerikaanse jongeren de afgelopen decennia steeds narcistischer zijn geworden. Eén onderzoek verzamelde alle studies naar narcisme onder Amerikaanse studenten tussen 1979 en 2006, en berekende de correlatie tussen de gemiddelde narcismescore per studie en het jaar waarin die studie werd uitgevoerd (Twenge et al., 2008). Narcisme werd gemeten met de *Narcissistic Personality*



FOTO'S: SHUTTERSTOCK

Inventory (Raskin & Hall, 1979, 1981), het standaardinstrument om narcisme te meten onder (jong)volwassenen. En wat bleek: Hoe recenter de studie was uitgevoerd, des te narcistischer de studenten waren. De toename was behoorlijk: zo'n vijftig procent van de studenten uit 2006 scoorde boven het gemiddelde uit 1979.

Er wordt gedacht dat narcisme wordt gevoed door toenemend individualisme in de westerse samenleving. Immers, hoe individualistischer mensen zijn, des narcistischer hun zelfbeeld (Cai, Kwam & Sedikides, 2012). Op verschillende niveaus is zichtbaar dat de westerse samenleving de afgelopen decennia inderdaad individualistischer is geworden (voor een overzicht, zie Grossmann & Varnum, 2015). Boeken benadrukken steeds meer individualistische thema's (zoals uniek zijn en presteren) en steeds minder collectivistische thema's (zoals samenzijn en harmonie). Ouders geven hun kinderen steeds vaker unieke, weinig voorkomende voornamen – voornamen waarmee kinderen zich per definitie onderscheiden van anderen. En kinderen groeien steeds vaker op als enig kind.

Een belangrijke kanttekening is dat onderzoek naar toenemend narcisme enkel is uitgevoerd onder een niet-representatieve groep studenten. Het is daarom niet met zekerheid te zeggen of narcisme daadwerkelijk is toegenomen onder Amerikaanse jongeren, of dat simpelweg meer narcistische jongeren zijn gaan studeren of zijn gaan

meedoen aan psychologisch onderzoek (Trzesniewski, Donnellan & Robins, 2008). Om deze vraag te kunnen beantwoorden is grootschalig onderzoek nodig in representatieve steekproeven.

WAARDOOR KOMT NARCISME TOT ONTWIKKELING?

Ondanks deze culturele invloeden bestaan er grote individuele verschillen in hoe narcistisch kinderen zijn, zelfs binnen de westerse samenleving. Waarom worden sommige kinderen narcistisch, terwijl andere kinderen een meer bescheiden zelfbeeld ontwikkelen? Erfelijkheid is één antwoord: net als andere persoonlijkheidstrekken is narcisme deels erfelijk bepaald. Zo'n 59 procent van de variantie in narcisme kan worden toegeschreven aan genetische factoren (Vernon et al., 2008). Narcisme is dan ook geworteld in temperamentstrekken die al vroeg in de ontwikkeling tot uiting komen. Kinderen die later narcistisch worden, laten op drie- en vierjarige leeftijd al zien dat ze graag in het middelpunt van de aandacht staan, energiek

FIGUUR 1. DE SOCIALISATIE VAN NARCISME EN ZELFWAARDERING BIJ KINDEREN



KADER 1: HOE KAN OUDERLIJKE OVERWAARDERING WORDEN GEMETEN?

Ouderlijke overwaardering kan worden gemeten met de **Parental Overvaluation Scale (POS)** (Brummelman, Thomaes, Nelemans, et al., 2014). De **POS** telt zeven stellingen, zoals 'Mijn kind is specialer dan andere kinderen' en 'Mijn kind verdient het om op een speciale manier behandeld te worden'. Ouders geven aan hoezeer ze het eens zijn met deze stellingen (0 = *Helemaal niet waar*, 3 = *Helemaal waar*). De **POS** is intern consistent en stabiel over zes, twaalf en achttien maanden. De **POS** bestaat uit één factor, onder zowel Nederlandse als Amerikaanse ouders. Het instrument heeft dezelfde factorstructuur voor vaders en moeders, voor jongens en meisjes. De **POS** correleert met overschatting (zoals hoezeer ouders het **IQ** van hun kind overschatten en claimen dat hun kind kennis heeft van allerlei onderwerpen) en voorspelt hoeveel complimenten ouders hun kind geven. De **POS** is niet gecorreleerd met ouderlijke warmte (hoeveel acceptatie en waardering ouders tonen naar hun kind), ouderlijke controle (hoeveel controle ze uitoefenen op het gedrag van hun kind) of Big Five persoonlijkheidstrekken van ouders.

Zo'n 59% van de variantie in narcisme kan worden toegeschreven aan genetische factoren

zijn, emotioneel heftig kunnen reageren, zich vaak vijandig opstellen en soms impulsief zijn (Carlson & Gjerde, 2009).

Desondanks kan narcisme worden gevormd door opvoeding. Een klassiek idee, dat zijn oorsprong vindt in psychoanalytische theorie, stelt dat kinderen narcistischer worden als hun ouders een gebrek aan warmte tonen (Kernberg, 1975; Kohut, 1971). Kinderen zouden zodoende zichzelf op een voetstuk plaatsen om van anderen te krijgen wat ze niet van hun ouders hebben gekregen: goedkeuring. Een ander idee, dat zijn oorsprong vindt in sociale leertheorie, stelt dat kinderen juist narcistischer worden als hun ouders ze 'overwaarden': als ze door hun ouders worden gezien als een genie of een Godsgeschenk aan de samenleving (Millon, 1969). Kinderen zouden dit beeld kunnen overnemen, en zichzelf kunnen gaan zien als prins of prinses.

Recent onderzoek heeft deze theorieën tegen elkaar getoetst (Brummelman et al., 2015). Een grote groep kinderen en hun ouders werd anderhalf jaar gevolgd, voor vier meetmomenten. Kinderen vulden vragenlijsten in over narcisme, zelfwaardering, en ouderlijke warmte (hoezeer ze zich geaccepteerd en gewaardeerd voelden door hun ouders). Ouders rapporteerden hoezeer ze hun kinderen overwaardeerden. Dit deden ze met de *Ouderlijke Overwaarderingschaal* (zie Kader 1), met stellingen zoals 'Mijn kind is specialer dan andere kinderen' en 'Mijn kind verdient het om op een speciale manier behandeld te worden'.

De resultaten ondersteunen de sociaal-leertheoretische hypothese en ontkrachten de psychoanalytische hypothese (zie Figuur 1). Als kinderen werden overgewaardeerd door hun ouders, ontwikkelden ze meer narcistische trekken. Maar als ze een gebrek aan warmte ervoeren van hun ouders, namen hun narcistische trekken toe noch af. Deze ouderlijke warmte bleek juist belangrijk voor zelfwaardering: Als kinderen zich geaccepteerd en gewaardeerd voelden door hun ouders, ontwikkelden ze hogere zelfwaardering – ze werden tevredener met zichzelf als persoon, maar voelden zich niet boven anderen verheven.

Deze bevindingen tonen aan dat ouderlijke overwaarding aanzet kan geven tot narcisme bij kinderen. Een alternatieve verklaring is dat overwaarderende ouders zelf narcistisch zijn en dat kinderen simpelweg het narcisme van hun ouders imiteren. Maar deze verklaring hield geen stand. Narcisme van ouders werd gemeten op het eerste meetmoment. En zelfs als werd gecontroleerd voor narcisme van ouders, voorspelde overwaarding – hoezeer ouders hun kind op een voetstuk plaatsen – toenemend narcisme bij hun

kroost. Ouderlijke overwaarding is dus een belangrijk ingrediënt voor de ontwikkeling van narcisme bij kinderen.

WAT IS OUDERLIJKE OVERWAARDING? Om te begrijpen waarom overwaarding aanzet kan geven tot narcisme, is het belangrijk om te weten wat overwaarding precies inhoudt. Overwaarding is de mate waarin ouders vinden dat hun kind specialer is en meer rechten heeft dan anderen (Brummelman, Thomaes, Nelemans, et al., 2014). Zo schreef Sigmund Freud (1914/1985, p. 51) dat er bij overwaarderende ouders de dwang bestaat om 'het kind alle volkomenheden toe te dichten waartoe nuchtere beschouwing geen aanleiding zou zien, en al zijn tekortkomingen te verhullen en te vergeten'. Karen Horney (1939, p. 91) beschreef dat overwaarderende ouders hun kind zien als 'embryonisch genie' of als prins of prinses.

Niet alle ouders zijn even sterk geneigd om hun kinderen te overwaarden. Vooral narcistische ouders overwaarden hun kroost (Brummelman, Thomaes, Nelemans, et al., 2014). Dit kan komen doordat ze hun kind zien als product van zichzelf: als ouders zichzelf zien als koning en koningin, dan zien ze hun kind als prins of prinses. Een andere verklaring is dat narcistische ouders hun kind op een voetstuk plaatsen om daarmee indirect zichzelf op een voetstuk te plaatsen. Ouders zien hun kind immers als belangrijk onderdeel van zichzelf (Brummelman et al., 2013).

Hoe beïnvloedt overwaarding de manier van opvoeden? Dit heeft recent onderzoek in kaart gebracht (Brummelman, Thomaes, Nelemans, et al., 2014). Overwaarderende ouders overschatten bijvoorbeeld het IQ van hun kind en claimen dat hun kind kennis heeft van allerlei onderwerpen – zelfs van onderwerpen die niet bestaan! Om preciezer te zijn: ouders werd gevraagd of hun kind bekend is met bepaalde onderwerpen. Zonder dat ouders het wisten, kregen ze zowel bestaande onderwerpen (zoals 'De Eerste Wereldoorlog') als niet-bestaande onderwerpen (zoals 'De Bestorming van Oostenrijk') voorgelegd. Overwaarderende ouders gaven

zelfs voor deze niet-bestaande onderwerpen aan: 'Ja, natuurlijk kent mijn kind dit.' Daarnaast willen overwaarderende ouders dat hun kind boven het maaiveld uitsteekt; dit bewerkstelligen ze bijvoorbeeld door hun kind een unieke, weinig voorkomende voornaam te geven. Ook prijzen ze hun kind veelvuldig, los van hoe goed hun kind heeft gepresteerd: Elke handeling wordt beantwoord met een lofzang, zoals 'Jij bent geweldig!' Overwaarderende ouders geven hun kind zo'n zestig procent meer complimenten dan niet-overwaarderende ouders.

De vraag rest *hoe* deze opvoedstrategieën precies kunnen bijdragen aan de ontwikkeling van narcisme. Een klassiek idee in de psychologie is dat kinderen zichzelf gaan zien zoals ze denken gezien te worden door anderen (Cooley, 1902; Mead, 1934). Als kinderen zich geaccepteerd en gewaardeerd voelen door hun ouders, dan kunnen ze zich tevredener gaan voelen met zichzelf als persoon; dit is de kern van hoge zelfwaardering. Maar als kinderen worden overgewaardeerd door hun ouders, dan kunnen ze zich verheven gaan voelen boven anderen en het gevoel krijgen dat ze recht hebben op een voorkeursbehandeling; dit is de kern van narcisme.

Betekent dit dat ouders moeten stoppen met het prijzen van hun kinderen? Nee, zeker niet. Complimenten zijn op zichzelf niet slecht, maar ouders moeten letten op hoe ze hun complimenten precies formuleren (Brummelman, Thomaes, Orobio de Castro, et al., 2014; Brummelman, Thomaes, Overbeek, et al., 2014). Als ouders willen dat hun kind zich goed voelt over zichzelf, zijn ze geneigd om complimenten te geven zoals 'Jij bent fantastisch!' Deze persoonsgerichte complimenten, hoewel gegeven met de beste intenties, kunnen kinderen het idee geven dat ze superieur zijn aan anderen. Daarom zouden ouders hun kinderen beter kunnen prijzen voor hun gedrag (Dweck, 1999; 2006), bijvoorbeeld voor hoeveel moeite ze ergens voor hebben gedaan of hoe goed ze hebben geoefend, zoals 'Wat heb je hard gewerkt!' Zo laten ouders merken de inspanningen van hun kinderen te waarderen zonder kinderen daarbij als persoon op een voetstuk te plaatsen.

HOE KAN NARCISTISCHE PROBLEMATIEK WORDEN VERHOLPEN?

Helaas zijn er geen effectief-bewezen interventies om narcisme zelf of de NPS te verhelpen, maar er bestaan wel



interventies om de gevolgen van narcisme, zoals agressie, te verhelpen (Thomaes & Brummelman, 2016). Een veelbelovende ontwikkeling in de psychologie is de opkomst van korte, psychologisch precieze interventies (Brummelman, Thomaes, Walton, et al., 2014; Brummelman & Walton, 2015). Deze interventies richten zich op de precieze oorzaak van narcistische problematiek. Eén van deze oorzaken is kwetsbare zelfwaardering, waardoor narcistische kinderen agressief kunnen reageren op krenking zoals afwijzing of kritiek. Een zogenaamde *self-affirmation* interventie heeft als doel om zelfwaardering minder kwetsbaar te maken. Deze interventie, een vijftien minuten durende schrijfpdracht, nodigt kinderen uit om na te denken over waarden die zij belangrijk vinden in hun leven, zoals muziek en vrienden (Sherman & Cohen, 2006). Deze interventie leert kinderen dat hun waarde als persoon niet aan een zijden draadje hangt; er zijn immers meerdere waarden die hen vormen als persoon.

Een experimentele veldstudie laat zien dat deze interventie inderdaad narcistische agressie kan remmen (Thomaes et al., 2009). Voorafgaand aan de interventie werd narcisme gemeten als normale persoonlijkheidstrekk. De interventie werd klassikaal afgenomen op reguliere middelbare scholen. Kinderen deden de schrijfoefening zelfstandig, in stilte; alle instructies stonden op papier. Kinderen kregen een lijst met twaalf waarden, zoals muziek, religie, familie en vrienden.

Kinderen werden willekeurig toegewezen aan de *self-affirmation* conditie of de controleconditie. In de *self-affirmation* conditie werd kinderen gevraagd om te beschrijven welke waarden zij belangrijk vinden in hun leven en om uit te leggen waarom: 'Muziek is erg belangrijk voor mij. Gitaar spelen geeft betekenis aan mijn leven.' In de controleconditie werd kinderen gevraagd om te beschrijven welke waarden zij niet belangrijk vinden en om uit te leggen waarom andere mensen deze waarden wel belangrijk kunnen vinden: 'Sport is niet echt belangrijk voor mij. Maar andere kinderen vinden het wel belangrijk, misschien omdat ze graag in een team spelen.'

Krenking en agressie werden op drie momenten gemeten: vlak voor de interventie, één week na de interventie en vier weken na de interventie. Krenking werd gemeten door kinderen te vragen hoe 'groot' of 'klein' ze zichzelf voelden. Agressie werd gemeten door kinderen te vragen welke klasgenoten de voorgaande week verbale, fysieke of relationele agressie hebben laten zien.

Zonder de *self-affirmation* interventie waren narcistische kinderen geneigd om agressief te reageren op krenking; ze toonden meer verbale, fysieke en relationele agressie dan niet-narcistische kinderen. Maar mét de interventie waren narcistische kinderen *niet* geneigd tot agressie, zelfs niet als ze zich gekrenkt voelden. Dit effect hield stand tot één week na de interventie – een periode vele malen langer dan de interventie zelf. Na vier weken was dit effect echter niet meer zichtbaar.

Kortom, hoewel de interventie zelf maar vijftien minuten duurde, kon het narcistische agressie remmen over de periode van een week. Deze bevinding roept interessante vragen op voor vervolgonderzoek: Zijn er andere korte, psychologisch precieze interventies denkbaar om narcistische problematiek te verhelpen? Hoe kunnen deze interventies worden verbeterd zodat ze langer effectief zijn dan een week? Werken ze even goed voor klinische als subklinische narcistische problematiek? En hoe kunnen ze worden geïmplementeerd in scholen, instellingen en de klinische praktijk?

CONCLUSIE

Narcissus leed onder zijn constante verlangen naar zijn eigen spiegelbeeld en kwijnde langzaam weg aan de waterkant. Hoe kunnen we voorkomen dat narcistische kinderen hetzelfde tragische lot ondergaan? De eerste stap is om als ouder, leerkracht of clinicus oog te hebben voor narcistische problematiek bij kinderen. Narcistische

KADER 2: HET LABEL 'NARCISTISCH'

Wanneer is het verstandig om jeugdige patiënten met een Narcistische Persoonlijkheidsstoornis te labelen als 'narcistisch'? Hierin moeten klinici een persoonlijke afweging maken. Enerzijds kan het label 'narcisme' jongeren helpen om hun eigen klachten beter te begrijpen. Narcistische jongeren kampen immers met problemen – zoals krenkbaarheid en grootheidsgevoelens – die alleen kunnen worden begrepen vanuit het achterliggende narcisme. Anderzijds kan het label 'narcisme' stigmatiserend werken. Als jongeren narcistisch worden genoemd, kunnen ze het gevoel krijgen dat dit is wie ze zijn, diep van binnen, en dat dit onveranderbaar is. Als klinici een jeugdige patiënt willen labelen als narcistisch, dan is het belangrijk om de patiënt mee te geven dat narcisme veranderbaar is door eraan te werken, net als elke andere persoonlijkheidstrekk (Dweck, 2008).

problematiek wordt immers onvoldoende onderkend bij kinderen. De tweede stap is interventies ontwikkelen om narcistische problematiek te verhelpen. Om deze tweede stap te kunnen zetten, moeten onderzoekers en klinici hun handen ineenslaan. Alleen zo kan de last van narcisme worden verlicht, zowel voor narcistische kinderen zelf als voor hun sociale omgeving.

OVER DE AUTEUR

Dr. Eddie Brummelman promoveerde cum laude aan Universiteit Utrecht op onderzoek naar de socialisatie van kwetsbaar zelfbeeld in jongeren. Hij onderzoekt hoe socialiserende factoren (zoals complimenten en overwaardering) bijdragen aan de ontwikkeling van narcisme en lage zelfwaardering bij kinderen, en hoe gerichte, psychologisch precieze interventies het zelfbeeld van kinderen minder kwetsbaar kunnen maken. Hij is momenteel als postdoc verbonden aan het Research Institute of Child Development and Education van de Universiteit van Amsterdam, email: e.brummelman@uva.nl, telefoon: 06-55402753, postadres: postbus 15780, 1001 NG Amsterdam.

Brummelman is op zoek naar samenwerkingen met onderwijsorganisaties, basisscholen, middelbare scholen en klinische instellingen om systematisch onderzoek te doen naar narcisme. Heeft u interesse? Stuur een mail naar: e.brummelman@uva.nl.

Summary

NARCISSISTIC CHILDREN

E. BRUMMELMAN

Narcissism is a personality trait that first emerges in late childhood. Narcissistic children feel superior to others, believe they are entitled to privileges, and crave admiration from others. When they cannot get the admiration they crave, they feel humiliated and may lash out angrily and aggressively. In its extreme form, narcissism may develop into Narcissistic Personality Disorder. This article describes the nature, consequences, development, and origins of narcissism in children, and it describes the emergence of brief, psychologically precise interventions to curtail narcissistic maladjustment.

