

DE PSY- CHO- LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN
JAARGANG 51 • NR 2 • FEBRUARI 2016

STRESS, PSYCHISCHE KWETSBAARHEID EN HET BREIN: DE ROL VAN HET DOPAMINESYSTEEM • MONITOREN OP DEPRESSIEVE TERUGVAL NA HERSTEL VAN EEN RECIDIVERENDE DEPRESSIE • FORUM: WAAROM EEN BESTUURDER MEER VERDIENT DAN EEN PSYCHOLOOG • GASTCOLUMN MARGOT TAAL: GEEN SCHOOLPSYCHOLOGIE? HOEZO? • IEDER MENS DOET AAN PSYCHOLOGIE: DJ THOMMIE G • COLUMN DANIËL LAKENS: KRITISCH OP KRITIEK

VRIJE WIL VOLGENS DANIEL DENNETT



Verbeterd!

Aon
Empower Results®

Nederlands Instituut van Psychologen **NIP**

Uw beroepsrisico's al vanaf € 150,- per jaar verzekerd!

Ruimere dekkingen tegen scherpere premies

Hoe zorgvuldig en verantwoordelijk u ook werkt: het vraagt om het verstandig afdekken van uw beroepsrisico's. Daarom is er de beroeps- en bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering die Aon, samen met het NIP, heeft ontwikkeld.

Welke risico's worden verzekerd?

De bedrijfsaansprakelijkheid dekt de materiële- en letselschade die door de zelfstandig gevestigde psycholoog (of een medewerker) wordt veroorzaakt. De beroepsaansprakelijkheidsverzekering dekt de vermogensschade die door de psycholoog wordt veroorzaakt door nalatigheid of een vergissing.

Per 1 oktober 2015 is deze gecombineerde verzekering verbeterd

- U bent al verzekerd vanaf € 150,- per jaar.
- De verzekerde bedragen zijn verdubbeld.
- De premie is verlaagd.
- De verzekering voldoet aan de eisen die de meeste gemeenten stellen.
- Het eigen risico bij personenschade is fors verlaagd.

Welke risico's worden verzekerd?

- Beschermt tegen claims van materiële-, letsel- en financiële schade.
- U bent al verzekerd vanaf € 150,- per jaar.
- Administratieve medewerkers zijn gratis meeverzekerd.

Ontvang een VVV-Cadeaubon

Sluit u de verzekering voor 15 maart 2016 af dan ontvangt u een VVV-Cadeaubon ter waarde van € 25,-!

Meer informatie en eenvoudig afsluiten op **www.nipverzekeringen.nl**



Autisme en communicatie: de vernieuwde ComVoor-2

Welke interventies zijn passend bij mensen met een ASS die beperkt verbaal communiceren?

Test op welk niveau middelen om de communicatie te ondersteunen kunnen worden ingezet.

Meer weten of bestellen? Ga naar **www.hogrefe.nl**

Hogrefe is uitgever van onder andere de ADOS-2, BRIEF, NEO-PI-3 en SON-R 6-40

hogrefe

- 10 STRESS, PSYCHISCHE KWETSBAARHEID EN HET BREIN –** Waarom zijn sommige mensen stressgevoeliger dan anderen en ontwikkelt de één wel psychische klachten en de ander niet? Dennis Hernaus cs. onderzoeken hoe het dopaminesysteem betrokken is bij stressverwerking en psychische klachten. ‘We kunnen stress-specifieke dopamineniveaus in de prefrontale cortex relateren aan subjectieve stressbeleving alsmede aan kwetsbaarheid voor psychotische stoornissen.’
- 26 DE VRIJE WIL? NATUURLIJK BESTAAT DIE? –** Dat de vrije wil niet zou bestaan, is een idee waarmee we als mens maar moeilijk kunnen leven. Gelukkig werpt filosoof, cognitiewetenschapper en grootheid Daniel Dennett zich in dit interview op als beschermheer van onze vrije wil. ‘We willen de juiste beslissing nemen, op het juiste moment, om de goede redenen.’
- 40 MONITOREN OP DEPRESSIEVE TERUGVAL NA HERSTEL VAN EEN RECIDIVERENDE DEPRESSIE –** Depressie is een recidiverende aandoening met hoge kans op terugval. Internationale richtlijnen adviseren om patiënten die zijn hersteld van recidiverende depressie levenslang te monitoren op terugval. Kan dat wel? En zo ja, hoe moet dat dan? Kan een simpele Visueel Analooq Schaal uitkomst kunnen bieden als monitoring instrument, vragen Gerard van Rijsbergen en Claudi Bockting zich af.

Meld u nu aan voor de modules van 2016!