Literatuur

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Barry, C.T., Frick, P.J. & Killian, A.L. (2003). The relation of narcissism and self-esteem to conduct problems in children: A preliminary investigation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 139-152.
- Barry, C.T., Grafeman, S.J., Adler, K.K. & Pickard, J.D. (2007). The relations among narcissism, self-esteem, and delinquency in a sample of at-risk adolescents. *Journal of Adolescence*, 30, 933-942.
- Baumeister, R.F., Smart, L. & Boden, J.M. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. *Psychological Review*, 103, 5-33.
- Bernstein, D.P., Cohen, P., Velez, C.N., Schwab-Stone, M., Siever, L.J. & Shinsato, L. (1993). Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 1237-1243.
- Bleiberg, E. (1994). Normal and pathological narcissism in adolescence. *American Journal of Psychotherapy*, 48, 30-51.
- Brummelman, E., Thomaes, S., Nelemans, S.A., Orobio de Castro, B. & Bushman, B.J. (2014). My child is God's gift to humanity: Development and validation of the Parental Overvaluation Scale (POS). *Journal of Personality and Social Psychology*. Advance online publication.
- Brummelman, E., Thomaes, S., Nelemans, S.A., Orobio de Castro, B., Overbeek, G. & Bushman, B.J. (2015). Origins of narcissism in children. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112, 3659-3662.
- Brummelman, E., Thomaes, S., Orobio de Castro, B., Overbeek, G. & Bushman, B.J. (2014). "That's not just beautiful—that's incredibly beautiful!": The adverse impact of inflated praise on children with low self-esteem. *Psychological Science*, 25, 728-735.
- Brummelman, E., Thomaes, S., Overbeek, G., Orobio de Castro, B., Van den Hout, M.A. & Bushman, B.J. (2014). On feeding those hungry for praise: Person praise backfires in children with low self-esteem. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143, 9-14.
- Brummelman, E., Thomaes, S., Slagt, M.I., Overbeek, G., Orobio de Castro, B. & Bushman, B.J. (2013). My child redeems my broken dreams: On parents transferring their unfulfilled ambitions onto their child. *PLoS*, 8, e65360.
- Brummelman, E., Thomaes, S., Walton, G.M., Poorthuis, A.M.G., Overbeek, G., Orobio de Castro, B. & Bushman, B.J. (2014). Unconditional regard buffers children's negative self-feelings. *Pediatrics*, 134, 1119-1126.
- Brummelman, E. & Walton, G.M. (2015). "If you want to understand something, try to change it": Social-psychological interventions to cultivate resilience. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, 24-25.
- Cai, H., Kwan, V.S. & Sedikides, C. (2012). A sociocultural approach to narcissism: The case of modern China. *European Journal of Personality*, 26, 529-535.
- Carlson, K.S. & Gjerde, P.F. (2009). Preschool personality antecedents of narcissism in adolescence and young adulthood: A 20-year longitudinal study. *Journal of Research in Personality*, 43, 570-578.
- Cooley, C.H. (1902). *Human nature and the social order*. New York, NY: Scribner's.
- Dweck, C.S. (1999). Caution – Praise can be dangerous. *American Educator*, 23, 4-9.
- Dweck, C.S. (2006). *Mindset: The new psychology of success*. New York, NY: Random House.
- Dweck, C.S. (2008). Can personality be changed? The role of beliefs in personality and change. *Current Directions in Psychological Science*, 17, 391-394.
- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38, 1025-1034.
- Eppepright, T.D., Kashani, J.H., Robison, B.D. & Reid, J.C. (1993). Comorbidity of conduct disorder and personality disorders in an incarcerated

- juvenile population. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1233-1236.
- Foster, J.D. & Campbell, W.K. (2007). Are there such things as "narcissists" in social psychology? A taxometric analysis of the Narcissistic Personality Inventory. *Personality and Individual Differences*, 43, 1321-1332.
- Foster, J.D., Campbell, W.K. & Twenge, J. M. (2003). Individual differences in narcissism: Inflated self-views across the lifespan and around the world. *Journal of Research in Personality*, 37, 469-486.
- Freud, S. (1910). *Drei Abhandlungen Zur Sexualtheorie* [Three essays on the theory of sexuality] (2nd ed.). Leipzig, Germany: Deuticke.
- Freud, S. (1985). Ter introductie van het narcisme. In T. Graftdijk & W. Oranje (Eds.), *Sigmund Freud, Nederlandse editie: Psychoanalytische theorie I* (p. 25-64). Meppel, Nederland: Boom. (Original work published 1914)
- Grossmann, I. & Varnum, M.E. (2015). Social structure, infectious diseases, disasters, secularism, and cultural change in America. *Psychological Science*. Advance online publication.
- Harter, S. (1990). Causes, correlates and the functional role of global self-worth: A life-span perspective. In R. Sternberg & J. Kolligian, Jr. (Eds.), *Competence considered* (p. 67-98). New Haven, CT: Yale University Press.
- Harter, S. (2012). *Construction of the self: Developmental and sociocultural foundations*. New York, NY: Guilford.
- Havelock Ellis, H. (1898). Auto-eroticism: A psychological study. *Alienist and Neurologist*, 19, 260-299.
- Havelock Ellis, H. (1959). *Psychologie van de sexen* (C. Houwaard, Trans.). Baarn, the Netherlands: Het Wereldvenster. (Original work published 1933)
- Horney, K. (1939). *New ways in psychoanalysis*. Abingdon, England: Routledge.
- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York, NY: Jason Aronson.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Lasch, C. (1978). *The culture of narcissism: American life in an age of diminishing expectations*. New York, NY: Norton.
- Mead, G.H. (1934). *Mind, self, and society*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Miller, J.D. & Campbell, W.K. (2010). The case for using research on trait narcissism as a building block for understanding narcissistic personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1, 180-191.
- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia, PA: Saunders.
- Morf, C.C. & Rhodewalt, F. (2001). Unraveling the paradoxes of narcissism: A dynamic self-regulatory processing model. *Psychological Inquiry*, 12, 177-196.
- Näcke, P. (1899). Kritisches zum kapitel der normalen und pathologischen sexualität [Critical notes on the chapter on normal and pathological sexuality]. In F. Jolly (Hrsg.), *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* (Vol. 32, p. 356-386). Berlin, Germany: Verlag von August Hirschwald.
- Nelemans, S., Thomaes, S., Bushman, B.J., Aleva, L., Goossens, F.A., Olthof, T. et al. (2015). All egos were not created equal: Narcissism, self-esteem, and internalizing problems in children. Manuscript submitted for publication.
- Ovidius. (1923). *Metamorfosen* (H.J. Scheuer, Trans.). Zalt-Bommel, the Netherlands: P.M. Wink.
- Paulhus, D.L. (1998). Interpersonal and intrapsychic adaptiveness of trait self-enhancement: A mixed blessing? *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1197-1208.
- Rank, O. (1911). Ein Beitrag zum Narzissismus. *Jahrbuch für Psychoanalytische und Psychopathologische Forschungen*, 3, 401-426.
- Raskin, R.N. & Hall, C.S. (1979). A narcissistic personality inventory. *Psychological Reports*, 45, 590.
- Raskin, R.N. & Hall, C.S. (1981). The Narcissistic Personality Inventory: Alternate form reliability and further evidence of construct validity. *Journal of Personality Assessment*, 45, 159-162.
- Roberts, B.W., Edmonds, G. & Grijalva, E. (2010). It is developmental me, not Generation Me developmental changes are more important than generational changes in Narcissism - Commentary on Trzesniewski & Donnellan (2010). *Perspectives on Psychological Science*, 5, 97-102.
- Robins, R.W., Trzesniewski, K.H., Tracy, J.L., Gosling, S.D. & Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*, 17, 423-434.
- Ruble, D.N. & Frey, K.S. (1991). Changing patterns of comparative behavior as skills are acquired: A functional model of self-evaluation. In J. Suls & T.A. Wills (Eds.), *Social comparison: Contemporary theory and research* (p. 70-112). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Sadger, J. (1908). Psychiatrisch-Neurologisches in psychoanalytischer Beleuchtung [Psychiatric-neurological issues from a psychoanalytic perspective]. *Zentralblatt für das Gesamtgebiet der Medizin und ihrer Hilfswissenschaften*, 4, 7-8.
- Scheff, T.J. (1987). The shame-rage spiral: A case study of an interminable quarrel. In H.B. Lewis (Ed.), *The role of shame in symptom formation* (p. 109-149). Hillsdale, MI: Erlbaum.
- Sedikides, C., Rudich, E.A., Gregg, A.P., Kumashiro, M. & Rusbul, C. (2004). Are normal narcissists psychologically healthy?: Self-esteem matters. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 400-416.
- Sherman, D.K. & Cohen, G.L. (2006). The psychology of self-defense: Self-affirmation theory. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 38, p. 183-242). San Diego, CA: Academic Press.
- Thomaes, S. & Brummelman, E. (2016). Narcissism. In D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology* (Vol. 4, 3rd ed. pp. 679-725). Hoboken, NJ: Wiley.
- Thomaes, S., Bushman, B.J., Orobio de Castro, B., Cohen, G. & Denissen, J.J.A. (2009). Reducing narcissistic aggression by buttressing self-esteem: An experimental field study. *Psychological Science*, 20, 1536-1542.
- Thomaes, S., Bushman, B.J., Stegge, H. & Olthof, T. (2008). Trumping shame by blasts of noise: Narcissism, self-esteem, shame, and aggression in young adolescents. *Child Development*, 79, 1792-1801.
- Thomaes, S., Stegge, H., Bushman, B.J., Olthof, T. & Denissen, J. (2008). Development and validation of the Childhood Narcissism Scale. *Journal of Personality Assessment*, 90, 382-391.
- Thomaes, S., Stegge, H., Olthof, T., Bushman, B.J. & Nezelek, J.B. (2011). Turning shame inside-out: "Humiliated fury" in young adolescents. *Emotion*, 11, 786-793.
- Tromp, N.B. (2010). *Adolescent personality pathology: A dimensional approach*. Unpublished doctoral dissertation.
- Trzesniewski, K.H., Donnellan, M.B. & Robins, R.W. (2008). Is "Generation Me" really more narcissistic than previous generations? *Journal of Personality*, 76, 903-918.
- Twenge, J.M. (2006). *Generation Me: Why today's young Americans are more confident, assertive, entitled - And more miserable than ever before*. New York, NY: Free Press.
- Twenge, J.M. & Campbell, W.K. (2009). *The narcissism epidemic: Living in the age of entitlement*. New York, NY: Free Press.
- Twenge, J.M., Konrath, S., Foster, J.D., Campbell, W.K. & Bushman, B.J. (2008a). Egos inflating over time: A cross-temporal meta-analysis of the Narcissistic Personality Inventory. *Journal of Personality*, 76, 875-902.
- Vernon, P.A., Villani, V.C., Vickers, L.C. & Harris, J.A. (2008). A behavioral genetic investigation of the Dark Triad and the Big 5. *Personality and Individual Differences*, 44, 445-452.
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S. & Martens, A. (2003). Personality diagnosis in adolescence: DSM-IV Axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *American Journal of Psychiatry*, 160, 952-966.



Binnen de afdeling Medische Psychologie ontstaan twee vacatures:

KLINISCH PSYCHOLOOG

(hoofdlocatie Bergen op Zoom)

Per 1 maart 2016, 27 uur per week, aandachtsgebied volwassenen

GZ- PSYCHOLOOG/NEUROPSYCHOLOOG

(hoofdlocatie Roosendaal)

Per direct, 20 uur gemiddeld per week

De afdeling

De afdeling Medische Psychologie houdt zich bezig met diagnostiek en/of behandeling op het gebied van psychosomatiek, somatopsychische problematiek en algemene psychologische klachten en neuropsychologische problematiek. De medisch psychologen hebben vanuit het vakgebied een adviserende functie naar medici, paramedici en verpleegkundigen en voeren zelfstandig behandelingen uit. Er dient sprake te zijn van bereidheid zitting te nemen in ziekenhuiscommissies en commissies van de medische staf.

De functie

Van de klinisch psycholoog wordt verwacht dat deze zich zal richten op het uitvoeren van diagnostiek en behandeling van volwassenen bij wie sprake is van complexe medisch psychologische problematiek. Affiniteit met management taken dient aanwezig te zijn. Werkzaamheden vinden in een aantal gevallen plaats binnen multidisciplinair samengestelde teams waarbij sprake kan zijn van vastgestelde 'zorgpaden', bv. in samenwerking met de revalidatie afdeling en het Pijncentrum. Van de GZ-psycholoog wordt verwacht dat deze zich in het bijzonder zal richten op het uitvoeren van neuropsychologische diagnostiek en behandeling van volwassenen.

Alle medisch psychologen binnen Bravis ziekenhuis hebben een zelfstandige vakinhoudelijke verantwoordelijkheid waarbij een horizontale verwijzingsrelatie wordt onderhouden met de medisch specialist. Ze zijn lid van de medische staf.

Voor de klinisch psycholoog zijn we op zoek naar een kandidaat met een BIG-registratie tot klinisch psycholoog, bij voorkeur met ervaring in de somatische gezondheidszorg. Voor de GZ-psycholoog wordt een afgeronde opleiding tot GZ-psycholoog gevraagd, ervaring in de somatische gezondheidszorg en een master neuropsychologie.

Voor beide functies geldt dat de brede contacten in het ziekenhuis, gericht op samenwerking, afstemming en kwaliteitsverbetering, een open instelling en sterke communicatieve vaardigheden vragen.

De arbeidsvoorwaarden

Het Bravis ziekenhuis kent arbeidsvoorwaarden conform de CAO Ziekenhuizen. Salariëring is, afhankelijk van opleiding en ervaring, bij een fulltime dienstverband voor de functie van klinisch psycholoog gebaseerd op functiegroep 70, minimaal € 4.054,- en maximaal € 6.113,- bruto per maand en voor de functie van medisch psycholoog gebaseerd op functiegroep 65, minimaal € 3.363,- en maximaal € 5.065,- bruto per maand.

Meer informatie

Voor informatie over de functie van klinisch psycholoog kunt u contact opnemen met de heer R.V. Groenewold, klinisch psycholoog en hoofd afdeling Medische Psychologie op de locatie Bergen op Zoom of met mevrouw A. Snelleman, GZ-psycholoog/klinisch psycholoog K&J i.o., beiden via tel.nr. 088 - 70 67 423.

Voor informatie over de functie van GZ-psycholoog/neuropsycholoog kunt u op maandag en dinsdag tussen 8.00 en 9.00 uur contact opnemen met mevrouw drs. E. v.d. Vlist, GZ-psycholoog en vakgroepvoorzitter Medische Psychologie locatie Roosendaal of mevrouw drs. A. Masclee-de Vries, GZ-psycholoog/neuropsycholoog, beiden via tel.nr. 088 - 70 68 543.

Sollicitatie

U kunt tot woensdag 20 januari 2016 solliciteren via <https://vacatures.bravisziekenhuis.nl> waarbij u wordt verzocht uw sollicitatiebrief en CV te uploaden als Word- of PDF-bestand.

Samen word je beter

Sinds 1 januari 2015 vormen Lievensberg en Franciscus één ziekenhuisorganisatie en gaan samen verder onder de naam Bravis ziekenhuis.

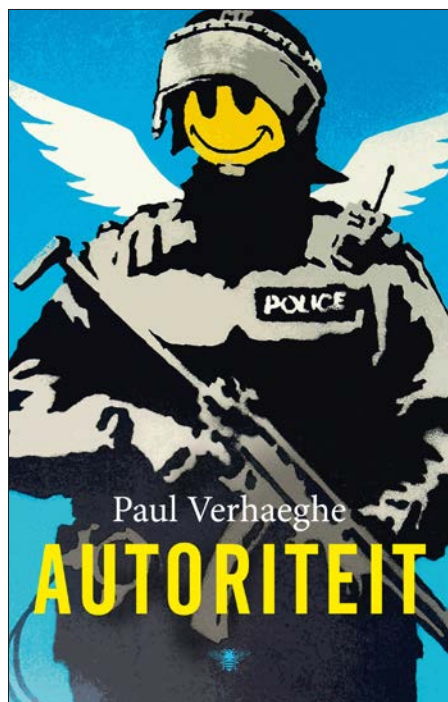
Door onze kennis en kunde te bundelen, versterken we wat we al heel lang succesvol doen, namelijk samenwerken. Met collega's in het ziekenhuis, met zorgverleners om ons heen, met zorgverzekeraars én met onze patiënten. Door goed samen te werken zijn we in staat afzonderlijke zorg naar uitzonderlijke kwaliteit te brengen. De uitdagingen van de toekomst kunnen we daardoor nóg beter aan.

Het Bravis ziekenhuis biedt een breed palet van medisch-specialistische zorg voor de regio West-Brabant (een gebied van circa 250.000 inwoners). Het ziekenhuis heeft twee hoofdlocaties en 3 buitenpoli's. In Bravis ziekenhuis werken 243 medisch specialisten, 3.000 medewerkers en 250 vrijwilligers.

Het verzorgingsgebied van het Bravis ziekenhuis wordt gevormd door het gebied Westelijk Noord-Brabant, dat zich uitstrekt van de Zeeuwse gemeente Tholen en een deel van de gemeente Reimerswaal tot Breda en van Essen (België) tot Moerdijk.

Via www.bravisziekenhuis.nl kunt u nader kennismaken met onze organisatie.

Bravis
ziekenhuis



Gooi het in de groep

Autoriteit

Door: P. Verhaeghe

Amsterdam: De Bezige Bij, 371 p.

Recensent: Karel Soudijn

Wat doet u, als uw dertienjarige dochter staat te roken om de hoek? Net doen of u niets hebt gezien? Of meteen een verbod uitvaardigen? De Gentse klinisch psycholoog en psychoanalyticus Paul Verhaeghe denkt dat wegkijken of verbieden averechts zal werken. Van wegkijken wordt ze niet gezonder, maar bij een streng verbod steekt uw dochter de volgende keer iets verder van huis haar sigaret op. Verhaeghe vindt het verstandiger dat u blijk geeft van uw zorg. Hoe? Bijvoorbeeld door het probleem van een rokend kind eerst met andere ouders te bespreken, om vervolgens de uitkomst van dit overleg aan de dochter voor te leggen.

Verhaeghe gaat niet erg diep in op de vraag hoe de geschiedenis met uw dochter zich verder zal ontwikkelen. Hij lijkt wel te hopen dat het dertienjarige kind óók haar vriendinnen en vrienden inschakelt voordat zij een duidelijke reactie zal geven op het verhaal dat u haar vertelt. Hoe meer personen bij het rokersvraagstuk betrokken raken, hoe beter. Het proces mag wel wat tijd kosten; alle betrokkenen zullen de uitkomst ten slotte als redelijk aanvaarden.

CULTUURKRITIEK

Het boek van Paul Verhaeghe past in een lange traditie van cultuurkritiek. De schrijver wil ons inpeperen dat we ons op een breukvlak bevinden. Eeuwenoude gewoontes en tradities blijken vermolmd. De samenleving verandert razendsnel. We moeten onze manier van leven aanpassen (nu, meteen!), want anders gaan we naar de haaien. Merk overigens op dat die noodzakelijke aanpassing een factor zal zijn die zelf ook weer bijdraagt aan verdere verandering van de samenleving. Op het breukvlak van culturen blijft het nog lang onrustig.

In zijn dankwoord aan het eind van zijn boek merkt Verhaeghe op: 'Wat ik geschreven heb, is niet origineel. Alles is elders al geschreven door iemand anders.' Deze opmerking past bij het hierboven aangehaalde advies om in crisissituaties te rade te gaan bij anderen. Het citaat wijst echter ook op een zwakte: *Autoriteit* is een collage van ideeën, die op het eerste gezicht vaak wel aantrekkelijk lijken, maar die op het tweede gezicht niet erg diepgaand blijken te worden uitgewerkt.

De belangrijkste stelling kan in vier woorden worden weergegeven: *autoriteit is moreel gezag*. De crisis die Ver-

haeghe waarneemt, is vervolgens met slechts drie woorden te benoemen: *patriarchaal gezag verbrokkelt*. De auteur ziet onze samenleving kantelen: van 'top down' naar onderling overleg. Sociale media dragen hier sterk aan bij. Niets blijft voor anderen meer verborgen, alles van iedereen wordt transparanter. We laten constant sporen na die door anderen kunnen worden geïnterpreteerd. En daar moeten we dan ook maar ons eigen voordeel uit halen. De oude kreet 'Gooi het in de groep' laat volgens Verhaeghe mooi zien hoe we de voordelen van transparantie kunnen benutten.

Hierin gaat Verhaeghe extreem ver. Hij sluit zich bijvoorbeeld aan bij auteurs die de parlementaire democratie willen vervangen door een keten van groepsprocessen. Opmerkelijk vind ik, dat Verhaeghe nauwelijks gebruik maakt van vakliteratuur over psychologische processen binnen en tussen groepen. Zijn utopieën lijken 'gewoon' losgeknipt uit publicaties van anderen. Als psycholoog voegt hij er weinig aan toe.

EVIDENCE BASED

Toch bevat dit boek genoeg stof om over na te denken. Neem bijvoorbeeld de gezondheidszorg. De autoriteit van een expert ('dokter weet het beter') is vervangen door de autoriteit van het getal. We moeten zoveel mogelijk 'evidence based' werken. Op basis van evidentie komen protocollen tot stand. Verhaeghe wekt ons op om ons niet in slaap te laten sussen door getallen. Uitkomsten van onderzoek kunnen inderdaad heel goed in cijfers worden uitgedrukt, maar hier ging een keuze aan vooraf. Metingen verwijzen naar criteria, en die zijn nooit waardenvrij. Er liggen politieke keuzes aan ten grondslag, die we ons nauwelijks meer realiseren als we naar behaalde scores kijken. Bovendien is de praktijk van de gezondheidszorg weerbarstiger dan het goed gecontroleerde onderzoek suggereert. In behandelkamers melden zich voortdurend andere patiënten en cliënten dan degenen die deel uitmaakten van de onderzochte steekproef. Bij het lezen van *Autoriteit* ontstaat de indruk dat Verhaeghe cliënten ziet die inderdaad wel eens willen terugpraten. De protocollen waarover hij beschikt, lijken daar zelden tegen bestand.

Ook hier geldt dat Verhaeghe niet de eerste auteur is die op dit soort problemen wijst. Duidelijke antwoor-

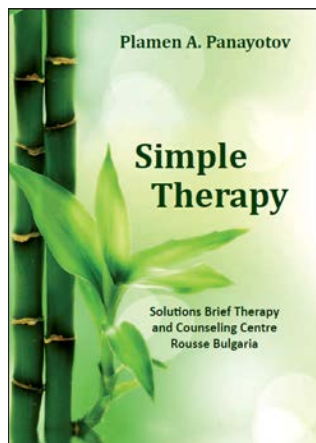
den weet hij ook niet te geven, maar zijn boek roept ons wel op om kritisch naar gangbare praktijken te blijven kijken. Het advies om alles eerst maar eens in de groep te gooien, levert echter niet onmiddellijk een alternatieve gezondheidszorg op.

Verticaal kantelt naar horizontaal, en patriarchale autoriteit moet zo snel mogelijk worden vervangen door collectieve autoriteit. Dat klinkt aantrekkelijk. Een anekdote uit het begin van het boek maakt echter duidelijk hoe lastig het allemaal is. Toen Verhaeghe pas benoemd was als professor, voerde hij het hoogste woord tijdens een vergadering van zijn faculteit. Na afloop kreeg hij van een oudere hoogleraar te horen: 'Collega, mag ik u een raad geven? Probeer tijdens de volgende faculteitsraden vooral goed te luisteren, en wacht nog een aantal maanden voordat u zelf het woord neemt.' Verhaeghe voegt hier nu aan toe: 'Tijdens de volgende vergadering begrijp ik waarom mijn tussenkomst in de vorige vergadering zowel naïef als idioot was. Gebrek aan kennis. Ik hou zeker een half jaar mijn mond.'

In het onlangs verschenen boek lijkt het soms alsof we de jonge professor van jaren terug horen oreren. En daar zit meteen het probleem van de collectieve autoriteit. Hoe lang zouden deelnemers eigenlijk behoren te zwijgen? Hoeveel naïviteit en idiotie is nog te tolereren voordat het collectief doldraait? Wie bepaalt wat een goed moment is om het woord te voeren? Eigenlijk zoeken we een autoriteit die hier een zinvol antwoord op kan geven, maar die persoon is er niet meer in onze samenleving. Vroeger ook niet, bedenk ik me nu. Ik hoop dat het volgende boek van Paul Verhaeghe over massapsychologie gaat.

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

*We moeten onze manier
van leven aanpassen,
anders gaan we naar de
haaien*



De oplossing is 'only a smile away'

Simple Therapy

Door: P. Panayotov

Rousse Bulgaria: Solutions Brief Therapy and Counseling Centre, 52 p.

Gratis te bestellen en online te downloaden: <http://en.solutions-centre-rousse-bulgaria.org>

Recensent: Hans Cladder

Nederlandse psychotherapeuten kunnen inspelen op de groeiende vraag naar korte therapieën door kennis te nemen van deze meest radicale vorm van oplossingsgerichte korte therapie. De Bulgaarse psychiater Plamen Panayotov leerde van zijn patiënten dat hun eigen wegen de snelwegen naar oplossingen waren. Hij laat ze in feite hun eigen therapeut zijn. Panayotov begint met als openingsvraag 'wat denk je dat de nuttigste vraag is die we het eerst moeten beantwoorden', en stelt die vraag dan letterlijk zo aan de patiënt. Hij volgt dan de vragen en antwoorden van de patiënt zelf door alleen te echoën, tot door de patiënt zelf ontworpen huiswerktaken, die hij meegeeft op een receptbriefje.

Uitgangspunt van zijn therapie is dat het proces van 'denken, vragen stellen, antwoorden geven, dingen doen, observeren, en terugblikken' helemaal gevolgd moet worden. Er ontstaan problemen als iemand blijft steken (steeds weer hetzelfde doet), of stappen overslaat. Het is de taak van de therapeut de cliënt te helpen de spiraal te herontdekken en weer te gaan bewandelen. En de therapeut moet daarbij niets doen wat de patiënt zelf even goed of beter kan. Hij moet het hardop denkproces van de patiënt zo min mogelijk storen. Het volgen van de spiraal van de vragen van de patiënt en de antwoorden van de patiënt is de snelweg naar oplossingen. De therapeut hoeft alleen nieuwsgierig te zijn, en de cliënt te steunen door te observeren en te luisteren.

De openingsvraag 'wat denk je dat de nuttigste vraag is die we het eerst moeten beantwoorden?' definieert bij

voorbaat alles wat volgt in het gesprek als nuttigst voor de cliënt. De vraag dient als basis voor wat de cliënt van het gesprek zelf wil, alvorens over te gaan naar wat cliënten in hun leven willen veranderen. Hij impliceert onwetendheid van de therapeut, richt de aandacht op het gesprek zelf, en neemt een hoop druk op de cliënt weg. De vraag impliceert: het is allemaal jouw tijd die je kunt organiseren zoals je wilt.

Alleen als, en alleen wanneer, cliënten van de therapeut eisen dat die zijn professionele training en vragen gebruikt, stelt hij nog vragen naar uitzonderingen, de wondervraag, coping vragen, schaalvragen, relationele vragen, beste hoop vragen, competentie zoekende vragen, vragen naar wat er beter is, enz. Maar ook dan houden de vragen van de cliënt zelf de hoogste prioriteit, en wordt elke vraag voorafgegaan door 'wat denk je?'.

Om 'Simple Therapy' goed te begrijpen zijn deze 52 pagina's echter niet genoeg, en dient men ook de overige gratis geschriften van de website te bestuderen. Wat eenmaal enthousiast geworden geen probleem meer is, en 'only a smile away'. Therapieën worden dan korter, levendiger, en speelser. Al mag men (helaas) geen expert meer zijn, en wordt men snel nutteloos.

Dr. Hans Cladder is auteur, opleider, en psychotherapeut in eigen praktijk. E-mail: Hans.Cladder@Planet.nl.



Kinderen, bij voorbeeld

Waakzame zorg: hoe ouders een goed anker voor hun kinderen kunnen zijn

Door: H. Omer

Amsterdam: Hogrefe, 214 p.

Te vroeg volwassen: over parentificatie

Door: M. Kamphuis

Amsterdam: Boom, 263 p.

Recensent: Karel Soudijn

Een prachtig zinnetje uit de *Driestuiversopera* van Bertolt Brecht: 'Het kan ook anders, maar zo kan het ook.' In al zijn eenvoud lijkt dit citaat het motto van de psychologische praktijk. We horen ons te baseren op inzichten die wetenschappelijk onderzoek oplevert, maar research geeft zelden een eenduidig antwoord op vragen die praktijkpsychologen zichzelf stellen. Meestal vertrouwen zij daarom vooral ook op persoonlijke ervaring in de omgang met opdrachtgevers en cliënten. Ervaringen van de ene psycholoog hoeven echter niet precies gelijk te zijn aan die van de andere. Wie bijvoorbeeld tijdens intervisiebesprekingen ervaringen uitwisselt, zoekt meestal naar mogelijkheden – en niet naar definitieve antwoorden.

Om mogelijkheden te verduidelijken, is casuïstiek belangrijker dan bijvoorbeeld een tabel met correlaties. Auteurs van praktijkgerichte boeken zullen daarom geneigd zijn om veel aandacht te geven aan voorbeelden. De boeken van Haim Omer en Marinka Kamphuis staan er vol mee. Beide auteurs schrijven over kinderen, maar algemeen geldende inzichten zijn er nauwelijks. De boodschap is telkens: 'Het kan ook anders, maar zo kan het ook.' Ondertussen heeft elke auteur wel een eigen thema en een eigen systematiek.

DRIESTAPPENPLAN

Het boek van Haim Omer, *Waakzame zorg*, is vertaald uit het Duits. De Israëlische auteur heeft veel trainingen gegeven aan ouders met opvoedingsproblemen. Uit deze trainingen haalt hij zijn voorbeelden. Het achterliggende

probleem is samen te vatten als: hoe kunnen ouders er voor zorgen dat kinderen (vooral pubers) niet ontsporen? Omer werkt volgens een driestappenplan. Begin een open dialoog met je kinderen. Levert dit te weinig op, ga dan over op het stellen van gerichte vragen. Gaat het dan nog niet goed, dan is het tijd voor eenzijdig ingrijpen.

Dit alles is natuurlijk veel gemakkelijker gezegd dan gedaan. Hoe doe je zoiets? Daar gaat het hele boek over. Aan de hand van talrijke voorbeelden laat de auteur zien hoe kinderen op het verkeerde pad kunnen raken en hoe ouders vervolgens kunnen bijsturen en ingrijpen. Algemeen geldende inzichten kunnen eigenlijk alleen maar op een heel hoog niveau van abstractie worden geformuleerd, en op dat punt is Omer niet verrassend. De waarde van zijn aanpak zit vooral in de casuïstiek (hier kan Bertolt Brecht weer worden geciteerd). Het driestappenplan van Omer levert via de gevalsbeschrijvingen bovendien allerlei tips en trucs op. Gaan uw pubers 'stappen' en bent u bang dat het uit de hand loopt? Maak met die kinderen dan de afspraak, dat zij u vanavond om twaalf uur even opbellen om te vertellen waar zij op dat moment uithangen. Op deze manier blijven uw eigen 'normen en waarden' misschien nog een beetje hangen in het geheugen van die kinderen – en wie weet: misschien laten ze zich daardoor minder snel beïnvloeden door foute vrienden en vriendinnen.

Een andere tip: als het tóch nodig is om uw puber 's avonds laat uit het café te halen, ga dan niet meteen uitleggen waarom u actie hebt ondernomen. Stel dat gesprek

uit tot morgen. Dit advies lijkt mij een passende variant van de stelregel dat je bij woede maar beter eerst tot tien kunt tellen.

LASTIG PARKET

Te vroeg volwassen van Marinka Kamphuis heeft een heel ander thema: parentificatie, oftewel de problematiek van kinderen die zich op een of andere wijze gedwongen voelen om in het gezin de ouderrol over te nemen. Kamphuis heeft in haar boek een slothoofdstuk van vijftig bladzijden opgenomen over theorieën rond parentificatie, maar hierin geeft ze zelf al aan dat het onderwerp in de wetenschappelijke literatuur er bekaaid af komt. Eigenlijk verduidelijken de aangehaalde theorieën maar heel weinig. Het op één na laatste hoofdstuk gaat over vormen van behandeling. En hier geldt: de beschrijvingen van die vormen zijn zo globaal, dat bijna niemand er iets van kan opsteken. Ook Kamphuis moet het vooral hebben van casuïstiek.

De casuïstiek is bij Kamphuis echter van een andere orde dan bij Omer. Laatstgenoemde auteur spreekt lezers aan die in een lastige situatie iets willen doen. Omer concretiseert tips en trucs. Kamphuis, daarentegen, lijkt vooral begrip te willen kweken voor kinderen die in een lastig parket terecht komen. Ze lijkt meer op een onderzoeker die aan de hand van talrijke voorbeelden wil laten zien hoe gevarieerd de wereld om ons heen is.

Parentificatie is bij haar een verzamelbegrip voor een enorme rijkdom aan verschijnselen. Op allerlei manieren kan het zich voordoen. Ouders kunnen doodgaan, langdurig en ernstig ziek worden, verslaafd raken, in de gevangenis terecht komen, emigreren naar een land waar ze de taal niet verstaan (terwijl hun kinderen de vreemde taal wél vlot oppikken), en ga zo maar door. Kinderen

die op te jonge leeftijd allerlei taken van volwassenen op zich nemen, staan bloot aan een veelheid aan gevaren waardoor hun ontwikkeling stagneert. Ook daar geeft de auteur voorbeelden van.

Kan het anders? Kamphuis schrijft herhaaldelijk dat situaties kunnen verschillen, en dat lang niet alle kinderen in hun ontwikkeling worden gestoord als zij ouderrollen op zich nemen. Helaas weet ook Kamphuis niet wat precies de factoren zijn die een goede of slechte ontwikkeling verklaren. Haar talrijke voorbeelden hebben vooral attenderende waarde: het kan ook anders, maar het kan ook op deze manier.

*Kinderen die
op te jonge
leeftijd allerlei
taken van
volwassenen op
zich nemen,
staan bloot aan
een veelheid
aan gevaren*

Beide boeken gaan over kinderen, maar de thema's lopen sterk uiteen. Beide boeken zijn waardevol door de talrijke voorbeelden die de auteurs geven, maar de *sfeer* van die reeksen voorbeelden is zeer verschillend. *Waakzame zorg* van Omer heeft iets van een schaakboek: kinderen (pubers vooral) lijken ons vaak klem te zetten, maar we kunnen mooie tegenzetten bedenken en toepassen. Mislukken die tegenzetten, dan gaan we over naar een andere fase waarin we ook weer allerlei mogelijkheden hebben. Als schaakboek is het werk van Omer heel vrolijk van toon. Kamphuis, daarentegen, heeft aan 'strategie' weinig te bieden. Zij

probeert ons vooral de ogen te openen. Er blijken heel veel situaties te zijn waarin kinderen eigenlijk 'boven hun macht' moeten functioneren. Dat moeten we ons goed realiseren. Maar daarmee is *Te vroeg volwassen* ook een deprimerend boek. Hoewel er volgens de auteur heel veel goed gaat in de ontwikkeling van kinderen, valt dit uit haar voorbeelden moeilijk op te maken.

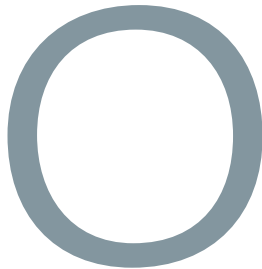
Dr. K.A. Soudijn is verbonden aan de Universiteit van Tilburg.
E-mail: k.a.soudijn@uvt.nl.

DANIËL LAKENS, COLUMNIST IN 2016

‘EEN PORTRET... MOET DAT ECHT?’

Komend jaar is sociaal psycholoog Daniël Lakens onze vaste columnist. Zoals we dat altijd met nieuwe columnisten doen, stellen we hem voor (‘Moet dat nou?’). Een gesprek over zijn harde werken (‘Leeg uit het raam kijken? Zelden!’), zijn platencollectie (‘Nou vooruit, dat mogen jullie weten’) en hoe hij zich op een dag helemaal ingroef in de statistiek. ‘Als ik dat niet snap, hoe kan ik dan ooit goed onderzoek doen?’





p de vraag of hij een paar namen van vrienden en familieleden kan doorgeven die iets over hem kunnen vertellen, reageert Daniel

Lakens niet erg enthousiast. Hij is universitair docent Toegepaste Cognitieve Psychologie aan de Technische Universiteit Eindhoven en komend jaar is hij columnist van De Psycholoog. In het januarinummeer introduceren we deze zoals gebruikelijk, vandaar de vraag om namen van mensen uit zijn omgeving. 'Moet dat echt?' vraagt Lakens. Hij wil werk en privé liever gescheiden houden. Dan geeft hij toe, hij zal zijn best doen. Maar later mailt hij: toch maar niet. Hij wil zijn omgeving liever niet met deze vraag lastigvallen.

En na een korte mailwisseling schrijft hij: zijn vriendin zegt dat hij zich er niet zo druk over moet maken, het zal wel meevallen. Daarom stuurt hij alsnog de nummers van zijn ouders, zijn vriendin en een vriend.

JA, NEE, JA, NEE

Zeker omdat er een portretje moet worden geschreven, trekt dit getwijfel de aandacht. Wat is hier aan de hand? Is hij zo principieel? Of is hij vooral zo strikt als het om werk/privé gaat? Of vindt hij het ongemakkelijk? Is er iets specifieks waarover hij niet wil praten?

Zijn vriendin reageert lachend: 'Dat ja, nee, ja, nee, dat is typisch Daniël.'

De vriend zegt echter: 'Ik ken Daniël helemaal niet als een twijfelaar.'

Tijdens het interview legt Lakens uit dat hij het echt vervelend vond om hier zijn omgeving mee lastig te vallen. 'Dan gaan mijn vrienden tijd steken in iets voor mij. En waarom? Zodat er een leuk verhaaltje over mij geschreven kan worden?'

Er zijn belangrijker zaken die ze kunnen doen, vindt hij. Zelf houdt hij zich bij voorkeur ook bezig met nuttige dingen. Aan de andere kant vindt hij het



moeilijk om nee te zeggen, vandaar zijn twijfel. Op andere vlakken is hij inderdaad geen twijfelaar.

Met zijn armen over elkaar zit hij tegenover me. Donkergrijs pak, zwarte stropdas, paardenstaartje. Zijn vriend vertelde over de omvangrijke platencollectie die hij thuis heeft. Daar kunnen we het nog wel over hebben. Zuchtend: 'Dat lijkt me een goed niveau, dan zien mensen wat ik nog naast mijn werk doe. Maar veel verder hoeft het voor mij niet te gaan.'

LANGSPEELPLAAT

Lakens houdt dus van muziek. Ook tijdens het interview staat er klassieke muziek op. Op het werk gebruikt hij Spotify (*online streaming dienst om muziek te luisteren, red.*). Handig om nieuwe muziek te leren kennen, vindt hij. Maar thuis heeft hij dus een grote platencollectie voor 'het echte werk'. Het gaat hem niet om de geluidskwaliteit, zo geweldig is zijn installatie niet. Het is meer de fysieke activiteit: een plaat moeten opzetten en na een half uur de naald er weer afhalen, want dat doet zijn platenspeler niet automatisch. 'Zo luister ik veel bewuster naar muziek.'

Ook het speuren en kopen van platen, vindt hij leuk. 'Je hebt vaak een beperkt aanbod,' zegt hij. 'Dat is prettig.' Dan is het kopen van cd's misschien wel te



Dat mijn vrienden daar tijd in moeten steken en waarom? Voor een leuk verhaaltje over mij?

jes: 'Ja. Dat vindt ze heel grappig.'

Het is vaker gebeurd, bijvoorbeeld in musea, waardoor de suppoost erbij moest komen. En toen hij zijn huis verbouwde, had hij de neiging om de contactdozen open te schroeven. 'Dat heeft waarschijnlijk met mijn onderzoekende natuur te maken. Het is iets wat ook sterk in mijn werk tot uiting komt.'

LIEVER IETS NUTTIGS

Lakens ging psychologie studeren, omdat hem dat wel interessant leek. 'En ik dacht: als ik eindig als klinisch psycholoog, vind ik dat niet erg.'

Daarvan is hij inmiddels teruggekomen. 'Ik denk niet dat het iets voor me geweest zou zijn. Ik vroeg aan een vriend die klinisch psycholoog is: wanneer is iets nou een probleem? Hij zei: "Als de cliënt vindt dat het een probleem is." Ik begrijp dat dat het goede antwoord is, maar als ik het geen probleem vind, zou ik er moeite mee hebben me ervoor in te zetten. Ik zou denken: kunnen we hier niet allebei overheen stappen en iets echt nuttigs gaan doen?'

Hij studeerde af in de sociale psychologie en werd aangesteld als aio aan de Universiteit Utrecht. In het project waaraan hij werkte, deed hij zowel sociaal als meer cognitief onderzoek. 'Ik ben begonnen met een sociaal onderzoek over hoe mensen bewegingsritmes op elkaar af kunnen stemmen.'

Daar bleef het niet bij, hij deed uiteenlopend onderzoek. 'Ik maakte er een gewoonte van om er altijd een kleine studie naast te doen over een heel ander onderwerp, met taakjes die niet meer dan een paar minuten in beslag namen. Mensen zaten daar toch. Ook daarin probeerde ik zo efficiënt mogelijk te zijn.'

Uiteindelijk lieten die kleine studies die hij erbij deed veel leuke dingen zien. Onder andere deed hij een reeks experimenten met kleur. 'Heel relevant, want alles heeft een kleur. Ik heb een paper geschreven over de associatie tussen de kleur oranje en nationalistische gevoelens van Nederlanders. Ik was

makkelijk. 'Die bestel je en het is klaar.'

Als er iets uit alle verhalen naar voren komt, dan is het dat Lakens een harde werker is en graag zijn best doet. Dit openbaarde zich als kind al. Zijn vader vertelt over een legokasteel dat Daniël kreeg. Hij rustte niet voor het hele kasteel in elkaar zat, iets wat vader vol bewondering en verbazing gadesloeg. Dat kasteel kan Lakens zich niet herinneren, maar in de karakterstschets herkent hij zich wel. 'Ik wil de dingen inderdaad graag afmaken.'

Of het nu gaat om een legokasteel, een onderzoeksprobleem of een statistisch vraagstuk, hij rust niet voor het af is of voor hij het begrijpt. Daarom staat hij soms om vijf uur al op en gaat hij door met waar hij 's avonds laat mee geëindigd was.

Lakens is bovendien leergierig en probeert graag dingen uit. Als hij ergens een knopje ziet waarop hij niet mag drukken, dan kan hij de impuls amper onderdrukken, vertelde zijn vriendin. Zo gaat het verhaal over de mobiele telefoon van zijn vader. Het was tijdens een vakantie, Lakens mocht niet aan die mobiel komen, maar deed het toch. Daardoor schakelde hij het toestel uit en kon zijn vader het de hele vakantie niet meer gebruiken. Dat verhaal klopt? Lakens droog-

toevallig aan het meten wat mensen vonden van verschillende kleuren. En omdat ik een enorme piek bij de kleur oranje zag, ben ik daarop doorgegaan.'

Niet dat het wereldschokkend onderzoek was, maar het was interessant en hij kreeg er veel pers-aandacht mee. 'Het gekke is dat het paper in de wetenschappelijke wereld veel minder aansloeg. Het is nooit geciteerd. Waarschijnlijk is de wetenschap huiverig voor kleuronderzoek, want het klinkt al snel zo "Margrieterig".'

Na twee jaar adviseerde zijn begeleider om te kiezen waarop hij zich voor zijn proefschrift wilde focussen: sociaal of cognitief onderzoek. Hij koos voor het cognitieve onderzoek. 'Daar ging het om wat meer schone puzzeltjes. Het sociale onderzoek is wat diffuser.'

Als je het wetenschappelijk niet zo nauw neemt, kun je heel veel aantonen

Opeens begint zijn computer erg te flikkeren. Hij lacht. Ook dat is een vorm van efficiëntie. 'Mijn computer staat altijd aan en als ik er niet op werk, wordt die overgenomen door een groot rekenonderzoeks-programma waarvoor ze rekenkracht nodig hebben.'

STATISTIEK

Sinds een jaar of vier is zijn belangstelling verschoven. Tegenwoordig doet hij minder empirisch werk, en houdt hij zich meer bezig met statistische onderwerpen en hoe de kwaliteit van onderzoek verbeterd kan worden. Daarvoor waren een paar aanleidingen. De eerste was een paper waarin Daryl Bem' (een Amerikaans sociaal psycholoog en emeritus hoogleraar aan de Cornell University) liet zien dat mensen konden voorspellen wat er in de toekomst gaat gebeuren en dat ze dit beter doen dan je op basis van kansberekening zou verwachten. Hij zei: precognitie bestaat, we

weten alleen niet hoe. 'Iedereen binnen de wetenschap zei: dat kan niet, daar bestaat geen mechanisme voor. Ik – en velen met mij – dachten dat hij dit onderzoek gebruikte om een punt te maken: als je het wetenschappelijk niet zo nauw neemt, kun je heel veel aantonen. Ik dacht dat hij bedoelde: we moeten beter gaan werken. Inmiddels weet ik dat hij echt gelooft in precognitie. Voor mij was het echter een aansporing voor onderzoekers om zich beter te houden aan goede onderzoeksmethoden.'

Kort daarna kwam Diederik Stapel in opspraak. 'En dat was voor mij emotioneel: hoe kan het dat iemand die je kent zoiets doet?'