Binnenkort starten o.a. de volgende opleidingen:

Ouderbegeleiding in speciale, zeer complexe gezinssituaties (verdieping)

Start 19 februari 2016

Groepspsychotherapie incl. groepsschematherapie (verdieping)

Start 22 februari 2016

Infant Mental Health

Start 1 april 2016

Voor meer informatie en het volledige aanbod, kunt u terecht op onze website

**Verbinden, verbreden,
versterken en vertellen**

www.rinozuid.nl



CURAÇAO DOLPHIN THERAPY & RESEARCH CENTER

Zoekt een
familie therapeut
(M/V)

(afgeronde psychologie studie)

Locatie: Curaçao

Voor meer informatie bezoek onze website:

www.curacaodolphintherapy.com

(<http://www.curacaodolphintherapy.com/nl/ons-team/carrieremogelijkheden>)



Uw cliënt geen last van een burn-out. U niet van de administratie.

Gebruik Intramed, de gebruiksvriendelijke software voor de **psycholoog** en **psychotherapeut** voor een efficiënt, zorgvuldig en zorgeloos beheer van uw praktijkadministratie.

Probeer Intramed nu 3 maanden gratis en vrijblijvend op proef:
bel 0182 – 621 107 of mail naar info@intramed.nl

Kijk voor meer informatie op intramed.nl/ggz

Intramed is een product van **Convenient Software**



RUBRIEKEN

Redactioneel

- 6 NIEUWS
- 9 COLUMN: Daniël Lakens
- 21 BOEKEN EN MEDIA
- 32 INSPIRATIE: Wouter Schoonman
- 34 FORUM: Waarom een bestuurder meer verdient dan een psycholoog
- 38 IEDER MENS DOET AAN PSYCHOLOGIE: Thomas Gaarhuis
- 50 IN SPE: Francis Voorn
- 52 BIJEENKOMST: Grip op onverklaarde klachten
- 56 GASTCOLUMN: Margot Taal

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 depsycholoog@performis.nl. **Uitgever 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: Alonso Nichols/Tufts University
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).



VRAAG EN AANBOD

Over de vraag of wij al dan niet een vrije wil hebben, is het aanbod aan meningen op de filosofische en (neuro) wetenschappelijke markt divers – voor elk wat wils.

Volgens de filosoof Daniel Dennett willen we verantwoordelijk worden gehouden voor wat we doen en vinden. 'En dat willen we omdat we de dingen willen doen die verantwoordelijke mensen kunnen doen, zoals langetermijnplannen maken, contracten tekenen, leningen aangaan, en belofes doen waar mensen op vertrouwen,' zegt hij in dit nummer. 'We willen competente actoren zijn in de verschillende marktplaatsen van het leven. De echte markten, maar ook de markt van ideeën. Dát is vrije wil: autonoom beslissingen nemen om goede redenen.'

Los van de vraag naar de wenselijkheid ervan: de zorg is zo'n echte markt. Op die markt is het aanbod van betaalde banen aanzienlijk kleiner dan de vraag ernaar. Driekwart van de beginnende psychologen en orthopedagogen in de zorg zou zich uitgebuit voelen, aldus een enquête van het NIP en NVO die op 3 januari jl. werd aangehaald in het televisieprogramma *De Monitor*¹. Aan zogeheten werkervaringsplaatsen worden stevige functie-eisen gesteld en voor niet meer dan een kleine onkostenvergoeding, met soms een boekenbon als bonus, dient een flinke productie te worden gedraaid. Een tijdelijk of vast arbeidscontract dat deze jonge afgestudeerden in de toekomst wordt beloofd, blijkt niet zelden die spreekwoordelijke worst. Werkervaring opdoen is een prima motivatie, maar wie laat zich al dan niet uit vrije wil uitbuiten?

De KRO-NCRV-uitzending staat in schrill contrast met de vraag-en-aanbodkwestie die Willem Gotink in zijn forumbijdrage aanstipt. Zeventig zorgbestuurders verdienen in 2014 ruim boven de balkenendenorm – een zorgwekkende marktontwikkeling volgens Gotink. Lijstjes met best betaalde zorgbestuurders zal hij dan ook blijven publiceren. 'Totdat alle bestuurders op een acceptabel salarisniveau zitten. Of tot een bestuurder ons ervan weet te overtuigen dat het volkomen terecht is dat hij meer krijgt dan zijn baas, minister Schippers.'

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

HELPEN OF STRAFFEN?

COMPASSIE MAAKT HET VERSCHIL

Stel, je bent een empathisch mens en je ziet iemand brutaal voordringen bij de bakker. Grijp je in? En zo ja, wat doe je: het 'slachtoffer' bemoedigende woorden toefluisteren of de dader aanspreken op zijn wangedrag?