Vervolgens begon hij mee te werken aan een replicatieonderzoek. 'Ik moest daarvoor een paar simpele dingen doen. Zo moest ik een effectgrootte weten om een samplegrootte te kunnen bepalen. Dat heb je nodig om te gokken: hoeveel mensen moet ik verzamelen om een goede kans te hebben een effect te vinden als dat effect er echt is? Dat is echt heel basaal en eigenlijk moet je dat altijd doen. Maar ik wist niet hoe. Dat zette me aan het denken: als ik deze basis niet snap, hoe kan ik dan goed onderzoek doen? En dat geldt niet alleen voor mij, maar voor veel onderzoekers. Het duurde een tijd voordat ik ergens las hoe het precies zat. Naar aanleiding daarvan realiseerde ik me dat er een groot gat zit tussen wat statistici snappen en waar onderzoekers mee bezig zijn. Dat gat is zo groot, dat een statisticus niet meer goed kan uitleggen wat wij onderzoekers echt nodig hebben. Het werk van statistici is veel minder toegepast dan je zou willen, ze zoeken dingen uit die voor hen uitdagend zijn.'

Eigenlijk moet er dus iemand zijn die tussen de statisticus en de 'gewone wetenschapper' zit en die de benodigde statistiek toegankelijk maakt. Dat is overigens niet de rol die hij op voorhand voor zichzelf zag weggelegd. Hij wilde het aanvankelijk vooral zelf snappen. 'Ik heb me erop gestort en ben toen even gestopt met zelf onderzoek doen. Nadat ik het had uitgezocht, heb ik het opgeschreven, in eerste instantie vooral voor mezelf.'

Hij houdt een blog bij en schreef er artikelen over. 'Ik heb bijvoorbeeld een artikel geschreven over effectgroottes. Daarin staat niet veel nieuws, ik leg er vooral de basis zo simpel mogelijk uit, inclusief een Excel spreadsheet waarmee je zelf kunt rekenen. Dat paper was een succes, het is zo'n tweehonderd keer

1 Bem, D.J. (2011). Feeling the future: Experimental evidence for anomalous retroactive influences on cognition and affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(3), 407-425. <http://dx.doi.org/10.1037/a0021524>

geciteerd. Het ligt voor de hand dat dit in de toekomst in het curriculum van de onderzoeksopleiding wordt opgenomen, want dit was "wat we allemaal al moeten weten".

Het was geen vooropgezet idee om de rol op zich te nemen van degene die de statistische kennis voor de praktijk van onderzoekers toegankelijk maakt, maar dat is hij wel een beetje gaan doen. Vooral veel jonge onderzoekers zijn er blij mee, maar hij maakt er niet alleen vrienden mee. Lakens: 'Als je zegt dat onderzoekers zaken niet goed genoeg snappen en als je onderzoek bekritiseert, dan vinden de betreffende onderzoekers dat natuurlijk niet leuk. Zelf vind ik het aanvankelijk ook niet leuk als ik kritiek krijg, maar uiteindelijk ben ik er toch wel blij mee.'

Hij is dus altijd bezig, altijd aan het werk, maar met plezier. Zit hij nooit even leeg uit het raam te kijken? 'Niet vaak.'

Hij heeft wel eens een meditatiecursus gedaan. Omdat het hem ook wel interessant leek. En omdat het goed zou zijn om af en toe zijn hoofd leeg te maken. Het werkte niet bij hem. 'Als je met mediteren te veel je best doet, krijg je hoofdpijn. Ik kreeg dus hoofdpijn.'

Columns heeft hij nooit eerder geschreven, niet echt. Waarover hij gaat schrijven, weet hij op het moment van dit gesprek nog niet. Maar hij zal zich er zeker niet makkelijk vanaf maken.'

ADVERTENTIES



Training & Opleiding
De psychologie van het lichaam

MASTERCLASS LICHAAMSWIJSHEID

Een geoefend oog kan de lichaamsdiagnostiek doeltreffend gebruiken in de begeleiding. Door te letten op houding, beweging, gebaren en ademhaling kunnen wij onze cliënten op een dieper niveau verstaan en aansluitende interventies geven.

De wijsheid van het lichaam ervaren en toepassen leer je in de 6-daagse geaccrediteerde masterclass Lichaamswijsheid Herkennen en Toepassen van Annet van Laar.

Introductieworkshop: 7 maart 2016 van 19.30 - 21.30

Start Masterclass: 22 april 2016 van 9.30 - 17.00 uur

Locatie: Centrum Zijnsoriëntatie, Utrechtseweg 133 in Zeist

Voor praktische informatie: www.nu.nl info@nu.nl
Informatie over de opleiding: www.annetvanlaar.nl

1 april 2016

Symposium 'Van binnen weet je alles'

Vroegboekvoordeel: handboek "Van binnen weet je alles" gratis
www.vanbinnenweetjealles.nl



In verband met uitbreiding van
formatie zoekt GGZ Delfland

GZ psychologen & Klinisch Psychologen



GGZ DELFLAND



Persoonlijke zorg dichtbij

KIJK VOOR MEER INFORMATIE OP WWW.GGZ-DELFLAND.NL

INSPIRATIE – SYSTEMATISCH EN PLANMATIG

Marcel Veenman, *cognitief onderwijspsycholoog, directeur Instituut voor Metacognitie Onderzoek en redactieraadlid De Psycholoog.*

Ik heb de middelbare school nogal grillig doorlopen. Ik maakte een soort hinkstapsprong: van de brugklas havo/vwo ging ik naar de mavo, daarna weer naar de havo en vervolgens naar het vwo.

In de brugklas was ik te speels om te leren. Van mijn ouders moest ik twee uur per dag achter mijn bureautje doorbrengen om mijn huiswerk te maken. Maar ik deed er van alles behalve leren. Daarom had ik in alle hoeken en gaten speelgoed verstopt.

Na dat brugjaar moest ik daarom naar de mavo. Daar kreeg ik drie jaar lang zowel wis-, natuur- als scheikunde van één docent: de heer Kroon. Van hem leerde ik op een zéér systematische en planmatige manier werken. Aanvankelijk was hij niet zo dol op mij; hij was een wat conventionele man en ik was een halve hippie met lang haar en veel kettingen om. Maar ik was ook zijn beste leerling.

Meneer Kroon begon zijn les met een uitleg, daarna deed hij een oefening stapsgewijs voor. Vervolgens moesten wij die oefening zelf doen en daarbij moesten we systematisch alle stappen doorlopen die hij had voorgedaan. Verder hamerde hij telkens op zijn vaste regels. Zorg dat je de opgave goed leest. Weet wat het gevraagde is en wat de gegevens zijn die je nodig hebt. Maak een goed plan. Voer

dat plan systematisch uit. En controleer je antwoorden. Hij was streng, glashelder en ordelijk. Door zo drie jaar bij hem in de klas te zitten, raakte zijn werkwijze er bij mij in geramd.

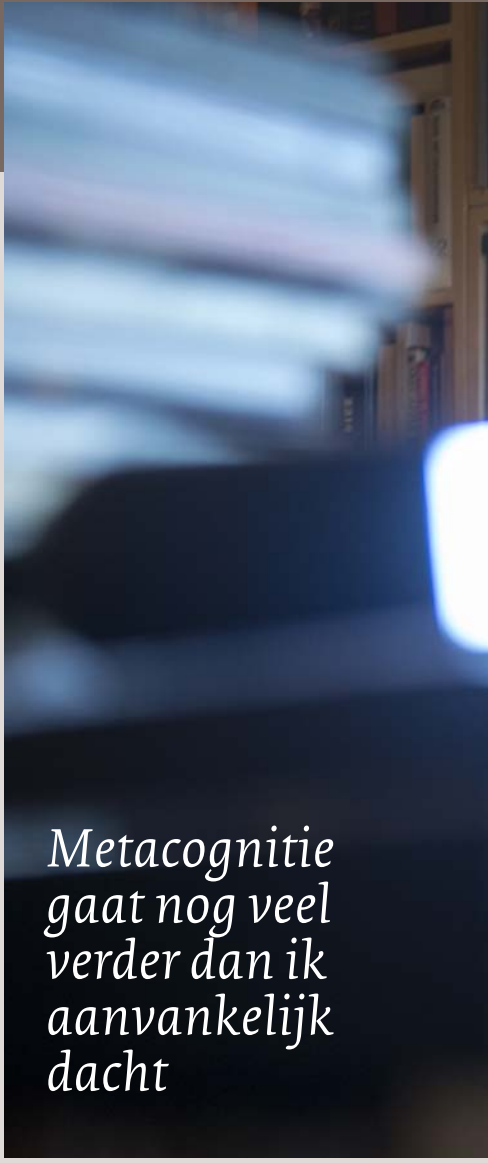
Het was al snel duidelijk dat ik door zou leren. Toen ik van de mavo naar 4 havo ging volgde ik een extra vak, zodat ik direct door kon naar 5 vwo en daarna naar de zesde.

Ik ben altijd volgens de systematische aanpak van meneer Kroon blijven werken, ook toen ik psychologie ging studeren. En zelfs nu nog, als ik een praatje voorbereid of een artikel schrijf.

CHAOTISCHE AANPAK

Na mijn studie heb ik promotieonderzoek gedaan bij Jan Elshout (*emeritus hoogleraar Functieleer aan de Universiteit van Amsterdam, red*), ook een grote inspiratiebron voor mij. Mijn proefschrift ging over metacognitie. Het belangrijkste vraagstuk waarmee ik me bezighield, ging over de vraag of metacognitie een onderdeel is van intelligentie of dat het er los van staat. Elshout dacht dat het een onderdeel is van intelligentie. Aanvankelijk dacht ik dat ook, hoewel ik een vermoeden had dat je metacognitie wel kon aanleren.

Dat vermoeden werd alleen maar sterker toen ik met het onderzoek bezig was. Mijn proefpersonen moesten een leertaak uitvoeren en ik zag zeer intelligente proefpersonen die er soms niets van baktten, omdat hun aanpak zo chaotisch was. Het beeld dat intelligentie en metacognitie voor een groot deel los van



Metacognitie
gaat nog veel
verder dan ik
aanvankelijk
dacht

elkaar staan, kwam ook naar voren uit de resultaten van mijn onderzoek.

En eigenlijk wist ik dat ook uit eigen ervaring. Want gedurende mijn onderzoek beseftte ik dat deze metacognitieve vaardigheden hetzelfde was als wat meneer Kroon ons leerde. Ik wist dus dat je intelligent kunt zijn, maar dat je slecht presteert als je niet op de goede manier werkt. En andersom: dat je het met een systematische aanpak ver kunt schoppen en dat je daarmee voor een lagere intelligentie kunt compenseren.

KOERS BIJSTUREN

Na mijn proefschrift dacht ik aanvankelijk dat ik wel klaar was met metacognitie, maar het is na dertig jaar nog steeds mijn



FOTO: HERMAN WOUTERS

onderwerp. Metacognitie gaat nog veel verder dan ik aanvankelijk dacht. Metacognitieve vaardigheden gebruik je niet alleen in onderwijssituaties. Zo maakt men er binnen de klinische psychologie veel gebruik van, alleen wordt het daar vaak zelfregulatie genoemd. Het kan gebruikt worden om mensen van hun verslaving af te helpen. Door zelfregulatie kunnen verslaafden leren de organisatie over hun leven terug te krijgen en bestand te raken tegen risicovolle situaties. Zo kan een ex-roker weer op een feestje komen waar gerookt wordt en daar toch van de sigaretten afblijven doordat hij op de situatie anticipeert.

Verder kan het patiënten helpen om met angststoornissen of andere psychia-

trische aandoeningen om te gaan en weer zelfstandig te functioneren.

Met behulp van metacognitieve vaardigheden kun je bewust iets nieuws leren en ze kunnen helpen bij het afstappen van geautomatiseerde gewoonten. Daarom heeft metacognitie veel te maken met de vrije wil. Sommige wetenschappers, zoals Dick Swaan en Victor Lamme, beweren dat die niet bestaat, maar volgens mij is dat niet waar. We doen veel automatisch en uit gewoonte, en dan speelt onze vrije wil geen grote rol. Maar juist met behulp van metacognitie zijn we in staat om 'uit de groef te komen'. Vergelijk het met een grote tanker die we kunnen laten varen en dan volgt hij de koers die vooraf vastlag. Maar het is mogelijk de koers bij

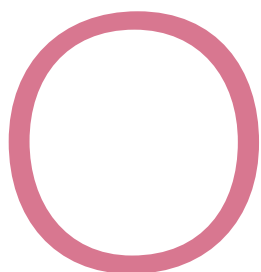
te sturen. Dat gaat niet eenvoudig en snel, maar het kan wel.

Daarover gaat het congres dat ik samen met anderen organiseer, met als titel: 'Bestaat de vrije wil? Knecht van ons brein of Meester over ons gedrag...'* Daar zullen onder meer Swaab, Lamme en ook de wereldberoemde bewustzijnsfilosoof Daniel Dennett *acte de présence* geven. Dat congres beschouw ik als een kroon op mijn werk.'

*Voor meer informatie: www.bestaatde-vrijewil.nl

Stel: je zit al maanden niet goed in je vel, hebt moeite je bed uit te komen en je hebt nergens zin meer in. Je besluit naar een psycholoog te gaan. Hoe groot is de kans dat dit helpt? Het is bekend dat ongeveer de helft van de mensen met een depressie baat heeft bij een psychologische behandeling. Evelien Snippe en collega's vroegen zich af waarom en voor wie behandeling voor depressie helpt.

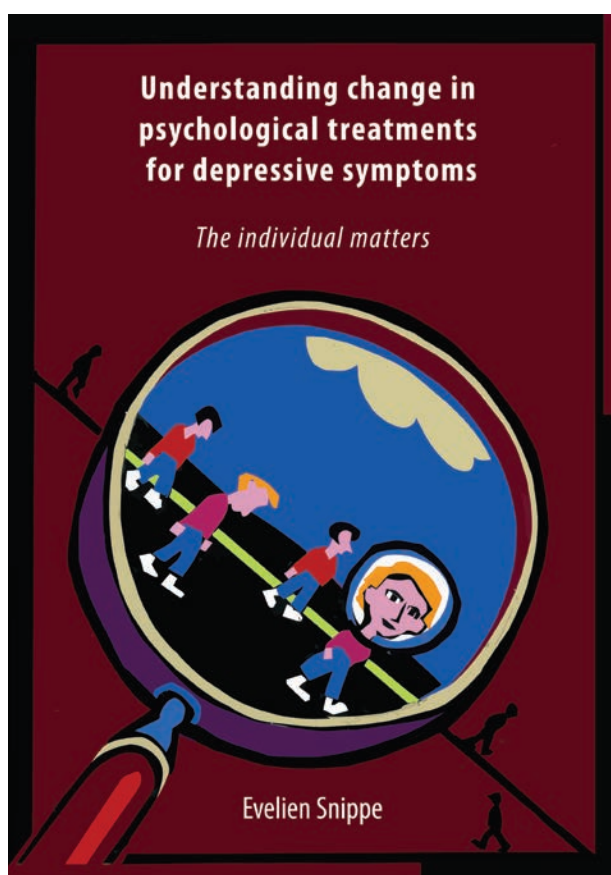
VOOR WIE EN WAAROM WERKEN COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE EN MINDFULNESSTRAINING?



ndanks dat niet iedereen met depressieve klachten baat heeft bij een psychologische behandeling, blijkt uit onderzoek dat iets doen gemiddeld beter is

dan niets doen. Mensen met depressieve klachten knappen eerder op als ze een psychologische behandeling krijgen, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT), dan als ze wachten tot hun klachten overgaan (Hollon & Ponniah, 2010). Het onderzoek tot dusver wekt de indruk dat het niet uitmaakt welke evidence based behandeling mensen krijgen voor depressie; gemiddeld zijn ze even effectief.

Toch verbeteren de depressieve klachten bij slechts de helft van de mensen (Cuijpers et al., 2012) en is het goed mogelijk dat de ene behandeling beter aansluit bij de klachten van sommigen en een andere behandelvorm beter bij die van anderen. Het probleem van eerdere onderzoeken is dat er enkel gekeken werd naar de 'gemiddelde' effectiviteit, waardoor er geen zicht is op bij wie een bepaalde behandeling aanslaat. Als de effectiviteit van behandelingen op groepsniveau vergeleken wordt, zullen individuele verschillen zich uitmiddelen en zullen alle behandelingen gemiddeld even effectief blijken. Daarnaast zijn er mensen bij wie geen enkele vorm van behandeling aanslaat. Dit kan komen doordat sommige eigenschappen van mensen de kans vergroten dat ze baat hebben bij behandeling. Of



misschien zijn er bepaalde omstandigheden waaronder behandelingen effectiever zijn.

In plaats van nieuwe behandelingen te ontwikkelen om te kijken of deze beter werken bij depressie, lijkt het nuttiger te onderzoeken hoe bestaande behandelingen werken en bij wie ze aanslaan en bij wie niet, zoals klinisch psycholoog Marcus Huibers op 19 juli 2014 in *de Volkskrant* schreef. Als we weten wanneer en voor wie behandelingen effectief zijn, kan therapie gericht aan bepaalde mensen worden aangeboden (Kazdin, 2007). En als we weten hoe behandelingen werken (de veranderingsmechanismen), kunnen we bestaande behandelingen optimaliseren en ze aanbieden aan mensen met klachten die aansluiten bij de focus van de behandeling (Kazdin, 2007). Onderzoek naar individuele verschillen in effectiviteit en hoe verandering tot stand komt, kan hier meer inzicht in geven. Om te weten voor wie welke behandeling werkt, kan onderzocht worden of bepaalde karakteristieken van mensen voorspellen of zij baat hebben bij behandeling. Zo is eerder onderzocht of een behandeling beter werkt voor mensen met ernstiger klachten dan voor mensen met milde klachten (Driessen & Hollon, 2010). Om zicht te krijgen op hoe psychologische behandelingen werken, kan men onderzoeken welke veranderingen voorafgaan aan verbetering in depressieve klachten. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat het toepassen van een bepaalde vaardigheid een afname van klachten tot gevolg heeft.

Het doel van ons onderzoek was om individuele verschillen in behandel-effectiviteit te verklaren en meer zicht te krijgen op mechanismen die ten grondslag liggen aan verbetering in depressieve klachten. Allereerst onderzochten we of de effectiviteit van behandelingen voorspeld wordt door hoe cliënten aankijken tegen behandeling en de behandelaar, alsook hun inzet tijdens behandeling. Daarnaast onderzochten we of stemming inderdaad beter wordt als mensen vaardigheden toepassen die ze tijdens behandeling hebben geleerd en of mensen verschillen in hoeverre ze baat hebben bij deze vaardigheden.

Een deel van bovenstaande vragen is onderzocht in een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT) naar de effectiviteit van CGT en mindfulness based cognitieve therapie (MBCT) voor diabetespatiënten met huidige depressieve klachten (Tovote et al., 2014). Mensen met diabetes hebben vaker last van depressieve klachten dan mensen zonder een lichamelijke aandoening (Ali et al., 2006). Omdat depressieve klachten de controle over de ziekte diabetes negatief kunnen beïnvloeden, is het extra belangrijk

om depressieve klachten effectief te behandelen bij deze mensen. In totaal werden er 94 mensen met diabetes (type I of type II) en depressieve klachten (*Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) score ≥ 14) gerandomiseerd en ingedeeld in CGT, MBCT of een wachtlijstconditie. Na de wachtlijst van drie maanden werden deelnemers wederom willekeurig ingedeeld in CGT of MBCT. Zowel CGT als MBCT bestonden uit acht individuele sessies van 45 tot zestig minuten (voor details over de individuele behandelprotocollen, zie Schroevers et al., 2015). De resultaten van ons onderzoek toonden aan dat CGT en MBCT beide effectief zijn voor diabetespatiënten met depressieve klachten in vergelijking met een controlegroep (Tovote et al., 2014). De effecten van CGT en MBCT op depressieve klachten waren ongeveer even groot.

WERKZAME INGREDIËNTEN

Om meer zicht te krijgen op voor wie en waarom CGT en MBCT effectief zijn, is het belangrijk te weten uit welke componenten deze behandelingen bestaan en hoe ze verondersteld worden te werken. CGT is al decennia een standaardbehandeling voor huidige depressieve klachten. Samengevat richt CGT zich op het activeren van mensen en het herkennen en uitdagen van negatieve gedachten en formuleren van meer realistische, behulpzame gedachten. Er wordt verondersteld dat CGT werkt doordat mensen meer behulpzame gedachten over zichzelf, anderen en de toekomst krijgen waardoor hun depressieve klachten minder worden (Beck et al., 1979).

MBCT werd eind vorige eeuw ontwikkeld met als doel om depressieve terugval te voorkomen in plaats van huidige depressieve klachten te verminderen (Segal, Williams, & Teasdale, 2002; Teasdale, Segal & Williams, 1995). MBCT heeft een andere insteek dan CGT. MBCT is gebaseerd op het idee dat het trainen van mindfulness interfereert met manieren van denken, zoals piekeren, die sombere gevoelens kunnen versterken (Segal et al., 2002). Mindfulness wordt ook wel beschreven als de capaciteit om aandacht te geven aan ervaringen die zich op dit moment voordoen, zonder deze te veroordelen (Kabat-Zinn, 1994). MBCT bestaat voornamelijk uit mindfulness-meditatie en yoga-oefeningen die ontleend zijn aan mindfulness based stressreductie (MBSR). In deze oefeningen leren mensen om hun aandacht te richten op het lijf, de adem, gevoelens of gedachten. De instructie is om steeds wanneer de aandacht afdwaalt deze weer terug te brengen naar de focus van de aandacht, zonder het afdwalen te veroordelen. Aangezien onze geest de neiging heeft af te

dwalen, is dit een goede oefening in zowel het richten van de aandacht als een 'niet oordelende houding'. Dit kan helpen om lichte gevoelens van somberheid te laten voor wat ze zijn, en er niet op te reageren door er over te gaan piekeren. Hierdoor is de kans kleiner dat er een negatieve spiraal ontstaat en sombere gevoelens worden versterkt door te piekeren.

Onderzoek laat inderdaad zien dat MBCT de kans op terugval in depressie verkleint (Ma & Teasdale, 2004; Teasdale et al., 2000) en daarin even effectief is als behandeling middels antidepressiva (Kuyken et al., 2015). Het is goed om hier te noemen dat naast MBCT ook CGT met een focus op terugvalpreventie effectief is in het voorkomen van terugval in depressie (Bockting et al., 2005). Andersom geldt ook dat MBCT niet alleen effectief is ter preventie van terugval, maar tevens voor het verminderen van huidige depressieve klachten (Khoury et al., 2013).

DE THERAPEUTISCHE ALLIANTIE ALS VOORSPELLER

Om te voorspellen wie er meer baat heeft bij CGT en MBCT voor depressieve klachten, keken we in ons onderzoek eerst naar de rol van de therapeutische alliantie. De meest onderzochte conceptualisatie van die alliantie is die van Bordin (1979). Onder de therapeutische alliantie verstaat hij de mate waarin cliënt en therapeut het eens zijn over de doelen van de behandeling en de therapietaken, als ook de mate waarin de cliënt het idee heeft dat de therapeut hem of haar waardeert (*band*). Deze definitie van de therapeutische alliantie wijkt af van de definitie van Carl Rogers (1902-1987) die de therapeutische relatie beschrijft als de mate waarin de therapeut oprechte positieve aandacht geeft en empathisch begrip toont (Elvins & Green, 2008). De definitie van Rogers gaat over het gedrag van de therapeut terwijl de definitie van Bordin gaat over hoe de cliënt aankijkt tegen de therapeutische alliantie. In een groot aantal onderzoeken is aangetoond dat mensen meer baat hebben bij psychologische behandelingen als zij de therapeutische alliantie, zoals beschreven door Bordin, als positief ervaren (bijv. Horvath et al., 2011).

Sommige mensen concluderen op basis hiervan dat de therapeutische alliantie belangrijker is voor een positief behandelresultaat dan de specifieke technieken waaruit psychologische behandelingen bestaan (Castonguay et al., 1996). Deze conclusie wordt gesterkt door de bevinding dat alle behandelingen gemiddeld even effectief zijn. Toch toont het verband tussen de therapeutische alliantie en

behandeleffectiviteit nog niet aan dat specifieke behandeltechnieken niet belangrijk zijn. Sterker, de specifieke technieken van een behandeling kunnen ook invloed hebben op hoe mensen de therapeutische alliantie ervaren. Iemand kan de therapeutische alliantie als beter ervaren wanneer de specifieke technieken van een behandeling goed aansluiten bij iemands klachten (Barber, 2009). Uit eerder onderzoek bleek dat mensen de therapeutische alliantie als beter ervaren als de behandeling al vroeg in het traject aansloeg (Strunk, Brotman & DeRubeis, 2010).

Het belang van de therapeutische alliantie kan ook afhangen van de nadruk op de therapeutische alliantie in een behandeling. Het samen vaststellen van de therapiedoelen en

Verbeteringen in mindfulness zijn geen bij-effect van verbeteringen in stemming

taken staat bijvoorbeeld vrij centraal in CGT. In MBCT wordt hier minder aandacht aan geschonken; bijeenkomsten hebben een vaste structuur en agenda (Fennell & Segal, 2011). In MBCT wordt er wel verondersteld dat het belangrijk is om, net als in CGT, een therapeutische band op te bouwen met cliënten door een open, warme, niet-oordelende houding aan te nemen (Fennell & Segal, 2011), waardoor cliënten mogelijk de therapeutische band als meer positief zullen ervaren.

In één van onze onderzoeken hebben we daarom het verband tussen de therapeutische alliantie en klachtreductie vergeleken tussen CGT en MBCT (Snippe et al., 2015). We

verwachten dat de mate waarin therapeut en cliënt het eens zijn over de behandeltaken en doelen wel zou samenhangen met de effectiviteit van CGT, maar niet met die van MBCT – dit omdat behandeltaken en doelen explicieter aan de orde komt in CGT. Ook keken we of het verband tussen de therapeutische alliantie en therapie effectiviteit standhield als we rekening hielden met de afname in depressieve klachten vroeg in het behandeltraject, vlak voor de therapeutische alliantie werd gemeten. Het bleek dat mensen meer baat hadden bij CGT als zij een betere therapeutische alliantie rapporteerden. Met name de mate waarin de cliënt het eens was met de behandeltaken hing sterk samen met de effectiviteit van CGT. In MBCT waren geen van de aspecten van de therapeutische alliantie gerelateerd aan behandelresultaten. De resultaten waren hetzelfde wanneer we rekening hielden met klachtreductie voorafgaand aan de therapeutische alliantie.

Deze bevindingen tonen aan dat overeenstemming over therapiedoelen en taken niet erg belangrijk is voor de effectiviteit van MBCT, maar wel voor die van CGT. De inhoud en de doelen van CGT zijn meer toegespitst op de persoonlijke situatie van de cliënt dan in MBCT. Het lijkt daarom van belang dat CGT-therapeuten aandacht besteden aan 'shared decision making' door de inhoud en doelen samen met de cliënt te bepalen. Een onverwachte bevinding is dat de therapeutische band de effectiviteit van MBCT niet voorspelde, wat erop duidt dat het behandelresultaat in MBCT niet afhangt van de mate waarin patiënten het idee hebben dat de therapeut hen waardeert. Een belangrijk verschil tussen CGT en MBCT is dat mensen in CGT vaker gevraagd worden om persoonlijke problemen uit het dagelijks leven te delen dan in MBCT. Wellicht is de therapeutische band daarom wel gerelateerd aan uitkomsten in CGT en niet in MBCT.

Dit onderzoek laat zien dat de therapeutische alliantie niet in elke behandelcontext even belangrijk is. Het hangt af van de therapievorm hoe belangrijk de therapeutische alliantie is voor het behandelresultaat. Op basis hiervan kunnen we concluderen dat behandeltechnieken dus wel degelijk van belang zijn aangezien de behandelvorm kan bepalen of de therapeutische alliantie het behandelresultaat voorspelt.

HET BELANG VAN VERWACHTINGEN

Een andere factor die invloed kan hebben op behandelresultaten, is de verwachting van mensen over de effectiviteit van psychologische behandelingen. Eerder werd

gevonden dat mensen met hogere verwachtingen meer baat hebben bij behandeling (Constantino et al., 2011). Dit is nog weinig onderzocht onder mensen met depressieve klachten, evenmin is bekend of dit voor MBCT geldt. Daarnaast is het nog onduidelijk waarom verwachtingen behandelresultaten voorspellen. Een oude hypothese is dat positieve verwachtingen hoop creëren en daardoor een direct effect hebben op stemming (Goldstein, 1960). Anderen veronderstellen dat verwachtingen van mensen van invloed zijn op hun inzet tijdens therapie (Webb et al., 2013).

Deze twee hypothesen hebben we getest in de eerder beschreven *randomized controlled trial* naar CGT en MBCT (Snippe et al., 2015). Allereerst onderzochten we of verwachtingen een verbetering in depressieve klachten voorspellen aan het begin van behandeling of pas aan het eind ervan. Als positieve verwachtingen inderdaad hoop creëren en daarmee de stemming direct beïnvloeden, zou je verwachten dat depressieve klachten van deze mensen al vroeg in de behandeling verbeteren. Daarnaast onderzochten we of verwachtingen van mensen hun inzet tijdens behandeling voorspellen. Dit deden we door verwachtingen te relateren aan vroegtijdige beëindiging van de behandeling en het maken van huiswerk. Ook onderzochten we of mensen die meer huiswerk¹ maken meer baat hebben bij CGT en MBCT.

Uit het onderzoek blijkt dat mensen met positievere verwachtingen betere behandelresultaten hadden; hun depressieve klachten namen meer af. Dit gold zowel voor CGT als MBCT. Verwachtingen voorspelden geen klachtreductie aan het begin of halverwege de behandeling, enkel aan het eind ervan. Ook toonden we aan dat mensen met hogere verwachtingen minder snel stoppen met CGT en MBCT. Daarnaast maakten mensen met hogere verwachtingen meer huiswerk tijdens MBCT. Het lijkt er dus op dat verwachtingen geen direct effect hebben op stemming en daarmee dus niet werken als een 'placebo'. Waarschijnlijker is dat verwachtingen de inzet van mensen beïnvloeden, aangezien mensen met hoge verwachtingen minder snel stoppen met behandeling en meer huiswerk maken in MBCT. Mogelijk halen mensen meer uit de behandeling als ze zich meer inzetten.

Omdat mensen met hogere verwachtingen zich meer inzetten en meer baat hebben bij behandeling, is het belangrijk dat therapeuten hier rekening mee houden. Therapeuten kunnen bijvoorbeeld voorafgaand aan behandeling vragen wat mensen verwachten van verschillende behandelvormen. Als er bijvoorbeeld twee

evidence based behandelingen voor depressie voor handen zijn, kan de keuze voor een van beide mede gebaseerd worden op iemands verwachtingen. Dit gegeven is niet alleen voor behandelaren maar ook voor verzekeringsmaatschappijen belangrijk om in ogenschouw te nemen. Voor sommige medicamenteuze behandelingen geldt dat alleen de behandeling wordt vergoed die gemiddeld het meest effectief is. Bij psychologische behandelingen is dit problematisch omdat de beschikbare evidence based psychologische behandelingen mogelijk het meest effectief zijn als mensen de behandeling krijgen waar ze het meest van verwachten. Daarom is het ook onterecht dat MBCT niet meer standaard vergoed wordt in het basispakket voor mensen met depressieve klachten of angstklachten. MBCT is namelijk effectief gebleken voor depressieve klachten en angstklachten (Khoury et al., 2013) en mensen met hoge verwachtingen van MBCT kunnen hier extra veel baat bij hebben.

Daarnaast is er een kans dat behandelingen beter aanslaan als therapeuten verwachtingen van mensen verhogen. Therapeuten kunnen dit doen door een duidelijke rationale van de therapie te geven die aansluit bij de cliënt (Constantino, Ametrano, & Greenberg, 2012). Ook is aangetoond dat *motivational interviewing* (vier sessies met een focus op het verminderen van ambivalentie om te veranderen en het vergroten van de intrinsieke motivatie om te veranderen) voorafgaand aan CGT leidt tot hogere verwachtingen onder cliënten en betere behandelresultaten (Westra, Arkowitz & Dozois, 2009). Hierbij moet wel worden opgemerkt dat het verhogen van verwachtingen mogelijk niet altijd wenselijk of succesvol is. Als verwachtingen sterk beïnvloed worden door iemands persoonlijkheid, bijvoorbeeld door een lage mate van optimisme, zijn verwachtingen misschien niet te beïnvloeden. Lage verwachtingen kunnen ook realistisch zijn, bijvoorbeeld als eerdere psychologische behandelingen niet aansloegen. Het verhogen van verwachtingen in zo'n geval zal wellicht eerder tot teleurstellingen leiden dan tot betere behandelresultaten. Het is daarom belangrijk de reden voor lage verwachtingen na te gaan alvorens een poging te wagen deze te verhogen.

Een andere opvallende bevinding is dat CGT en MBCT niet beter aansloegen onder mensen die meer huiswerk maakten. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat bijna alle deelnemers ten minste één huiswerkopdracht per week deden. Sommige mensen hebben hier misschien al voldoende aan om de aangereikte vaardigheden toe te gaan passen in het dagelijks leven. Ook moet opgemerkt worden

dat we op basis van dit onderzoek niet kunnen concluderen dat huiswerkopdrachten überhaupt niet bijdragen aan de effectiviteit van CGT en MBCT. We hebben het doen van huiswerk namelijk niet experimenteel gemanipuleerd in dit onderzoek. Een vergelijking van bijvoorbeeld CGT zonder huiswerkopdrachten met CGT met huiswerk zou meer inzicht geven in de toegevoegde waarde van huiswerkopdrachten.

VERANDERINGSMEECHANISMEN TIJDENS MBCT

Een andere onderzoeksvraag is waardoor het precies komt

Om te weten voor wie welke behandeling werkt, kan onderzocht worden of bepaalde karakteristieken van mensen voorspellen of zij baat hebben bij behandeling

dat mensen opknappen tijdens behandeling (veranderingsmechanismen). Er wordt verondersteld dat mensen verschillende vaardigheden leren in psychologische behandelingen om beter om te gaan met hun klachten. Als bekend is welke vaardigheden leiden tot verbetering, kan hier extra aandacht aan gegeven worden tijdens behandeling. Daarnaast levert dit algemene kennis op over wat mensen zelf kunnen doen om hun stemming te verbeteren. In MBCT leren mensen bijvoorbeeld tijdens meditatie en yoga-oefeningen om hun aandacht te richten op ervaringen in het hier en nu en deze niet te veroordelen (oftewel: mindfulness). Zoals we eerder uitlegden, kan deze vaardigheid ervoor zorgen dat mensen minder gaan piekeren waardoor hun stemming verbetert.

Tot dusver was het nog niet onderzocht of stemming van mensen inderdaad verbetert als ze meer mindful zijn en minder piekeren. Uit eerder onderzoek bleek al wel dat het volgen van een mindfulnesstraining leidt tot een toename van mindfulness en een afname van piekeren (Van der Velden et al., 2015). Ook is gevonden dat een betere stemming na het volgen van een mindfulnesstraining samenhangt met een toename in mindfulness en een afname in piekeren (Van der Velden et al., 2015). Toch is op basis hiervan nog onduidelijk wat oorzaak is en wat gevolg; doordat stemming, mindfulness en piekeren op hetzelfde moment gemeten werden, weten we immers niet wat voorafging aan wat. Het is niet uitgesloten dat stemming eerst opknapt waardoor mensen minder piekeren en zichzelf

het belangrijk te onderzoeken of dit effect *binnen mensen* plaatsvindt. In de meeste onderzoeken wordt onderzocht of mensen een betere stemming hebben *dan anderen* wanneer zij daarvoor meer mindful zijn *dan anderen*. Wij wilden juist weten of iemands stemming beter is dan gewoonlijk als ze daarvoor meer mindful waren dan gewoonlijk. Om dit kwantitatief te onderzoeken, zijn meerdere metingen van stemming en mindfulness nodig per persoon (Hamaker, 2012; Molenaar, 2004). Dit worden ook wel een intensieve longitudinale metingen, of intensieve tijdreeksen genoemd (Bolger & Laurenceau, 2013). Een ander voordeel van meerdere metingen per persoon is dat het de mogelijkheid biedt het effect van mindfulness op stemming te vergelijken tussen mensen. Misschien is het positieve verband tussen mindfulness en stemming niet even sterk voor iedereen. Dit zou ook een mogelijke verklaring kunnen zijn waarom MBCT effectiever is voor sommigen dan voor anderen.

In twee onderzoeken zijn we nagegaan of mensen een betere stemming hadden als ze de dag ervoor minder piekerden of meer mindful waren. Dit onderzochten we onder mensen die een mindfulnesstraining volgden. In een eerste onderzoek hebben we het verband tussen mindfulness, stemming en piekeren onderzocht onder zes vrouwen met milde depressieve klachten (Snippe et al., 2015). Aan het eind van elke dag beantwoorden zij vragen over hun depressieve klachten, mindfulness en piekeren gedurende die dag. In dit onderzoek keken we per persoon welke veranderingen op elkaar volgden. Daardoor konden we met grotere betrouwbaarheid uitspraken doen over de invloed van mindfulness, piekeren en stemming op elkaar voor één specifieke persoon². Dit deden we door bijvoorbeeld te onderzoeken of iemand minder depressieve klachten rapporteerde dan dat zij gemiddelde deed als zij de dag ervoor meer mindful was dan gemiddeld. Bij slechts twee deelnemers gingen dagelijkse fluctuaties in piekeren vooraf aan fluctuaties in depressieve stemming, bij één deelnemer gingen veranderingen in mindfulness vooraf aan veranderingen in stemming, en bij drie deelnemers gingen veranderingen in mindfulness vooraf aan veranderingen in piekeren. Verder bleek dat er geen omgekeerde effecten waren: veranderingen in depressieve klachten gingen bij geen van de deelnemers vooraf aan veranderingen in mindfulness of piekeren. Wel hingen de variabelen sterk samen binnen de dag. Dit duidt erop dat dagelijkse veranderingen in mindfulness, piekeren en depressieve klachten samengaan. Het zou ook kunnen dat verandering in mindfulness wel voorafgingen aan veranderingen in

De specifieke technieken van een behandeling kunnen invloed hebben op hoe mensen de therapeutische alliantie ervaren

minder veroordelen. Een betere stemming kan het gevolg zijn van andere aspecten van mindfulnesstraining, zoals sociale steun van de groep of het delen van ervaringen. Als dat zo is, is het groepsaspect van de training belangrijker dan het trainen van mindfulness zelf en hoeft de nadruk daar niet zo op te liggen.

Daarom is het belangrijk te onderzoeken of verbeteringen in mindfulness en piekeren inderdaad leiden tot een betere stemming, in plaats van andersom. Hiervoor is een andere aanpak nodig dan gangbaar is. Om meer inzicht te krijgen in causaliteit, moet aangetoond worden dat veranderingen in mindfulness en piekeren *voorafgaan* aan veranderingen in stemming, en niet omgekeerd (Kazdin, 2007). We weten dan nog niet zeker of het verband causaal is, maar het geeft meer inzicht in de richting van het effect dan als men gelijktijdige verandering onderzoekt. Daarnaast is

depressieve klachten binnen de dag. Dit kunnen we niet uitsluiten aangezien we maar één keer per dag gemeten hebben.

In een tweede onderzoek keken we of we deze resultaten ook zouden vinden in een grotere groep van deelnemers (Snippe, Nyklícek et al., 2015). Daarnaast onderzochten we of mensen meer mindfulness rapporteerden als ze eerder op de dag tenminste één meditatie- of yoga-oefening hadden gedaan – dit om er zeker van te zijn dat de verbeteringen in mindfulness een gevolg waren van de mindfulness-beoefening. Aan dit onderzoek deden 83 mensen mee die zich hadden ingeschreven voor een mindfulness based stressreductieprogramma (MBSR). MBSR is een groepstraining van acht weken die, net als MBCT, grotendeels bestaat uit meditatie en yoga-oefeningen. Het bleek dat als mensen meer mindful waren dan gewoonlijk, dat ze dan de volgende dag meer positieve gevoelens (positief affect) hadden en minder negatieve gevoelens (negatief affect)³. Het omgekeerde was niet het geval; als zij meer positieve en minder negatieve gevoelens hadden op een dag, dan waren ze de dag erop niet meer mindful. Wel zagen we verschillen tussen mensen in de sterkte van het verband tussen mindfulness en stemming. Bij sommigen werd een toename in mindfulness gevolgd door een grotere verbetering in stemming dan bij anderen. Voor een minderheid van de mensen werd een toename in mindfulness zelfs helemaal niet gevolgd door een betere stemming. Een andere bevinding was dat mensen 's avonds meer mindful waren als ze gedurende de dag ten minste één mindfulness meditatie- of yoga-oefening hadden gedaan; dat suggereert dat de effecten van mindfulness op stemming inderdaad een gevolg zijn van mindfulnessbeoefening.

De resultaten van deze twee onderzoeken laten zien dat stemming verbetert nadat iemand meer mindful was en minder piekerde, maar ook dat dit niet voor iedereen geldt. Dit is één van de eerste onderzoeken die dergelijke volgorde-effecten binnen mensen aantoonen en laat zien dat de sterkte van het effect van mindfulness op stemming verschilt tussen mensen. Dit komt overeen met de observatie uit de praktijk dat mindfulness niet bij iedereen aansluit. Verder kunnen we op basis van beide onderzoeken concluderen dat verbeteringen in mindfulness geen bijeffect zijn van verbeteringen in stemming. Het lijkt dus eerder plausibel dat het effect van mindfulnessstraining op stemming verklaard wordt doordat mensen leren meer mindful te zijn, waardoor hun stemming verbetert in plaats van andersom. Daarnaast illustreren de resultaten dat mindfulnessmeditatie

daadwerkelijk kan leiden tot een toename in mindfulness. Voor behandelaars is het van belang te weten dat het trainen van mindfulness kan leiden tot een betere dagelijkse stemming. Het opgeven van dagelijkse mindfulness-oefeningen kan hieraan bijdragen.

CONCLUSIE EN TOEKOMSTIG ONDERZOEK

De verschillende onderzoeken laten zien dat het van de zorgontvanger kan afhangen of een psychologische behandeling effectief is. We toonden aan dat CGT en MBCT effectiever zijn voor mensen met hoge verwachtingen van het behandelresultaat. Mensen met hogere verwachtingen zetten zich meer in, ze maken de behandeling vaker af en ze maken meer huiswerk in MBCT. Ook is CGT effectiever wanneer mensen de therapeutische alliantie als goed ervaren, terwijl dit niet geldt voor MBCT. Het belang van de therapeutische alliantie hangt dus af van de behandelvorm.

Daarnaast toonden we aan dat toenames in mindfulness gevolgd worden door verbeteringen in stemming tijdens mindfulnessstraining. Dit geeft een indicatie over hoe MBCT werkt; namelijk doordat mensen leren meer mindful te zijn. Het feit dat we dit niet voor iedereen vonden, kan verklaren waarom een mindfulnessstraining niet voor iedereen effectief is.