Onderzoekers aan onder meer de University of Wisconsin-Madison gingen na welke van de twee handelingsmogelijkheden – helpen of straffen – het sterkst met compassie verbonden is. Ze lieten 260 mensen meedoen aan het Helpspel en het Strafspel. Daarbij kregen de deelnemers beschikking over een som geld en keken ze online naar

een interactie tussen twee personen waarvan er eentje een geldbedrag deelde met iemand anders en daarbij zichzelf een onevenredig groot deel toeschoof. Bij het Helpspel konden deelnemers kiezen tussen niks doen of eigen geld aan de minder bedeelde geven; bij het Strafspel tussen niks doen of eigen geld inzetten om geld bij de graaier weg te halen.

Deelnemers die eerder hadden aangegeven een grote empathie met slachtoffers te hebben, bleken naarmate ze hun empathie hoger ingeschaald hadden, ook vaker wel hulp aan het slachtoffer te bieden, maar de dader

niet te straffen. Mensen die de dader wel straffen, waren daar genadelozer in naarmate ze hun eigen empathie lager hadden ingeschaald. In een vervolgonderzoek boden de onderzoekers 41 deelnemers een training aan. De helft volgde een meditatiecursus gericht op het cultiveren van compassie. Om de mogelijkheid uit te sluiten dat elke willekeurige emotietraining hetzelfde effect heeft als compassietraining kreeg de andere helft een Reappraisal-programma aangeboden, bedoeld om negatieve gevoelens, verbonden aan een gebeurtenis uit het eigen leven, te reduceren.

STERKE TOENAME VAN POSITIEF WAARDERENDE TERMEN IN PUBLICATIES

'ROBUUST' OF 'ONBRUIKBAAR'

In medisch-wetenschappelijke publicaties wordt steeds meer (dis)kwalificerende taal gebruikt, zo bewijst lexicografisch onderzoek.

Neem woorden als 'innovatief', 'robuust' of 'spectaculair'. Of juist termen als 'inadequaat', 'zwak', of 'middelmatig'. Amsterdamse en Utrechtse onderzoekers concludeerden op basis van een omvangrijk onderzoek dat medisch wetenschappers dergelijke gekleurde woorden in de afgelopen dertig jaar heel veel vaker zijn gaan gebruiken. De onderzoekers maakten lijsten van positieve, negatieve en neutrale woorden en gingen vervolgens na hoe vaak die voorkomen in abstracts van medische publicaties uit de periode 1974-2014. Dat deden ze met behulp van PubMed: een

zoekrobot op het internet die databases met alle belangrijke medische publicaties – artikelen en boeken – doorzoekt.

Hun lexicografische analyse laat een sterke toename zien in het gebruik van positief waarderende termen. Een woord als 'niet', in de betekenis van 'nieuw' of 'verrassend', zal – als de gevonden trend zich voortzet – in het jaar 2123 in elke medische publicatie gebruikt worden om onderzoeksresultaten mee aan te prijzen. Ook het gebruik van diskwalificerende termen groeide, hoewel minder sterk dan dat van de positieve woorden. Het gebruik van neutrale woorden uit het medisch vakgebied zoals 'bloed', 'bot', 'ziekte', 'experiment' of 'interventie' nam niet toe in de loop van de jaren.

Betekent een en ander dat de medische wetenschap optimistischer of geprononceerder is geworden? De onderzoekers menen van niet en hebben een nuchterder verklaring. Publicatiedruk leidt ertoe dat wetenschappers hun onderzoeksresultaten graag wat aanzetten en minder geneigd zijn te erkennen dat hun geploeter geen statistisch of anderszins significant resultaat heeft opgeleverd. Een verband tussen taal en praktijk dat naar alle waarschijnlijkheid niet uitsluitend voor medisch wetenschappers geldt, maar ook voor – bijvoorbeeld – psychologen. (EdJ)

Bron: Vinkers, C.H. et al. (2015). Use of positive and negative words in scientific PubMed abstracts between 1974 and 2014: retrospective analysis. *British Medical Journal*. 1doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h6467>

SCHAP

Beide groepen deden twee weken lang dagelijks een halfuur oefeningen. De mensen die een compassietraining gedaan hadden, bleken erna in het Helpspel meer geld aan slachtoffers te geven dan de deelnemers aan de Reappraisal-cursus. Beide trainingen hadden geen effect op strafgedrag. Blijkbaar is compassie in relatief korte tijd te trainen en zijn meelevende mensen minder geneigd tot vergelding dan hun minder empathische soortgenoten. (EdJ)

Bron: Weng, A. et al. (2015). The Role of Compassion in Altruistic Helping and Punishment Behavior. *Plos One*, DOI: 10.1371/journal.pone.0143794



GROENE ZONES ZONDER FASTFOOD ZIJN GUNSTIG DE INVLOED VAN STADSCULTUUR OP GEWICHT

Zwaarlijvigheid komt bovengemiddeld veel voor bij mensen met een lage opleiding en weinig inkomen. De bevolking van de stad Lausanne vormt daar geen uitzondering op. Maar de gebruikelijke verklaringsfactoren voor een ongezond gewicht vormen niet het hele verhaal.