Toekomstig onderzoek moet uitwijzen of mensen inderdaad meer baat hebben bij een behandeling die beter aansluit bij de factoren die hun klachten in stand houden. In de praktijk wordt de keuze voor een behandeling hier soms wel op gebaseerd. De vraag is evenwel of deze veronderstelling juist is en of hier niet meer aandacht aan besteed zou moeten worden. Een mindfulnessstraining sluit mogelijk goed aan bij mensen wiens depressieve gevoelens met name sterker worden nadat ze piekeren of niet mindful zijn. Gedragstherapie daarentegen zou wellicht beter aansluiten bij mensen wiens depressieve gevoelens sterker worden nadat ze inactief waren en weinig contact met anderen hadden. Het gebruik van dagboekdata en individuele tijdreeksanalyses in de praktijk zou hier mogelijk meer inzicht in kunnen geven. Aan de hand van dagelijkse metingen en individuele vector-autoregressieve modellen, een soort van tijdreeksanalyse (zie eventueel wederom noot 2), kunnen namelijk voor een specifiek individu volgorde-effecten onderzocht worden, bijvoorbeeld in hoeverre iemands stemming verslechtert als hij of zij daarvoor minder mindful was. Vervolgens zou onderzocht kunnen worden of voor mensen met een dergelijk profiel

MBCT inderdaad effectiever is dan bijvoorbeeld CGT.

Het onderzoek naar voor wie en waarom psychologische behandelingen werken, staat nog in de kinderschoenen. Toekomstig onderzoek zou zich niet alleen op voorspellers van behandel-effectiviteit kunnen richten, maar ook op het onderzoeken welke eigenschappen van mensen voorspellen dat ze meer baat hebben bij de ene behandeling dan bij de andere behandeling (moderatoren). Meer van dergelijke onderzoeken dragen bij aan kennis over factoren waarmee klinici rekening kunnen houden bij de keuze voor een behandelvorm.

De bevindingen van ons onderzoek duiden erop dat het belangrijk is om in ieder geval rekening te houden met de verwachtingen van mensen bij de keuze voor een behandelvorm. Daarnaast kan de effectiviteit van CGT wellicht geoptimaliseerd worden door de therapiedoelen en taken mede te laten bepalen door de cliënt, zodat die zo veel mogelijk achter de doelen en taken van behandeling staat. Ook kunnen behandelaren in mindfulness training benadrukken dat meditatie en yoga-oefeningen bijdragen aan een hogere mate van mindfulness en dat een toename in mindfulness het dagelijks welzijn kan verbeteren.

OVER DE AUTEURS

Dr. Evelien Snippe is postdoc onderzoeker bij the School for Mental Health and Neuroscience van de Universiteit Maastricht en the Interdisciplinary Center Psychopathology and Emotion Regulation (ICPE) aan de Rijksuniversiteit Groningen/het Universitair Medisch Centrum Groningen. E-mail: e.snippe01@umcg.nl. Dr. Joke Fleer is universitair docent bij the Department of Health Psychology aan de Rijksuniversiteit Groningen/het Universitair Medisch Centrum Groningen. Dr. Maya J. Schroevers is universitair docent bij the Department of Health Psychology aan de Rijksuniversiteit Groningen/het Universitair Medisch Centrum Groningen. Daarnaast is zij gz-psycholoog en mindfulness trainer.

Onderhavig artikel is gebaseerd op het proefschrift *Understanding change in psychological treatments for depressive symptoms. The individual matters waarop Evelien Snippe op 29 september 2014 promoveerde aan de Rijksuniversiteit Groningen. De artikelen in dit proefschrift zijn tot stand gekomen in samenwerking met dr. K.A. Tovote, dr. M.J. Schroevers (eerste copromotor), dr. J. Fleer (tweede copromotor), prof. R. Sanderman (eerste promotor), prof. P.M.G. Emmelkamp (tweede promotor), dr. E.H. Bos en dr. I. Nyklicek, waarvoor veel dank. Daarnaast danken we dr. A. Roos, Dr. K. Hoogenberg, drs. J. de Hoop en drs. N. Rauwerda voor het faciliteren van het onderzoek.*

Contactpersoon aangaande dit artikel: Evelien Snippe.

Voetnoten

¹ Mensen kregen wekelijks opdrachten mee voor thuis. Een voorbeeld van huiswerk in CGT is het plannen en uitvoeren van plezierige activiteiten. Een voorbeeld van huiswerk in MBCT is het dagelijks doen van de zitmeditatie.

² Voor elke deelnemer stelden we een vector autoregressief model op (een soort van individuele tijdreeksanalyse) waarin de onderlinge relaties tussen deze factoren gelijktijdig werden getoetst.

³ Voorbeelden van positieve gevoelens zijn blij, ontspannen en vol energie. Voorbeelden van negatieve gevoelens zijn neerslachtig, kwaad en gespannen. Met multilevel-modellen onderzochten we of dagelijkse fluctuaties in mindfulness consequent fluctuaties in positief en negatief affect op de volgende dag voorspelden binnen mensen.

Literatuur

- Ali, S., Stone, M. A., Peters, J. L., Davies, M. J. & Khunti, K. (2006). The prevalence of co-morbid depression in adults with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 23(11), 1165-1173. doi:10.1111/j.1464-5491.2006.01943.x
- Barber, J. P. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19(1), 1-12. doi:10.1080/10503300802609680
- Beck, R., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Wiley.
- Bockting, C. L. H., Schene, A. H., Spinhoven, P., Koeter, M. W. J., Wouters, L. F., Huyser, J. & Kamphuis, J. H. (2005). Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 647-657. doi:10.1037/0022-006X.73.4.647
- Bolger, N. & Laurenceau, J. (2013). *Intensive longitudinal methods: An introduction to diary and experience sampling research*. New York, NY US: Guilford Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. doi:10.1037/h0085885
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J. & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 497-504. doi:10.1037/0022-006X.64.3.497
- Constantino, M. J., Ametrano, R. M. & Greenberg, R. P. (2012). Clinician interventions and participant characteristics that foster adaptive patient expectations for psychotherapy and psychotherapeutic change. *Psychotherapy*, 49(4), 557-569.
- Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M. & Smith, J. Z. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 184-192. doi:10.1002/jclp.20754
- Cuijpers, P., Straten, A. van, Driessen, E., Oppen, P. van, Bockting, C. & Andersson, G. (2012). Depression and dysthymic disorders. In P. Sturmey & M. Hersen (Eds.), *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology*, vol 2: *Adult disorders* (pp. 243-284). Hoboken, NJ US: John Wiley & Sons Inc. doi:10.1002/9781118156391.ebcp002011
- Driessen, E. & Hollon, S. D. (2010). Cognitive behavioral therapy for mood disorders: Efficacy, moderators and mediators. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 537-555. doi:10.1016/j.psc.2010.04.005
- Elvins, R. & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28(7), 1167-1187. doi:10.1016/j.cpr.2008.04.002
- Fennell, M. & Segal, Z. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy: Culture clash or creative fusion? *Contemporary Buddhism*, 12(1), 125-142.

Summary

FOR WHOM ARE COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AND MINDFULNESS TRAINING EFFECTIVE AND WHY?

E. SNIPPE, J. FLEER & M.J. SCHROEVERS
Although cognitive behavioral therapy (CBT)
and mindfulness-based cognitive therapy
(MBCT) are efficacious in reducing depressive
symptoms, not all individuals benefit from

these treatments. This article examines for
whom and why CBT and MBCT are effective.
The results showed that individuals with
higher expectations of treatment outcomes
are more involved in treatment and benefit
more from CBT and MBCT. Furthermore,
positive ratings of therapeutic alliance
predict depressive symptom reduction in
CBT, but not in MBCT. Increasing mindfulness

might explain why mindfulness training is
beneficial as we found that daily increases
in mindfulness preceded rather than
followed improvements in mood during
mindfulness training. However, the impact
of mindfulness on mood differed between
individuals. This article shows that the
effectiveness of psychological treatments
may depend on the care-recipient.

- doi:10.1080/14639947.2011.564828
- Goldstein, A.P. (1960). Patient's expectancies and non-specific therapy as a basis for (un)spontaneous remission. *Journal of Clinical Psychology*, 16(4), 399-403. doi:10.1002/1097-4679
- Hamaker, E.L. (2012). Why researchers should think 'within-person': A paradigmatic rationale. In M.R. Mehl & T.S. Conner (Eds.), *Handbook of research methods for studying daily life*. (pp. 43-61). New York, NY US: Guilford Press.
- Hollon, S.D. & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety*, 27(10), 891-932. doi:10.1002/da.20741
- Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi:10.1037/a0022186
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kazdin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Khouri, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P. et al. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771. doi:10.1016/j.cpr.2013.05.005
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T. et al. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): A randomised controlled trial. *The Lancet*. doi:10.1016/S0140-6736(14)62222-4
- Ma, S.H. & Teasdale, J.D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 31-40. doi:10.1037/0022-006X.72.1.31
- Molenaar, P.C.M. (2004). A manifesto on psychology as idiographic science: Bringing the person back into scientific psychology, this time forever. *Measurement: Interdisciplinary Research and Perspectives*, 2(4), 201-218. doi:10.1207/s15366359mea0204_1
- Schroevers, M.J., Tovote, K.A., Keers, J.C., Links, T.P., Sanderman, R. & Fleer, J. (2015). Individual mindfulness-based cognitive therapy for people with diabetes: A pilot randomized controlled trial. *Mindfulness*, 6(1), 99-110. doi:10.1007/s12671-013-0235-5
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
- Snippe, E., Fleer, J., Tovote, K.A., Sanderman, R., Emmelkamp, P.M.G. & Schroevers, M.J. (2015). The therapeutic alliance predicts outcomes of cognitive behavior therapy but not of mindfulness-based cognitive therapy for depressive symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*, volume 84, no. 5, doi:10.1159/000379755
- Snippe, E., Bos, E.H., van, d. P., Sanderman, R., Fleer, J., & Schroevers, M. J. (2015). Time-series analysis of daily changes in mindfulness, repetitive thinking, and depressive symptoms during mindfulness-based treatment. *Mindfulness*, 6(5), 1053-1062. doi:10.1007/s12671-014-0354-7
- Snippe, E., Nyklicek, I., Schroevers, M.J. & Bos, E.H. (2015). The temporal order of change in daily mindfulness and affect during mindfulness-based stress reduction. *Journal of Counseling Psychology*, 62(2), 106-114. doi:10.1037/cou0000057
- Snippe, E., Schroevers, M.J., Annika Tovote, K., Sanderman, R., Emmelkamp, P.M.G. & Fleer, J. (2015). Patients' outcome expectations matter in psychological interventions for patients with diabetes and comorbid depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 39(3), 307-317. doi:10.1007/s10608-014-9667-z
- Strunk, D.R., Brotman, M.A. & DeRubeis, R.J. (2010). The process of change in cognitive therapy for depression: Predictors of early inter-session symptom gains. *Behaviour Research and Therapy*, 48(7), 599-606. doi:10.1016/j.brat.2010.03.011
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M. & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615-623.
- Teasdale, J.D., Segal, Z. & Williams, J.M. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33(1), 25-39. doi:10.1016/0005-7967(94)E0011-7
- Tovote, K.A., Fleer, J., Snippe, E., Peeters, A.C.T.M., Emmelkamp, P.M.G. et al. (2014). Individual mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 37(9), 2427-2434. doi:10.2337/dc13-2918
- Van der Velden, A.M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K. J. et al. (2015). A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 37, 26-39.
- Webb, C.A., Kertz, S.J., Bigda-Peyton, J. & Björgvinsson, T. (2013). The role of pretreatment outcome expectancies and cognitive-behavioral skills in symptom improvement in an acute psychiatric setting. *Journal of Affective Disorders*, doi:10.1016/j.jad.2013.02.016
- Westra, H.A., Arkowitz, H. & Dozois, D.J.A. (2009). Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1106-1117. doi:10.1016/j.janxdis.2009.07.014

IN SPE MADELEINE DALSKLEV

Ik ben Noorse en ging psychologie studeren aan de Universiteit van Oslo, omdat ik geïnteresseerd ben in mensen en in wat er in ons hoofd mis kan gaan. Ik had een vriendin die schizofreen was, ze hoorde stemmen, je hoort zo vaak over problemen, maar zij kon er goed mee omgaan.

De studie in Oslo beviel me, hoewel ik inmiddels in Maastricht studeer en weet dat het veel beter kan. We leerden veel over de theorie van Freud, maar het was niet kritisch. Het ging over verdringing, overdracht en droomduiding. Zijn uitspraken over droominterpretatie bijvoorbeeld – als je dit droomt, betekent het dat – daar was ik sceptisch over.

Een keerpunt voor mij was toen ik een seminar van Elisabeth Loftus volgde. Zij is de beroemde Amerikaanse psychologe die zich heeft gespecialiseerd in valse herinneringen, ik had nog nooit van haar gehoord. Zij vertelde over haar bevindingen, over criminele cases, over het geheugen en welke theorieën daarover bestonden. Het was mijn eerste kennismaking met de wetenschappelijke manier van denken. Daar kreeg ik het inzicht dat niet alles wat je leest per se waar is.

De klinische psychologen die ook bij de lezing aanwezig waren, werden boos op haar. Hoe kon ze nu beweren dat wat patiënten over hun onderdrukte herinneringen zeiden niet per se waar was?

Ik leerde daar ook dat er meer was binnen de psychologie dan alleen Freud. Ik raakte bovendien geïnteresseerd in onderzoek. Naast mijn studie nam ik deel aan onderzoeksprojecten, onder andere tijdens een internationale research summerschool.

In de laatste fase van mijn bachelor

ben ik een jaar naar de McGill University in Montreal, Canada gegaan. Daar heb ik verschillende vakken gevolgd op het gebied van de neurowetenschappen. Ook volgde ik een vak over hypnose. Dat klinkt vaag, maar de hoogleraar keek er heel kritisch naar. Hij was goochelaar geweest en wist veel over menselijke aandacht. Hij leerde ons goede methoden te ontwikkelen en experimenten vorm te geven. Hypnose is controversieel, maar je kunt er neutraal naar kijken en onderzoeken wat het kan doen en wat niet. Hij onderzocht bijvoorbeeld het placebo-effect. Hij gaf iedere student een blauwe en rode pil en zei: 'De een maakt je actief, de ander slaperig, maar ik vertel niet welke wat doet.' Het waren neppillen, maar dat vertelde hij er niet bij. We slikten er een en toen moesten we aangeven hoe we ons voelden. En zelfs binnen deze context had het effect.

Ik vond psychologie interessant, maar wist nog niet welke richting mijn voorkeur had.

In mijn vrije tijd las ik veel over psychopathie en andere onderwerpen die binnen de forensische psychologie vallen. Dat weet ik nu, toen wist ik nog niet dat het vak bestond.

In de zomer van 2011 kwam ik terug naar Noorwegen. Het was de zomer dat Anders Breivik zijn aanslag pleegde. Daarover ontstond veel discussie in de pers. Men vroeg zich af waarom psychologen en psychiaters het niet eens konden worden over de diagnose en hoe we dan op hen kunnen vertrouwen. Ook binnen de universiteit werd veel gediscussieerd, maar er was geen formele richting die zich ermee bezighield. Wel volgde ik die zomer een conferentie over psychologie



en de wet, waarin het onder andere ging over de ondervragingsmethodes van de politie. Bij ons oefenen ze erg veel druk uit om een bekentenis te krijgen.

Ondertussen ging ik verder met sociale psychologie en ik begon aan mijn scriptie over gevoelens van walging en Roma en zigeuners. In Noorwegen heb je een heel jaar voor je scriptie, ik kon er nog wel iets naast gaan doen. Daarom ging ik een paar vakken in Maastricht volgen. Ik



*‘Ik had het vage
gevoel dat ik nog
niet klaar was’*

FOTO: HERMAN WOUTERS

wilde er drie of vier maanden blijven.

Het probleemgestuurd onderwijs in Maastricht beviel me erg. De studie is veel beter georganiseerd dan in Oslo: het gaat veel dieper, er is meer interactie tussen studenten onderling en tussen studenten en professoren, je bent echt onderdeel van het academische leven. Ik hoorde over het honours programma en solliciteerde erop. Dat was min of meer voor de grap, ik ging er niet vanuit dat het zou lukken.

Tot mijn verrassing werd ik toegelaten.

Daarom besloot ik langer in Maastricht te blijven en daar mijn scriptie af te maken.

Ik was bijna afgestudeerd in de sociale psychologie en had het vage gevoel dat ik nog niet klaar was. Maar ik ging ervan uit dat dit vanzelf wel zou overgaan. Toen hoorde ik over de master Forensische psychologie. Ik verdiepte me erin en ontdekte dat dit precies is waarin ik geïnteresseerd ben. En dat ik in dit veld

zou willen werken.

Daarom ben ik nu aan mijn tweede master begonnen, deze duurt twee jaar en het afgelopen jaar is mijn interessantste academische jaar tot nu toe geweest. Ik volg veel vakken, ga binnenkort stage lopen in een forensisch ziekenhuis in Dublin. Daarna volgt nog een onderzoeks-stage in New York.’

FORUM

IS DE WERELD EEN BEANGSTIGENDE PLEK?

Een van de voornaamste doelstellingen van *De Psycholoog* is de beroepsgroep op de hoogte te houden van wetenschappelijke ontwikkelingen. Daartoe worden geregeld wetenschappers uitgenodigd om op basis van hun proefschrift een artikel te schrijven voor een brede groep van psychologen, om zo een brug te slaan tussen wetenschap en praktijk.

Daar is Julia Diehle (2015) met haar artikel volgens een grote groep klinische collega's uit de praktijk¹ onder leiding van Tjarda van Sliedregt, Guy Hosselet en Lenneke van Hastenberg niet in geslaagd. 'Diehle lijkt het zeer veelvuldig voorkomen van trauma's in algemene zin bij kinderen bijna te ontkennen en vooral dat deze trauma's invloed blijven hebben de rest van het leven. (...) Blijven we het misverstand verspreiden dat slechts enkele kinderen, een minderheid, op termijn last heeft van hun traumatische ervaring?'

In een poging die kloof weer te dichten, reageert Diehle op de bezwaren van Van Sliedregt c.s.

¹ Deze reactie is een initiatief van 139 professionals uit de psychologische praktijk. Alle namen zijn opvraagbaar bij Tjarda van Sliedregt (tjardavansliedregt@home.nl). In de online versie van dit artikel zijn alle namen en functies opgenomen.

H

oewel het
artikel van
Diehle
(2015) inte-
ressant is

vanwege het belang dat er aandacht besteed wordt aan trauma's bij kinderen, bleef er bij ons een prangende vraag hangen. Hoe kan het dat *De Psycholoog* dit artikel een dermate prominente aandacht geeft? Wij lichten onze vraag graag toe.

De door Diehle aangebrachte restricties om onderzoek te kunnen doen naar de diagnose PTSS zijn begrijpelijk, en het is natuurlijk ook complex om de effectiviteit van de gekozen behandelbehoeftes te onderzoeken. Maar wat vooral opvalt is de opening van het artikel (cursivering door ons): '... diverse Amerikaanse en Europese studies tonen aan dat 14 tot 67% van de kinderen in westerse landen ten minste één potentiële traumatische gebeurtenis hebben beleefd voordat zij de volwassen leeftijd bereiken (Alisic et al., 2008, Copeland et al., 2007). Dit kunnen eenmalige gebeurtenissen zijn, zoals een ongeluk met een auto of een brand, maar ook langdurige traumatische ervaringen zoals (huiselijk) geweld of (seksueel) misbruik. *De meerderheid van deze kinderen ervaart geen negatieve langdurige gevolgen van deze gebeurtenis(sen)*' (Diehle, 2015, p.11).

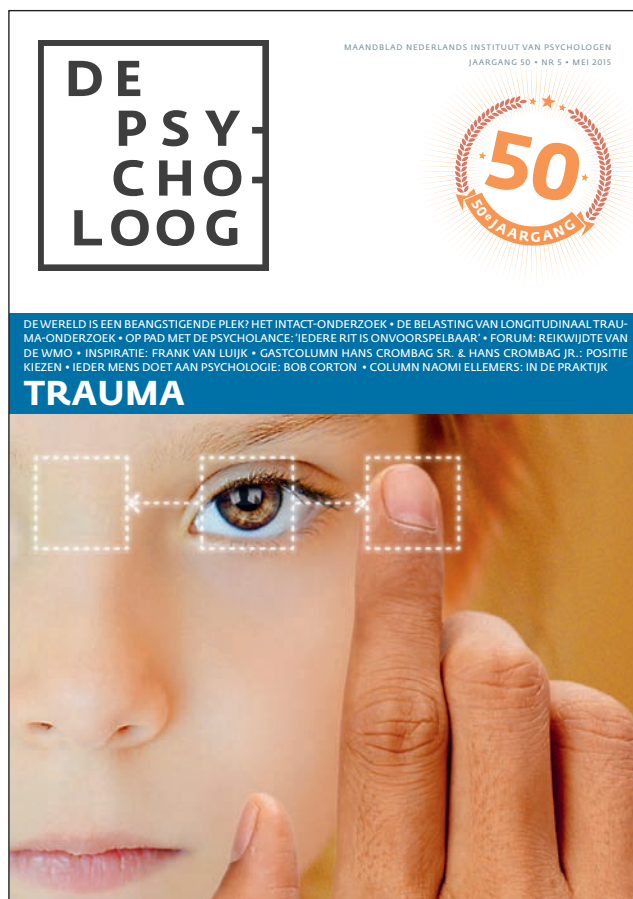
Van hieraf spitst het artikel zich verder toe op PTSS bij kinderen en de prevalentie ervan om uiteindelijk resultaten te bespreken over de effectiviteit van de gekozen behandelmethoden. Methodologisch gezien is het begrijpelijk dat men zich ten behoeve van onderzoek wil toespitsen op de

'zuivere' diagnose PTSS bij deze jonge onderzoeksgroep. Bezwaarlijk is evenwel dat Diehle het zeer veelvuldig voorkomen van trauma's in algemene zin bij kinderen bijna lijkt te ontkennen en, vooral, dat deze trauma's invloed blijven hebben de rest van het leven. In de aangehaalde artikelen van Copeland et al. (2007) en Alisic et al. (2007) wordt enkel gekeken naar die trauma's die een bepaalde graad van ernst in zich dragen, namelijk zoals gedefinieerd in het A-criterium voor PTSS in de DSM-IV: doodsb bedreiging of ernstige verwondingen, of een dreiging met fysiek geweld naar zichzelf of anderen. Bovendien vragen Alisic en Copeland c.s. naar trauma's waarvan kinderen zich vanaf een jaar of acht bewust zijn. Daarmee worden de vroegste jeugdtrauma's waaraan kinderen blootgesteld worden in dit onderzoek uitgesloten. Terwijl een

groeijende hoeveelheid onderzoek juist aantoonde dat hoe eerder trauma's plaatsvinden in een kinderleven hoe groter de impact (bijv. Gilbert et al., 2009, Pelcovitz 1997)¹.