Die constatering werd recent gedaan door Zwitserse onderzoekers, uit Lausanne en Genève. Zij vroegen zesduizend inwoners van Lausanne naar onder meer hun BMI, gezondheidsstatus, alcoholgebruik, opleidingsniveau en inkomen. Aan de hand van BMI- en adresgegevens maakten ze vervolgens een kaart van de stad waarop ze BMI tussen 20 en 25 – representatief voor een gezond gewicht – met een blauwe, en BMI's van boven de 25 met

een rode stip markeerden.

Waar de middenklasse-wijken in het oostelijke deel van de stad voornamelijk blauw kleurden, domineerde de rode stippen in de meer westelijk gelegen arbeidersbuurten. Toen de onderzoekers hun uitkomsten corrigeerden voor factoren als opleiding, gezondheid en inkomen, ontdekten ze tot hun verrassing dat die het grote verschil in BMI tussen beide stadsdelen niet volledig konden verklaren. De arbeiderswijk in het westen van de stad bleef grotendeels rood. Blijkbaar, zo constateerden de onderzoekers, zijn er nog andere factoren in het spel dan de gebruikelijke verklaringen voor een ongezond gewicht. Hun suggestie is dat de stedelijke omgeving daarop ook van invloed is. De gemiddeld dikkere bewo-

ners van het westelijke stadsdeel van Lausanne leven bijvoorbeeld op grotere afstand van groene zones, beschikken over minder bewegingsruimte en kunnen gemakkelijker fastfood kopen dan de oostelijke stadsbewoners.

Aan opleidingsniveau en inkomen verander je niet zomaar wat, terwijl de inrichting van een stedelijke omgeving wel relatief gemakkelijk is aan te passen, zo redeneren de onderzoekers. Wellicht ligt hier een nieuwe ingang om het probleem van overgewicht te lijf te gaan. (EdJ)

Bron: Duruz, S. et al. (2016). Persistent spatial clusters of high body mass index in a Swiss urban population as revealed by the 5-year GeoCoLaus longitudinal study. *British Medical Journal Open*. doi:10.1136/bmjopen-2015-010145

NIEUWS PROMOTIES

GEHEUGENVERLIES BIJ KORSAKOV

Erik Oudman onderzocht of er nog behandeling mogelijk is nadat het syndroom van Korsakov bij iemand is geconstateerd. Hij richtte zich met name op het probleem van geheugenverlies en liet twintig patiënten vragen beantwoorden omtrent waargenomen details van een net gemaakte wandeling. De patiënten bleken niet veel slechter te scoren dan de gezonde deelnemers aan dit onderzoek. Korsakov heeft dus geen of minder vat op het hersengebied dat belast is met het verwerken van ruimtelijke informatie. Volgens Oudman is het van groot belang om deze hersenprocessen die nog wel intact zijn, in te zetten bij het aanleren van alledaagse vaardigheden. 'Op die manier is de patiënt de door hen zelf zo verlangde autonomie bij te brengen.' Oudman pleit ook voor tijdige behandeling met vitamine B1-injecties bij mensen die het risico lopen Korsakov te ontwikkelen.

Erik Oudman, *Reconstructing cognition in Korsakoff's syndrome - Diagnosis, residual capacities, and rehabilitation*. Universiteit Utrecht, 8 januari 2016. Promotoren: prof. dr. A. Postma, dr. Stefan van der Stigchel en dr. T.C.W. Nijboer

KENMERKEN VAN GOEDE INTERVIEWERS

Bij personeelsselectie is de kwaliteit van de interviewer van invloed op het beoordelen van de sollicitanten. François De Kock onderzocht kenmerken van interviewers die de nauwkeurigheid van hun oordeel kunnen beïnvloeden. Ten eerste gaat het daarbij om het vermogen te herkennen welk gedrag van een sollicitant overeenkomt met diens algemene karaktertrekken. Ten tweede een goed begrip van de manier waarop persoonlijkheidskenmerken van mensen met elkaar samenhangen. Eerlijke mensen zijn meestal ook vrij betrouwbaar, bijvoorbeeld. En ten slotte weten hoe bepaalde situaties ervoor zorgen dat persoonlijkheidskenmerken van kandidaten zichtbaar worden, of juist worden geremd. Het bleek overigens dat interviewers niet beter konden oordelen als ze persoonlijkheidskenmerken deelden met sollicitanten.