Het kwalijke van het schuingedrukte citaat zit in de staart: *de meerderheid van deze kinderen ervaart geen negatieve langdurige gevolgen van deze gebeurtenis(sen)*. Wellicht is de zin onhandig geformuleerd. Maar we zijn ons als hulpverlener allemaal zeer wel bewust, mogen wij hopen, dat trauma's in het vroege leven van een kind, ernstig of minder ernstig van aard, op termijn enorme langdurige negatieve effecten hebben.

Uit de therapeutische praktijk blijken vroegkinderlijke trauma's van



¹ Een uitgebreide literatuurlijst stellen wij op aanvraag graag beschikbaar (tjardavansliedregt@home.nl). In de online versie van dit artikel is de lijst eveneens te raadplegen.

verschillende ernstgraden, open of verborgen, van zeer grote invloed te zijn bij allerlei psychologische (en soms ook medische) ziektebeelden. Het aangehaalde citaat lijkt hiermee de klinische ervaring en de (al te?) pijnlijke werkelijkheid te bagatelliseren en, zoals gezegd, zelfs de invloed van deze vroegkinderlijke trauma's te ontkennen.

KINDERMISHANDELING

Begrijp onze reactie goed; wij zijn blij met de aandacht voor prss bij kinderen en welke behandeling effectief zou zijn. Maar het gaat er ons om bewustzijn te krijgen op de mogelijke effecten van dergelijke uit hun verband getrokken citaten.

Het gevaar bestaat dat dit soort uitspraken een eigen leven gaan leiden die de oorzaken van het psychisch lijden van veel mensen ontkent, te beginnen bij de kinderen zelf. De trauma-ervaring van een kind is niet te bevatten en te beperken in een definitie ten behoeve van een onderzoek. Afgezien van trauma's als ernstige ongevallen, het zien overlijden van één of beide ouders, vluchten uit oorlogsgebieden etc. vallen de meest voorkomende trauma's in de vroege kindertijd onder de noemer fysieke of psychologische kindermishandeling, al dan niet bewust toegebracht.

Sinds 2005 hanteert men in de Wet op de Jeugdzorg de volgende definitie

voor kindermishandeling: 'Elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel (Ministerie van Volksgezondheid, 2005).'

Het is een veelomvattende definitie die gelukkig niet enkel gericht is op de voor de hand liggende trauma's zoals die waarnaar Diehle (2015) verwijst, maar begint met 'voor een minderjarige', naar onze mening ook te lezen als 'vanuit het perspectief van de minderjarige'. Bovendien wordt ook duidelijk de afhankelijkheidsrelatie die het kind ten opzichte van de volwassene geïnccludeerd. Dit lijkt zo obligaat, maar bewust of onbewust wordt deze invloed en het effect daarvan op het ontstaan van vroegkinderlijke trauma's dikwijls onderschat.

EPIDEMISCHE OMVANG

Het Centrum Late Effecten Vroegkinderlijke Chronische Traumatisering (CELEVT) vermeldt op haar site enkele cijfers die schrijnend de effecten van vroegkinderlijke traumatisering schetsen. Zo zouden per jaar ongeveer

110.000 kinderen langdurig worden mishandeld en lijden er meer dan één miljoen volwassenen onder de gevolgen hiervan.

Het probleem van vroegkinderlijke traumatisering wordt terecht van *epidemische omvang* genoemd, aldus CELEVT: 'De grote omvang op verschillende levensstereinen is zichtbaar geworden door diverse onderzoeken (o.a. Trimbos Instituut, The ACE Studies, TNO) die laten zien dat chronische traumatisering in de kinderjaren kan leiden tot diverse psychische stoornissen zoals complexe posttraumatische stress-stoornis, dissociatieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie en psychoses, eetstoornissen, depressie. Daarbij is er een grote kans op alcohol- en drugsverslaving en lichamelijke ziekten zoals epilepsie, reuma, luchtwegaandoeningen, hart en vaatziekten, motorische aandoeningen (<http://www.celevt.nl/expertise-centrum/vroegkinderlijke-traumatisering>).'

De meta-analyse van Baumeister (Baumeister, Akhtar, Ciufolini, Pariante, & Mondelli, 2015) onderstreept eveneens deze relatie tussen vroegkinderlijke trauma's en psychische stoornissen en medische ziektes. Daarnaast is er een schier eindeloze lijst van andere onderzoeken die de oorzakelijke verbanden tussen vroegkinderlijke traumatisatie en verschillende ontwikkelings- en of gedragsstoornissen aantonen die we belangstellenden graag beschikbaar stellen en die eveneens in te zien is in de online versie van dit artikel (zie ook voetnoot 2).

VERHOOGD RISICO Traumatisering in de kinderjaren geeft een verhoogd risico op een scala aan psychische

We zijn ons als hulpverlener bewust dat trauma's in het vroege leven van een kind op termijn enorme langdurige negatieve effecten hebben

EEN ONGELUKKIGE ZIN

Laat ik vooropstellen dat de zin die zoveel collega's ongerust heeft gemaakt inderdaad ongelukkig is geformuleerd wanneer deze uit zijn verband wordt gerukt. Het was beter geweest hieraan toe te voegen: 'aan de diagnose PTSS zoals deze in de DSM-IV-TR vastgelegd is.'

Misschien had ik, opnieuw om slordige lezers tegemoet te komen, ook nog nadrukkelijker moeten vermelden dat mijn onderzoek kinderen tussen de acht en achttien jaar betreft.

Het mag duidelijk zijn dat mijn artikel niet gaat over de prevalentie van trauma-gerelateerde klachten, maar over de validering van twee meetinstrumenten. Vanzelfsprekend onderschrijf ik de mening van de verontruste collega's dat 'de trauma-ervaring van een kind niet te bevatten en te beperken is in een definitie ten behoeve van onderzoek'.

Elk onderzoek houdt reductie in van een complexe werkelijkheid. Maar zonder gevalideerde meetinstrumenten en zonder criteria zoals die van DSM en ICD zullen we nooit te weten komen of een behandeling daadwerkelijk effectief is. Wij zouden dan nog altijd niet weten dat traumagerichte

cognitieve gedragstherapie de beste behandelmethode is voor kinderen en volwassenen met PTSS.

Ten slotte wil ik niet verhullen dat deze reactie mij in positieve zin heeft verrast. Enkele jaren geleden heb ik met collega's een project opgezet en uitgevoerd om de traumasensitiviteit van (niet trauma-)behandelaren te vergroten. In de praktijk werden wij er vaak mee geconfronteerd dat klachten werden toegeschreven aan andere stoornissen. Daardoor werd er geen trauma-behandeling gegeven. Uit de reactie op mijn artikel blijkt dat er gelukkig veel aandacht is voor trauma bij kinderen – zowel in de praktijk als in onderzoek.

Dr. Julia Diehle is als postdoctoral researcher werkzaam aan het King's College London. E-mail: juliadiehle@gmail.com.

REAGEREN?

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

problemen in de volwassenheid, op verhoogd risico op (complexe) psychiatrische stoornissen, op verhoogd risico om in de criminaliteit te belanden, verslavingsgedrag, sociaal isolement, hoge mate van maatschappelijke achterstand en arbeidsuitval door ziekte en werkloosheid. Bovendien is de gemiddelde levensverwachting van in de kinderjaren chronisch getraumatiseerden jaren lager dan van hen die opgroeien in een veilige omgeving. De aard en ernst van de psychologische problemen varieert met de leeftijd waarop de traumatisering begon, de relatie met de agressor, de duur en ernst van de traumatisering en de emotionele en sociale ondersteuning uit de omgeving, zo blijkt uit de literatuur (Pelcovitz 1997, Gilbert et al, 2009).

De laatste jaren is er vanuit verschillende wetenschappelijke

disciplines grote interesse in de ontwikkeling van trauma's tijdens de prenatale (en perinatale) ontwikkeling. Uit een steeds groter groeiend aantal onderzoeken komt naar voren dat er een oorzakelijk verband is tussen ervaringen in de perinatale fase van de menselijke ontwikkeling en verregaande negatieve effecten op de lange termijn (Dunkel Schetter, 2012, Beyes, 2014, Raposa, 2014). Ook deze periode lijkt dus van belang om in ogenschouw te nemen als het om vroegkinderlijk trauma gaat.

Wij willen hier onder andere verwijzen naar Anna Verwaal, een van oorsprong Nederlandse obstetrie-verpleegkundige die jarenlang mensen in zwangerschap en bij bevallingen begeleid heeft in Amerika en een bekend internationaal spreekster is over de invloed van het

verloop van de zwangerschap en geboorte op de ontwikkeling van kinderen, in haar TED-talk in 2013 *From womb to world*, (<http://www.youtube.com/watch?v=bZ6gLCy84o>). Eveneens willen wij verwijzen naar de lange rij van onderzoeken over de negatieve gevolgen van stress, angst en depressies gedurende de zwangerschap en in de periode net daarna op de ontwikkeling van de hersenen en het centrale zenuwstelsel van het kind en de verdere lichamelijke, cognitieve en psychosociale ontwikkeling van het kind (zie literatuurlijst).

VERANTWOORDELIJKHEID

Laten we niet de ogen sluiten voor al het kinderleed naast ernstige traumatische ervaringen en laten we niet meewerken aan de nog steeds alom aanwezige ontkenning van de omvang

van negatieve langdurige gevolgen. Een artikel zoals dat van Diehle (2015) wordt niet enkel gelezen door academici, maar ook door mensen die van grote invloed zijn op de uitvoering van ons werk als hulpverlener. Denk aan de media en zorgverzekeraars die op basis van dit soort uitspraken sneller geneigd zullen zijn behandelingen die de daadwerkelijke oorzaak en dus ook heling van het probleem zijn, niet te vergoeden en, sterker nog, gaan bepalen wat zij wenselijk achten als behandeling voor tal van psychische stoornissen vanuit een wel zeer simplistisch perspectief.

De Nijmeegse hoogleraar Klinische Psychologie Jan Derksen wees in *de Volkskrant* (9 mei 2015) nog op het grote belang om mensen te helpen de blik naar binnen te werpen en naar de oorzaak van hun 'stoornis' te kijken om er zodoende van verlost te raken en zich niet te beperken tot behandelingen die enkel gericht zijn op cognitie en gedrag. Volgens hem is dit een uiterst

beperkte en oppervlakkige aanpak waarmee men alleen gericht is op het onder de duim houden van de stoornis. Terecht stelt Derksen: 'Er is geen oog meer voor onbewuste processen terwijl die de hoofdmoot uitmaken van het psychische leven.'

Wij hopen met onze reactie het belang te onderstrepen van de negatieve gevolgen van de directe ontkenning van de enorme en zo wijdverspreide effecten van kinderleed op het volwassen leven. Blijven we dweilen met de kraan open, gericht op het zo goed en zo kwaad als het gaat, onder de duim houden van de stoornis? Blijven we het misverstand verspreiden dat slechts enkele kinderen, een minderheid, op termijn last heeft van hun traumatische ervaring? We hopen van harte, in het belang van kinderen, hun ouders, de wereld van nu en van overmorgen, dat de impact van vroegkinderlijke trauma's echt op de kaart komt. En dat we als hulpverleners de handen ineenslaan en maximale

'Er is geen oog meer voor onbewuste processen terwijl die de hoofdmoot uitmaken van het psychische leven'

inspanning en alertheid betrachten ter preventie en behandeling van de effecten ervan.

OVER DE AUTEURS

Dr. Tjarda van Sliedregt is *æo*-psychologe, verloskundige, werkt als senior docent aan de Academie Verloskunde Maastricht en heeft een eigen praktijk. Drs. Guy Hosselet is vrijgevestigd psycholoog NIP. Drs. Lenneke van Hastenberg is vrijgevestigd psychoog NIP, PRI-supervisor en opleider. Correspondentie via tjardavansliredregt@home.nl.

Literatuur

- Alisic, E., van der Schoot, T.A., van Ginkel, J.R. & Kleber, R.J. (2008). Looking beyond posttraumatic stress disorder in children: Posttraumatic stress reactions, posttraumatic growth, and quality of life in a general population sample. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1455-1461.
- Baumeister, D., Akhtar, R., Ciufolini, S., Piantoni, C. M., & Mondelli, V. (2015). Childhood trauma and adulthood inflammation: a meta-analysis of peripheral C-reactive protein, interleukin-6 and tumour necrosis factor-alpha. *Mol Psychiatry*. doi: 10.1038/mp.2015.67
- Beijers, R., Buitelaar, J. K., & de Weerth, C. (2014). Mechanisms underlying the effects of prenatal psychosocial stress on child outcomes: beyond the HPA axis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(10), 943-956. doi: 10.1007/s00787-014-0566-3
- Copeland, W.E., Keeler, G., Angold, A. & Costello, E.J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64, 577-584. doi: 10.1001/archpsyc.64.5.577
- Diehle, J. (2015). De wereld is een beangstigende plek? Het IN-TACT-onderzoek. *De Psycholoog*, 5, 10-18.
- Dunkel Schetter, C., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141-148. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283503680
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68-81. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61706-7
- Ministerie van VWS (2005) Informatiebrochure Wet op de Jeugdzorg, editie januari Den Haag.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 3-16
- Raposa, E., Hammen, C., Brennan, P., & Najman, J. (2014). The long-term effects of maternal depression: early childhood physical health as a pathway to offspring depression. *Journal of Adolescent Health*, 54(1), 88-93. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.07.038
- Verwaal, A. (2013), Ted Talk: from womb to world- the journey that shapes our life. Op: <https://www.youtube.com/watch?v=bZ6gLGcy84o>

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

(DIER)PSYCHOLOGIE: EEN LEVENSWETENSCHAP

Volgens Duijker is het woord 'psychologie' exclusief ter aanduiding van de 'menselijke' psychologie; de 'dierpsychologie' laat hij buiten beschouwing. Het object van de psychologie is het menselijk gedrag. Tussen het gedrag van de mens en dat van het dier ziet hij een fundamenteel verschil. Dat impliceert dat als men dat onderscheid aanvaardt, het bijzonder bedenkelijk is de resultaten van dierpsychologisch onderzoek van toepassing op de mens te verklaren.

Duijkers plaatsbepaling is kenmerkend voor de psychologie van de jaren veertig en vijftig van de vorige eeuw. In die jaren had ze zich nog onvoldoende losgekoppeld van de filosofie waaruit ze als empirische filosofie was ontstaan. Duijker had zelf een geslaagde universitaire filosofie-opleiding gevolgd, met als bijvak psychologie. Dat hij een fundamenteel onderscheid aanvaardt tussen mens en dier, past bij zijn filosofisch geïnspireerde kijk op de psychologie.

Precies honderd jaar eerder – in 1859 – publiceerde Darwin zijn boek *On the Origin of Species* waarin hij grondslagen van de evolutietheorie presenteerde. De mens werd beschreven als een soort onder de soorten, een soort die sommige kenmerken gemeen heeft met andere soorten en in andere kenmerken van andere soorten verschilt. Darwin werkte zijn ideeën uit in *The Descent of Man, and Selection in Relation to Sex* (1871) en in *The Expression of the Emotions in Man and Animals* (1872). De overeenkomsten en verschillen tussen de soort mens en andere soorten bleven niet beperkt tot lichamelijke verschillen; ook gedragskenmerken kregen zijn aandacht.

In zijn boeken gaf Darwin een aanzet tot bestudering van gedrag, die niet beperkt bleef tot menselijk gedrag. Binnen de biologie werd zijn gedachtegoed omtrent gedrag uitgewerkt in de ethologie. Het was vooral het soort-typische gedrag dat werd bestudeerd. In 1973 ontvingen de ethologen Niko Tinbergen, Konrad Lorenz en Karl von Frisch de Nobelprijs voor baanbrekend werk in hun vakgebied. Volgens Tinbergen gaat het bij de studie van gedrag altijd om vragen betreffende de causatie, functie, ontogenie en fylogenie van gedrag.

Aan de aanpassing van de individuele leden van een soort aan hun omgeving leveren de leerprocessen klassiek en operant conditioneren een zeer belangrijke bijdrage. Klassiek conditioneren werd door Pavlov bestudeerd bij honden; operant conditioneren (of instrumenteel leren) door Thorndike bij katten. De onderzoekingen van Pavlov en Thorndike leidden nadien tot een grote stroom van experimenten bij tal van soorten. De vergelijkende studie van gedrag over soorten heen maakte het mogelijk te zoeken naar de rol van het brein bij de totstandkoming van gedrag. Met aanvankelijk invasieve (stimulatie en lesies) en later ook non-invasieve technieken (zoals fMRI) konden de localisatie en processen in het brein in kaart worden gebracht die bepalend zijn voor de gedragingen die men bestudeert.

De biologische invalshoek zoals ontwikkeld binnen de studie van het gedrag van dieren en dus ook van de mens neemt in de huidige psychologie een dominante plaats in; daarin krijgt de eenheid van de psychologie onder andere in de moderne evolutionaire psychologie vorm.



SELFIE

Jo Vossen

is emeritus-hoogleraar Vergelijkende en Fysiologische Psychologie aan de Radboud Universiteit Nijmegen.

E-mail: jvossen@xs4all.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.



BLOEMEN, KISTEN EN PRAATJES

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 **uitvaartregisseur Hans Scheerder**.

'Soms maak je een uitvaart mee waarvan je kunt zien dat de uitvaartbegeleiders – ik zeg het voorzichtig – het al heel vaak hebben gedaan,' zegt uitvaartregisseur Hans Scheerder. De eerste keer dat hij zijn huidige beroep overwoog, was toen hij zo'n uitvaart bijwoonde van de vader van een vriend. De plechtigheid was kort, klinisch en afstandelijk en je kwam niets over de overledene te weten, hoewel het een kleurrijk man geweest was.

Dat kon beter, wist Scheerder. 's Avonds op de bank maakte hij van de weeromstuit met zijn vrouw een draai-boek voor hun eigen uitvaart. De jaren erna had hij vergelijkbare ervaringen met afstandelijke plechtigheden, maar hij zag ook dat een uitvaart heel indrukwekkend kon zijn. Toen hij door een reorganisatie op straat kwam te staan, was de keuze snel gemaakt en richtte hij een uitvaart-onderneming op.

Hij neemt ruim de tijd voor de nabestaanden. Door zich 'uitvaartregisseur' te noemen, legt hij er de nadruk op dat hij mensen actief betreft bij de uitvaart. 'Als ik kennismaak, drink ik bij voorkeur eerst een kopje koffie met de nabestaande en hoor ik aan wat er gebeurd is. Ik leg niet onmiddellijk het kistenboek en het bloemstukkenboek op tafel.' Hij wil betrokkenen en de overledene liefst eerst goed leren kennen. Tijd is bij hem niet op de bon. 'Ik maak mensen zo'n zeven tot acht dagen mee en ik ga er elke dag even langs, ook als er niets speciaals is.'

Maar als mensen verder niet met hem willen praten over de overledene, als ze het vooral zakelijk willen houden, is dat ook goed. 'Ik moet me aan hen aanpassen, niet andersom.'

Hij probeert zoveel mogelijk aan te sluiten op de wensen van de nabestaanden. Maar dat betekent niet dat hij klakkeloos uitvoert wat ze roepen. Hij probeert erachter te komen wat ze echt willen. Zoals bij de uitvaart van een man van over de tachtig. Zijn vrouw was er kapot van. Aanvankelijk wilde ze een goedkope kist. Scheerder liet nog een paar kisten zien en uiteindelijk werd ze enthousiast van een kist die van buiten was bekleed met kasjmier. Haar man had in voormalig Nederlands-Indië gediend, deze kist paste helemaal bij hem. 'En dan is het goed,' zegt Scheerder.

Bij een andere uitvaart, die van een vrouw, waren alleen haar zoon en schoondochter betrokken. 'De moeder had voor haar overlijden gezegd dat er verder niemand mocht komen. Die wens wilde de zoon uitvoeren: hij wilde de aula en de koffiekamer. Ik legde hem uit dat hij dan in een lege aula zou zitten en vervolgens in een lege koffiekamer en dat het zo'n 1200 euro ging kosten. Hij bleef bij zijn besluit. En dus zaten ze tijdens de uitvaart een kwartier lang samen zwijgend op twee stoelen in de verder lege aula zonder muziek en zonder praatjes. Vervolgens gingen ze koffie drinken in de koffiekamer, daar mocht ik bij zijn. Een wonderlijke begrafenis, maar achteraf waren ze dik tevreden.'

Hij is intensief bij de mensen betrokken en doet er zijn best voor. Zoals voor de mensen die hun zus op een eenvoudige manier wilden begraven, want zo was zij ook geweest. Maar ze wilden wel een volgauto, want geen van hen bezat een auto. Scheerder: 'Dat vond ik zonde van het geld, dat kost zeker driehonderd euro en verder wilden ze het zo goedkoop

'Ik leg niet onmiddellijk het kistenboek en het bloemstukkenboek op tafel'

mogelijk houden. Daarom konden ze met mij meerijden, dat was gratis.'