François De Kock, *Individual differences in judgment accuracy in personnel selection - What makes the 'good judge'*. Erasmus Universiteit Rotterdam, 17 december 2015. Promotoren: prof. dr. M. Ph. Born en prof. dr. F. Lievens

KINDEREN MISLEID MET SNOEPSPELLETJES

Tweederde van de kinderen in de basisschoolleeftijd spelen minstens eens per week een spelletje op internet dat gemaakt is om een snack- of snoepmerk onder de aandacht te brengen. Frans Folkvord testte de effecten van verstopte online voedselreclame op het eetgedrag van meer dan duizend kinderen. Hij ontdekte dat kinderen die een online spelletje speelden waarin een voedselreclame zat verwerkt, kort daarna 55 procent meer van het snoep aten dat ze werd aangeboden dan kinderen die een online spelletje speelden waarin een speelgoedreclame zat verwerkt. Daarbij heeft slechts zes procent van de kinderen in de gaten dat het om reclame gaat. Als het aan Folkvord ligt worden de spelletjes verboden, want zelfs als er duidelijk merknamen of -logo's in beeld komen, herkennen kinderen de spelletjes niet als reclame.

Frans Folkvord, *Children's Reactivity to Embedded Food Cues in Advergaming*. Radboud Universiteit, 13 januari 2016. Promotor prof. dr. M.A. Buijzen

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 Smisssen, *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



KRITISCH OP KRITIEK

In 2006 kwam de documentaire *An Inconvenient Truth* uit, over hoe de aarde opwarmt door menselijk handelen. In 2007 volgde de documentaire *The Great Global Warming Swindle* waarin onderzoekers beweerden dat het zo'n vaart niet liep. Begon ik na het kijken van *An Inconvenient Truth* alles te recyclen dat los en vast zat, na het kijken van *The Great Global Warming Swindle* stond ik drie keer zo lang onder de warme douche. Als je eigenlijk niet goed geïnformeerd bent, kan je mening makkelijk compleet veranderen, en mensen zijn nu eenmaal snel gecharmeerd van de *underdog* in een gevecht.

Mijn afstudeerbegeleider uit Leiden, de sociaal psycholoog Dancker Daamen, deed onderzoek naar de sociale acceptatie van CO₂-opslag onder land, en stond bekend als een kritische wetenschapper. Toen ik hem enkele jaren na mijn afstuderen sprak op een congres, wees ik hem op *The Great Global Warming Swindle*, die mijn oordeel over klimaatopwarming drastisch had veranderd. Ik dacht dat hij deze kritiek wel kon waarderen. Maar hij reageerde geïrriteerder dan ik hem ooit had gezien. Ik was verbaasd. Had Kepler niet ooit gezegd dat hij liever de scherpste kritiek van een enkel persoon kreeg dan de ondoordachte goedkeuring van de massa?

De reden van zijn irritatie is me altijd bijgebleven. Media laten, volgens het principe van hoor en wederhoor, meestal één voorstander en één tegenstander aan het woord, bijvoorbeeld in een discussie over de vraag of de aarde opwarmt door menselijk handelen. Het lijkt dan alsof wetenschappers verdeeld zijn. Maar meningen zijn meestal niet gelijk verdeeld. Dancker wist dat deze kritiek op klimaatonderzoek alleen nog als voetnoot in officiële rapporten stond. Wetenschappers zijn het veel vaker met elkaar eens dan je zou afleiden als je naar de televisie kijkt. De komiek John Oliver probeerde in zijn show *Last Week Tonight* eens te demonstreren hoe een statistisch representatieve discussie onder klimaatwetenschappers eruit zou zien. Hij nodigde drie wetenschappers uit die *niet* dachten dat de aarde opwarmde door menselijk handelen, en 97 klimaatwetenschappers die dat *wel* dachten.

Kritiek is belangrijk in de wetenschap. Zeker als wetenschappers zelf uitspraken doen zonder goed geïnformeerd te zijn, wat helaas wel eens gebeurt. Het is zeker niet zo dat wat de meerderheid van de wetenschappers vindt, automatisch de correcte conclusie is. Maar het idee dat wetenschappers het vurig met elkaar oneens zijn, en een enkeling iets weet dat de meerderheid voor jaren ontgaat, is te romantisch. Zelfs toen Copernicus beweerde dat de aarde om de zon draaide, was het grootste probleem dat er decennialang niet genoeg informatie was om zijn uitspraken te bewijzen.

Ik voel nog steeds wel eens de behoefte een mening te vormen over onderwerpen waar ik niets van af weet, en dan de kant te kiezen van eenzaam roepende critici. Maar dan denk ik terug aan de irritatie van Dancker, visualiseer ik een statistisch representatieve verdeling van wetenschappers die voor en tegen zijn, en probeer ik iets kritischer te zijn op kritiek.



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

Waarom zijn sommige mensen stress-gevoeliger dan andere en ontwikkelt de één psychische klachten en de ander niet? Dennis Hernaus cs. onderzoeken hoe het dopaminesysteem betrokken is bij stressverwerking en psychische klachten. 'Alhoewel voorop moet worden gesteld dat de steekproeven voor deze experimenten bescheiden waren en dat replicatie essentieel is, kunnen we stress-specifieke dopamineniveaus in de prefrontale cortex relateren aan subjectieve stress-beleving alsmede kwetsbaarheid voor psychotische stoornissen.'

DE ROL VAN HET DOPAMINESYSTEEM

STRESS, PSYCHISCHE KWETSBAARHEID EN HET BREIN

INTRODUCTIE

Denk eens terug aan een belangrijke gebeurtenis in uw leven; iets dat grote indruk maakte. Kunt u zich herinneren hoe u zich toen voelde? Het is goed mogelijk dat u gestrest was. Misschien spanden uw spieren zich onbewust aan, ging uw hart tekeer en produceerde uw bijnierschors op volle kracht stresshormonen. Al uw energie en aandacht was waarschijnlijk gericht op die éne belangrijke gebeurtenis.

Deze totaalsom aan lichamelijke activiteit staat bekend als de 'vecht- of vluchtreactie'. Die reactie wordt uitgelokt wanneer een gebeurtenis als 'stressvol' of 'bedreigend' wordt geïnterpreteerd (Sapolsky, 1998). Dit neurobiologische mechanisme speelt een essentiële rol in het faciliteren van onze stressreactie: vluchten, vechten en alles daartussenin.

Eén blik op de literatuur is al voldoende om te beseffen dat niet enkel ontzettend grote, maar ook normale, alledaagse, situaties of gebeurtenissen deze stressreactie kunnen uitlokken. Pijn (Vachon-Presseau et al., 2013), werkdruk (Eller, Netterstrom & Hansen, 2006), en stedelijke omgevingen (Lederbogen et al., 2011) zijn hier voorbeelden van. Alhoewel een acute stressreactie positieve effecten kan hebben in veel situaties (bijvoorbeeld een tijdelijke toename in aandacht of prestatie), weten we inmiddels dat intense en chronische stress gepaard gaan met (sub)klinische symptomen van psychiatrische ziektebeelden zoals depressie (Edwards et al., 2003) en psychose/schizofrenie (Read et al., 2005).

Samenvattend, stress is een dubbelzijdig zwaard. Aan de ene kant is het een essentieel onderdeel van ons alledaagse leven, aan de andere kant een potentiële bron van talloze ziektes. Alhoewel deze kennis voornamelijk is verkregen door epidemiologisch en gedragsmatig onderzoek zijn de hersenmechanismen rondom stress (acuut en chronisch) nog niet duidelijk vastgesteld. Nieuwe inzichten in de breinmechanismen achter de stressreactie biedt mogelijkheden voor interventies; zowel gedragsmatig als farmacologisch.

DOPAMINE, DE PREFRONTALE CORTEX EN STRESS Alhoewel de stressreactie ontzettend complex is en vele stoffen een rol spelen, heeft de neurotransmitter dopamine veel aandacht gekregen in de context van stress (Mizrahi et al., 2012; Pruessner et al., 2004; Walker & Diforio, 1997). De 'grondstof' voor dopamine wordt verkregen vanuit tyrosine, wat in voedsel zit. In het brein bindt dopamine aan verschillende receptoren (subtype D₁ tot en met D₅) en zo speelt het een belangrijke rol in onder andere beweging, cognitieve prestatie en beloningsprocessen (Egerton et al., 2009).

Dierwetenschappelijk onderzoek heeft consistent aangetoond dat dopamineniveaus in frontale delen van het brein toenemen na blootstelling aan kortdurende stress. Echter, langdurige blootstelling aan stress dempt dopamine niveaus in deze gebieden. Tegelijkertijd lokt langdurige stress een hypergevoeligheid uit in het striatum, een

subcorticaal hersengebied met een hoge dichtheid van cellen die dopamine afgeven (Pani, Porcella & Gessa, 2000). Kortom, langdurige stress brengt een disbalans teweeg in het brein. Interessant genoeg vertoont het gedrag van zulke langdurig gestreste dieren gelijkenissen met symptomen van angst- en stemmingsstoornissen (Pani et al., 2000).