En tot slot heeft hij geen belang bij de goederen en diensten die hij verkoopt. Hij rekent een tarief dat hoger wordt naarmate de uitvaart uitbreidt. Maar hij verkoopt zijn kisten tegen inkoopprijs. Daarmee heeft hij geen belang bij de verkoop van goederen en kan hij vrijelijk alles met mensen bespreken en aanbieden.

Hoe hij met verdriet omgaat? Hij is sterk betrokken, maar huilt niet mee. 'Nooit,' zegt hij beslist. 'Als ik al meehuyl, dan moet dat thuis. Maar als ik merk dat mensen fysiek contact belangrijk vinden,

dan mogen ze gerust aan me komen.'

Hij doet veel voor de klant, maar soms moet hij ingrijpen. Zoals bij een uitvaart waar men 45 minuten in de aula had gepland. Er waren vijf sprekers en twee muziekstukken. 'Dat is veel en het komt nauw, want het mag niet uitlopen. Daarna is de volgende uitvaart gepland, dat kan niet, dus je krijgt een flinke boete. Een van de sprekers was ome Art en, zo waar-schuwden ze me, die kon nog wel eens lang van stof zijn. Ik maak een draaiboek tot op de minuut en vroeg: "Mag ik hem onderbreken als hij langer dan zijn vijf minuten spreekt?" Dat mocht.

Tijdens de plechtigheid was ome Art de tweede spreker. Hij liep naar voren, zonder briefje. Toen wist ik het zeker: dit gaat fout. Hij begon over de oorlog en de ruwe zee en de zon... Hij was nog in de inleiding toen hij al bijna aan zijn tijd was. Ik liep naar hem toe en fluisterde: "Wilt u afronden?"

"HÈ?" riep hij, want hij was ook nog doof.

Ik, hard: "Wilt u afronden!"
De hele aula lachte.

Het verliep verder allemaal prima, maar ergens is het zonde. Als de uitvaart op een andere locatie dan de aula was geweest, had ik het laten gaan.'



FOTO: HERMAN WOUTERS

BIJEENKOMST

‘JEUGDZORG, KOM UIT UW HOK!’

‘Dat jeugdzorg dit jaar het thema moest zijn, was van meet af aan voor iedereen duidelijk.’ Met deze woorden wordt op 22 september de ggz Kennisdag 2015 ingeluid. De jeugdzorg wordt immers sinds 1 januari vanuit de gemeenten gefinancierd. Hoewel dit allerlei organisatorische en beleidsmatige vragen oproept, staat vandaag niet zozeer de zorg om de zorg centraal, als wel de zorg zelf. Hoe kan die verbeterd worden?

Van de ruim driehonderd aanwezigen in de Rijtuigenloods te Amersfoort zijn de VIP-gasten Simone, Hajar, Gaby en Valeria misschien nog wel het meest nieuwsgierig naar het antwoord op de vraag hoe de zorg verbeterd kan worden. De ervaringen van deze vier vlotte, jonge meiden met de jeugdzorg waren niet altijd even positief. Daarom zal de voorzitter van ggz Nederland, Jacobine Geel, het viertal later opnieuw op het podium uitnodigen om te vragen of hun vertrouwen in de zorg door de Kennisdag is toegenomen.

‘If you do what you have always done, you will get what you have always gotten.’ Met deze uitspraak onderstreept ook psycholoog John Weisz van de Harvard University de noodzaak van verandering in de jeugdzorg. Na vijftig jaar onderzoek, 461 randomized controlled trials en 220 evidence based behandelingen is immers glashelder dat het onderzoek en de praktijk niet op elkaar aansluiten. Behandelingen verdienen het predicaat evidence based in een onderzoekssetting waar goed getrainde therapeuten met gemotiveerde cliënten keurig

volgens het behandelprotocol werken aan een duidelijk gedefinieerd probleem. In de klinische praktijk echter blijken deze gestandaardiseerde behandelingen, als ze al worden gebruikt, een stuk minder effectief. Daar hebben kinderen met complexe en meervoudige problemen vooral behoefte aan een persoonlijke behandeling op maat.

Daarom bedacht Weisz het Child STEPS-model: een transdiagnostisch, modulair systeem waarmee zowel depressieve klachten, angstklachten, trauma's als gedragsproblemen kunnen worden behandeld. Een therapeut die met dit model werkt, start met een passende evidence based interventie voor het primaire probleem, bijvoorbeeld exposure therapie bij angst. Vervolgens worden, op basis van klachtenlijsten die wekelijks zowel door de ouders als het kind worden ingevuld, aan de hand van duidelijke beslisregels de vervolgstappen bepaald. Zo kan worden besloten de behandeling uit te breiden met bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen, of om op een nieuw probleem te focussen met een ander type interventie, bijvoorbeeld op depressieve klachten met cognitieve herstructurering. Het STEPS-model, dat nog steeds wordt bijgeschaafd en uitgebreid, blijkt in de klinische praktijk twee keer zo goed te werken als de gebruikelijke zorg. Een ander opmerkelijk resultaat is dat het vertrouwen van therapeuten in evidence based werken door het STEPS-model toeneemt.

OLIFANTENPAADJES

Een videoboodschap van de eerste Kinderombudsman van Nederland, Marc Dullaert, brengt ons terug bij de Nederlandse situatie. Hoewel sommige gemeentes – Dullaert noemt Enschede en Amstelveen – hun zaakjes op orde hebben, zijn er ook serieuze problemen. Zo dreigt er rechtsongelijkheid tussen gemeenten te ontstaan en een te grote afhankelijkheid van ‘olifantenpaadjes’, die professionals buiten de officiële wegen om bewandelen voor een snel resultaat.

Daarnaast bestaat het gevaar van kennisvermindering wanneer gemeenten consequent kiezen voor goedkope zorg. Dullaert moedigt de jeugdzorg daarom aan om uit hun hok te komen en actief met hun product naar buiten te treden.

Zich beroepend op de klassieke filosoof Seneca waarschuwt kinder- en jeugdpsychiater Bertine Lahuis dat we voorzichtig moeten zijn met wat is opgebouwd, want: *fortune is slow, but ruin is rapid*. Dat gezegd hebbende schaart Lahuis zich vierkant achter de decentralisatie. De oplossingen van vandaag zijn immers niet afdoende voor de fors stijgende psychische problematiek en passen ook niet langer in een samenleving die steeds meer horizontaal in plaats van top down wordt georganiseerd. Behalve als noodzaak ziet Lahuis de transitie vooral als een kans om de jeugdzorg tot in de haarvaten van de samenleving te brengen. Goede zorg moet vanzelfsprekend en overal zichtbaar zijn, en een psychisch probleem zou niet langer iets hoeven zijn om je voor te schamen. Eén op de drie gezinnen heeft er immers mee te maken. De oproep van de Kinderombudsman heeft Lahuis al lang opgepikt. Als bestuursvoorzitter van Karakter, een ziekenhuis voor kinder- en jeugdpsychiatrie, heeft Lahuis verschillende initiatieven genomen om de eigen expertise te delen met het onderwijs, de huisarts en de brede jeugdhulp. Zo bieden in het project Behandeling in de klas (BINK) sociotherapeuten van Karakter ondersteuning aan docenten in klassen met veel psychiatrische problematiek. Daarnaast zijn er, om de doorstroom naar de tweede lijn te verminderen, consultatielijnen voor artsen en jeugdhulpverleners opgezet.

Voor de eerste workshopronde verspreiden de bezoekers zich over de wagons en cabines van

de Rijtuigenloods. In de Houtwagen vertellen onderzoekers Marie Desermo en Maarten van het Hof over de academische werkplaats Reach AUT: een landelijk netwerk rondom autisme waarin wetenschappers, praktijkmensen en ervaringsdeskundigen met elkaar samenwerken. Desermo doet aan de Universiteit van Amsterdam onderzoek naar voorspellers van geluk bij autisme, van het Hof ontwikkelt op het Lucertis Sarr Expertisecentrum Autisme een cursus voor ouders, leraren en jeugdartsen om autisme in de kleuterleeftijd te signaleren.

VROEGSIGNALERING

Tijdens de tweede workshopronde biedt Andrew Chanen, afkomstig uit Melbourne, aan circa 25 belangstellenden een kijkje in de keuken van de Australische jeugdzorg. Daar werden in 2014 speciaal voor jongeren van 12 tot 25 jaar vroege-interventiecentra opgericht; 75% van de psychische problemen ontstaat immers voor het 25e levensjaar. Jongeren kunnen er terecht met vragen over lichamelijke en psychische klachten tot vragen op het gebied van studie- en loopbaan.

De centra moeten volgens Chanen, die van huis uit oncoloog is, niet worden beschouwd als een kostenpost, maar als een waardevolle investering in de toekomst. Want net als bij kanker, waar de overlevingskansen vooral zijn toegenomen door vroegsignalering, is het bij psychische problemen zaak om er snel bij te zijn. Helaas staat onze maatschappij huiverig tegenover preventie van psychische problemen. De redenering is dat die meestal vanzelf wel overgaan. Hetzelfde geldt echter voor griep, betoogt Chanen, en daar mag je wel mee naar de huisarts. Bij psychische klachten zijn we



De Rijtuigenloods te Amersfoort

echter bang voor het iatrogene effect van een diagnose en voor overbehandeling, terwijl het risico op onderbehandeling vele malen groter is.

Met nog meer voorbeelden illustreert Chanen het verschil in tolerantie tegenover preventie van lichamelijk en psychische klachten. Zo plaatsen we prediabeten, waarvan 5-10% het volgende jaar diabetes zal ontwikkelen, onder strenge controle. Ook vinden we het normaal dat 149 mensen bloeddrukverlagers slikken om één geval van hart- en vaatziekten te voorkomen. Tegelijkertijd vinden we het niet nodig om het Psychose Risico Syndroom als diagnose in de DSM-5 op te nemen, terwijl mensen met dit syndroom een lage kwaliteit van leven hebben en 30% van hen de komende drie jaar een psychose zal doormaken.

Ook bestaat er weerstand tegen het stellen van de diagnose Borderline Persoonlijkheid Stoornis (BPS) op jonge leeftijd, terwijl iemand met een onbehandelde BPS een twintig jaar kortere levensverwachting heeft. We moeten psychische aandoeningen tijdig signaleren, waarschuwt Chanen, want op jonge leeftijd zijn persoonlijkheidstrekken nog flexibel. Dan kunnen we nog kiezen voor milde en lichte interventies, waaronder lichaamsbeweging en visoliefcapsules, die passen bij een vroeg stadium van de ziekte.

Het lijkt erop dat de vroege-interventiecentra in Australië, Headspace-centra genoemd, inderdaad hebben geleid tot een toename in het hulpzoekgedrag, al blijven jonge mannen in de minderheid. Zo'n 60% van de jongeren heeft voldoende aan enkele gesprekken op het centrum. Om alle jongeren te bereiken heb je een sluitend systeem nodig, zegt Chanen, met goede klinische zorg en psychotherapie in de tweede lijn. Tussen neus en lippen door refereert de Australiër nog even aan de Nederlandse situatie: 'You don't want to have at eighteen a divide.'

DECENTRALISATIE

Aan het eind van de dag belanden we toch bij de zorg om de zorg tijdens een kritisch vraaggesprek tussen de voorzitter van het Trimbos-instituut, Rutger Engels, en wethouder Jeugd in de gemeente Utrecht, Victor Everhardt. 'Er was geen plan,' geeft Everhardt eerlijk toe. 'We wisten alleen dat we niet langer konden doorgaan met het huidige systeem.' Toch heeft Everhardt op basis van gesprekken die hij voert met

Hoewel sommige gemeentes hun zaakjes op orde hebben, zijn er ook serieuze problemen

Utrechters het idee dat de wijkteams in zijn stad goed functioneren. Maar hij wil méér weten: wie zitten er allemaal in de zorg, wat krijgen ze en hoe tevreden zijn ze daarmee? Als ambtenaar stelt Everhardt een groot vertrouwen in de deskundigheid en intrinsieke motivatie van de professional: 'Of iemand wel of niet moet worden doorverwezen naar de tweede lijn is geen vraag voor de gemeente.' Tijdens het interview weet Engels moeiteloos een aantal zwakke plekken bloot te leggen. Zo lopen opleidingen met hun lesmateriaal achter op de praktijk en is iedere gemeente momenteel druk bezig het wiel zelf uit te vinden, omdat gemeenten niet gewend zijn elkaar de maat te nemen of van elkaar te leren. Het gaat dan ook niet overal even goed als in Utrecht. Een hulpverlener uit de zaal meldt gefrustreerd dat de wijkteams in Tiel er een potje van maken en dat organisaties failliet gaan doordat zowel de gemeente als de svb niet betalen.

Op de ggz Kennisdag 2015 is het laatste woord voor de ervaringsdeskundigen. Simone en Gaby blijven kritisch en zijn bang dat hulpverleners nog steeds niet goed luisteren, terwijl Hajar en Valeria veel lof hebben voor de preventieve insteek, met bijvoorbeeld oudertrainingen, in de zorg. De verdeeldheid onder de vier vip-gasten lijkt begrijpelijk. De Nederlandse jeugdzorg mag dan beschikken over effectieve behandelingen, de kans dat jongeren en hun ouders die ook echt krijgen hangt nog te veel af van toevallige factoren, zoals hun woonplaats en leeftijd.

OVER DE AUTEUR

Annemarie Huiberts is psycholoog en journalist. E-mail: annemarie__h@live.nl. De ggz kennisdag wordt georganiseerd door ggz Nederland, het Trimbos-instituut, het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, het Nederlands Jeugdinstituut en ZonMw. De beschikbare presentaties zijn te vinden op www.ggzkennisdag.nl.

BIJDRAGE AAN EEN FORUMDISCUSSIE

FACTORANALYSE ALS SCHERPREDICHTER RAPPORTAGE SUBTESTSCORES?

Meijer, Niessen en Boevé (2015) beweerden onlangs dat het zin heeft subtestscores apart te rapporteren als blijkt dat een algemene factor niet voldoende is om alle subtestvariantie te verklaren, en anders niet. Maar in hoeverre is factoranalyse geschikt hier als scherpredichter te fungeren? Zeker, als factoranalyse laat zien dat een één-factoroplossing slecht past, weten we dat we meer dan één factor nodig hebben, en kan het zin hebben subtestscores apart te rapporteren. Het omgekeerde geldt echter niet. Het bestaan van een éénfactor-oplossing hoeft nog niet te betekenen dat er ook daadwerkelijk slechts één factor in het spel is. Wat factoranalytisch gezien mogelijk is, hoeft nog niet waar te zijn. Het volgende voorbeeld moge één en ander verhelderen.

Een intelligentietest bevat drie subtests, voor resp. verbale (v), numerieke (n) en ruimtelijke (r) intelligentie, elk met betrouwbaarheid .90. De correlaties tussen de subtests zijn $r_{vn}=.72$, $r_{vr}=.63$ en $r_{nr}=.56$. Bij factoranalyse zal een factor met ladingen .9, .8 en .7 perfect passen want de drie correlaties tussen de subtests zijn telkens het product van de ladingen van de betreffende twee subtests. Wat de uitkomst van factoranalyse betreft is het dus mogelijk dat er slechts één factor is het spel is.

Maar het is hier zeker niet waar. Als de drie variabelen slechts één algemene factor zouden meten, dan zouden ze zo hoog met elkaar correleren als hun betrouwbaarheid toelaat. Na correctie voor onbetrouwbaarheid zouden de correlaties dan dichtbij 1.0 moeten liggen. Aangezien de drie tests elk een betrouwbaarheid van .90 hebben, zijn de voor onbetrouwbaarheid gecorrigeerde correlaties $.72/.90 = .80$, $.63/.90 = .70$ en $.56/.90 = .62$. Geen van deze gecorrigeerde correlaties komt in de buurt van de 1.00, zodat moet worden geconcludeerd dat de drie subtests elk voor een deel iets specifiek meten. Rapportage van subtestscores is derhalve zeker te rechtvaardigen, ook al geeft factoranalyse aan dat een éénfactor-oplossing perfect past. Het is dus niet duidelijk hoe bezwaren tegen het rapporteren van subtestscores ontleend kunnen worden aan de uitkomst van factoranalyse.

Bovengenoemd voorbeeld is al ter sprake geweest in Ten Berge & Sočan

(2004). Daar wordt ook meer in het algemeen besproken wat er bekend is over de mogelijkheid van een perfect passende factoroplossing met een klein aantal factoren. In het voorbeeld kon via een omweg (in plaats van via factoranalyse) worden aangetoond dat de subtests niet puur één factor meten dankzij het feit dat de betrouwbaarheden bekend waren. Maar ook als dat laatste niet het geval is, zijn er mogelijkheden om na te gaan of de subtests daadwerkelijk slechts één factor meten. Dergelijke subtests hebben namelijk proportionele correlaties met alle andere variabelen. Dus als A en B subtests zijn en C_1 t/m C_k ($k>1$) zijn k willekeurige apart gemeten andere variabelen, dan is het k-tal correlaties van A met C_1 t/m C_k proportioneel aan het k-tal correlaties van B met C_1 t/m C_k , dan en alleen dan als A en B één en dezelfde factor meten. Als A en B ook nog dezelfde betrouwbaarheid hebben, zijn de k-tallen zelfs identiek. Controle op proportionaliteit van correlaties met andere variabelen geeft dus een antwoord op de vraag waar factoranalyse geen raad mee weet, ook als de betrouwbaarheden van onze subtests onbekend zijn.

Jos ten Berge is emeritus-hoogleraar Psychometrie aan de Rijksuniversiteit Groningen. E-mail: j.m.f.ten.berge@rug.nl.

Wat factor-analytisch gezien mogelijk is, hoeft nog niet waar te zijn

- Meijer, R.R., Niessen, S. & Boevé, A. (2015). Rapporteren van subtestscores in de klinische praktijk. Oppassen met de interpretatie. *De Psycholoog*, 50, 35-39.
- Ten Berge, J.M.F. & Sočan, G. (2004). The greatest lower bound to reliability of a test and the hypothesis of unidimensionality. *Psychometrika*, 69, 613-625.

VRAAG & AANBOD

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

VACATURES

Gz-psycholoog / k&j-psycholoog
ROSENDAAL



VACATURES

Gz-psycholoog
DOETINCHEM



VACATURES

Inrichtingspsycholoog
MINISTERIE VAN VEILIGHEID EN
JUSTITIE, DJI - VUGT



A&O psycholoog
LANDELIJK



Neomai zoekt twee psychologen
NIJMEGEN / VENLO



CURSUSSEN / WORKSHOPS

DSM-5: praktisch screenen as-II
UTRECHT / NIJMEGEN

Adriaan Sprey Opleidingen

Gz-psycholoog
ROTTERDAM / SCHIEDAM



Behandelcoördinator
MINISTERIE VAN VEILIGHEID EN
JUSTITIE, DJI - VUGT



Kracht door balans - Biofeedback
opleiding
WWW.BIOFEEDBACKOPLEIDING.NL



VRAAG & AANBOD

Dé advertentierubriek in *De Psycholoog*. Plaatst 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.

UNIEK CONGRES

Vrijdag 11 maart 2016
Philharmonie Haarlem

BESTAAT DE VRIJE WIL?

Knecht van ons brein of *Meester* over ons gedrag...



Nooit eerder gingen zij
rechtstreeks met elkaar in debat!



Dick Swaab

Hersenonderzoeker

"Wij hebben het idee dat wij vrij zijn,
dat wij alles kunnen beslissen,
en dat is natuurlijk niet zo."



Daniel Dennett

Filosoof

"Geen vrije wil? Bizar! Jullie hebben
hier Dick Swaab en Victor Lamme.
Ze komen voor in mijn schurkengalerij
van wetenschappers die
ernaast zitten."



Victor Lamme

Neurowetenschapper

"Ons brein bepaalt wat we doen.
Daarom zijn wij makkelijk te
manipuleren en weet een hersenscan
beter wat we willen dan dat we
dat zelf weten."

Leden van
het NIP ontvangen

€ 85,-
VROEGBOEK
KORTING!

*Deze actie is geldig tot 11 februari 2016. Ga naar de website om in te schrijven; Kortingscode: VW 234556

Schrijf nu in: bestaatdevrijewil.nl

FILOSOFIE
MAGAZINE



NEDERLANDS
HERSENINSTITUUT
Master the mind



**PSYCHE
& BREIN**

Nederlands Instituut van Psychologen **NIP**



vragenlijsten
psycho-educatie
oefeningen
dagboeken
modules
berichten

Een nieuwe generatie e-health toepassingen

Met de introductie van het nieuwe e-health platform zet TelePsy een volgende stap in het digitaal ondersteunen van de behandelaar en de cliënt. Naast instrumenten voor triage, diagnostiek en effectmeting, biedt TelePsy verschillende instrumenten voor online behandeling. TelePsy ontwikkelt een nieuwe generatie e-health, die de behandelaar en de manier waarop een behandelaar werkt als uitgangspunt neemt. Dat betekent dat een behandelaar niet in een keurslijf wordt gedwongen, maar juist de kracht van de werkwijze en therapievorm wordt ondersteund.

Het resultaat is een platform dat een digitale gereedschapskist vormt voor elk type behandeling. Zo heeft de behandelaar de beschikking over digitale vragenlijsten, psycho-educatie, oefeningen, dagboeken, modules en een berichtenfunctionaliteit. Deze aanpak zorgt ervoor dat functionaliteit en inhoud naadloos aansluiten bij elk individueel behandeltraject. De behandelaar bepaalt zelf de hoeveelheid e-health die binnen de behandeling past en aansluit bij de vaardigheden en behoeften van de cliënt.