Er kan dus worden gesteld dat dopaminerge cellen in frontale delen van het brein (deel van het *mesocorticale* dopaminepad) de stressverwerking lijken te reguleren. Treden er veranderingen op in dit regulerend vermogen, bijvoorbeeld door overmatige blootstelling aan stress, dan heeft dit negatieve consequenties voor stressverwerking en

en de stressgevoeligheid van die persoon. Met andere woorden, hoe lager prefrontale dopamineniveaus tijdens de stresstaak, hoe stressgevoeliger de persoon is. Met betrekking tot chronische stress voorspelden wij dat een hoge cumulatieve blootstelling aan stress was geassocieerd met lagere prefrontale dopamineniveaus tijdens de stresstaak én een hogere stressgevoeligheid. Oftewel, langdurige stress vermindert het vermogen om met nieuwe stressoren om te gaan en maakt zo mensen gevoelig voor psychische klachten. De hypothesen rondom acute stress werden getoetst in een niet-klinische steekproef; hypothesen rondom chronische stress in zowel een klinische (psychose) als niet-klinische steekproef.

METHODE

STRESS-INDUCTIE In de drie studies, die hieronder worden uitgelegd, was het gebruik van een experimentele stresstaak essentieel. Kortdurende stress werd uitgelokt door middel van de Montreal Imaging Stress Task (MIST). Tijdens deze gevalideerde taak losten deelnemers wiskundige sommen in rap tempo op. De uitkomst van deze sommen was altijd te herleiden tot een ééncijferig getal (voorbeeld: 54/9-4). Stress werd geïnduceerd door middel van drie manipulaties: 1) onvoldoende tijd om sommen op te lossen in een kwart van de opgaven, 2) een geluid met hoge frequentie dat werd afgespeeld tijdens het oplossen van de som en 3) gestandaardiseerde negatieve feedback gericht op de geleverde prestatie.

Zowel een stress- als controleversie van de MIST werden afgenomen. Beide versies duurden zeventig minuten, waarin alle deelnemers tien maal vijf minuten lang sommen oplosten. Tijdens beide versies werd subjectieve stress gemeten door drie stellingen: 'Ik voel mij ontspannen', 'Ik voel mij beoordeeld' en 'Ik voldoe niet aan de verwachtingen' (Cronbach's $\alpha=0.69$). Deze items werden beantwoord op een zevenpuntschaal (1=helemaal niet, 7=heel erg).

Eerder werk van onze onderzoeksgroep heeft laten zien dat dit experiment concentraties van het stresshormoon cortisol en de ervaring van stress (*subjectieve stress*) verhoogt (Lataster et al., 2011). Na afloop van het experiment daalden cortisolniveaus en subjectieve stress weer tot *baseline* niveaus.

DOPAMINENIVEAUS GEMETEN MET PET Corticale dopamineniveaus werden gemeten tijdens een drie uur durende positron emissie tomografie (PET)-scan, waarin de stress- en

Lage prefrontale dopamineniveaus zijn niet 'wenselijk' tijdens stressverwerking

vinden er waarneembare gedragsveranderingen plaats. Veranderingen in het mesocorticale dopaminepad kunnen daarom mogelijk het verband tussen chronische stress en (kwetsbaarheid voor) sommige psychiatrische ziektebeelden verklaren.

Alhoewel de rol van het mesocorticale pad in stressverwerking is vastgesteld in dieren, blijft dit in mensen nog een assumptie. Gelukkig is het door recente ontwikkelingen op gebied van medische beeldvorming mogelijk geworden om dit soort hypothesen te toetsen zonder het brein binnen te dringen. Zoals verderop uitgebreid beschreven in de methodensectie, onderzochten wij in een drietal studies hoe acute en langdurige stress dopamineniveaus in het mesocorticale pad beïnvloedden, met bijzondere interesse voor de prefrontale cortex.

Onze eerste hypothese betrof acute stress: gebaseerd op dieronderzoek verwachtten wij een negatief verband tussen prefrontale dopamine-niveaus tijdens een acute stresstaak

controleversie van de MIST werden afgenomen (Lataster et al., 2011). PET is een gevalideerde beeldvormingsmethode die neurotransmitterniveaus in kaart brengt. Tijdens een PET-onderzoek wordt een radioactief isotoop intraveneus toegediend aan de deelnemer. Dit radioactieve isotoop (bijvoorbeeld koolstof-11 of fluor-18) is gekoppeld aan een molecuul dat bijzonder veel lijkt op de neurotransmitter die men beoogt te bestuderen, in ons geval dopamine. De combinatie van dit isotoop en het molecuul heet een *radioactieve tracer*. Wanneer de radioactieve tracer is toegediend, bindt die op plekken waar veel dopamine te vinden is. Als er op een plek veel tracerbinding wordt gemeten, dan betekent dit dat er weinig dopamine aanwezig is (en vice versa).

Wij vergeleken tracerbinding tussen de stress en de controleconditie van de MIST. Zo konden wij meten hoeveel dopamine er vrijkwam tijdens acute stress, vergeleken met een stressloze controleconditie. Voor de doeleinden van dit onderzoek kozen wij als radioactieve tracer 18-fluor fallypride (18F-fallypride; Lataster et al., 2011; Mukherjee et al., 2002), een radioactieve tracer met zeer hoge affiniteit voor dopamine $D_{2/3}$ receptoren.

EXPERIMENTEN ÉÉN EN TWEE: ACUTE STRESS EN HET DOPAMINESYSTEEM Hypotheses rondom acute stress werden getoetst in twee experimenten. In experiment één verzamelden wij data van 26 mensen zonder DSM-IV-diagnose van een psychiatrische stoornis zoals depressie of schizofrenie. De groep werd ingedeeld op basis van catechol-o-methyl-transferase (COMT) genotype. COMT is een enzym dat dopamineniveaus in de cortex reguleert (Mannisto & Kaakkola, 1999). Natuurlijke variatie in dit gen (Val/Val, Val/Met of Met/Met variant) bepaalt mede de hoeveelheid extracellulaire dopamine in corticale gebieden. De verdeling van COMT-genotype was: acht Val/Val, veertien Val/Met en vier Met/Met dragers. Conform eerder werk werden Val/Met en Met/Met dragers bij elkaar gevoegd (Walder et al., 2010).

Alle deelnemers werden blootgesteld aan de stresstaak terwijl dopamineniveaus en subjectieve stress werden gemeten. De rationale achter dit experiment was dat variatie in COMT-genotype prefrontale dopamine niveaus tijdens de stresstaak en dus stressgevoeligheid zou beïnvloeden.

Van experiment één deden 25 deelnemers mee aan een tweede follow-up experiment. Tijdens een gestructureerde dagboekstudie maten wij stressgevoeligheid in het dagelijks leven. Stressgevoeligheid werd gedurende zeven dagen tien keer per dag op willekeurige momenten gemeten tussen acht uur 's ochtends en elf uur 's avonds. Onze maat van stressge-

voeligheid was gericht op stress rondom dagelijkse activiteiten en werd gemeten met de volgende items: 'Ik kan dit goed', 'Dit kost mij moeite' en 'Ik doe liever iets anders' (een acceptabele α van .52; Myin-Germeys et al., 2005).

Op dezelfde meetmomenten werden subklinische psychische klachten ook gemeten. Deze items maten subklinische psychotische symptomen: 'Ik voel mij achterdochtig', 'Ik voel mij onwerkelijk', 'Ik voel dat andere mensen mij niet mogen', 'Ik voel dat andere mensen mij iets willen aandoen', 'Mijn gedachten worden door anderen beïnvloed', 'Ik ben bang om de controle te verliezen', 'Mijn gedachten laten mij niet los', 'Ik hoor stemmen' en 'Ik zie dingen die er niet echt zijn' ($\alpha = .8$; Myin-Germeys et al., 2005). De keuze voor psychose-items was gebaseerd op de kennis dat stress een risicofactor is voor psychose (Read et al., 2005). Daarnaast gaat psychose(gevoeligheid) gepaard met veranderingen in het dopaminesysteem én een toename in stressgevoeligheid (Walker & Diforio, 1997). Stellingen werden in een papieren boekje opnieuw beantwoord op een zevenpuntschaal. Het willekeurige signaal om het boekje in te vullen werd uitgezonden door een horloge.

We verwachtten een verband tussen stressgevoeligheid in het dagelijks leven en prefrontale dopamineniveaus tijdens de stresstaak in het laboratorium. Specifieker: mensen met lagere prefrontale dopamineniveaus tijdens de taak ervaren sneller psychische klachten in reactie op de omgeving dan mensen met hogere prefrontale dopamineniveaus tijdens de taak. In dit tweede experiment werd niet gekeken naar het COMT-genotype; er bestonden geen subgroepen.

EXPERIMENT DRIE: LANGDURIGE STRESS EN HET DOPAMINESYSTEEM In een laatste experiment werd de relatie tussen cumulatieve blootstelling aan stress en prefrontale dopamineniveaus tijdens de stresstaak onderzocht. Data van twaalf gezonde vrijwilligers zonder diagnose van een psychiatrische stoornis werden verzameld; zij deden niet mee aan experiment één/twee. Daarnaast namen twaalf medicatievrije vrijwilligers met een diagnose van een psychotische stoornis deel.

De reden om een klinische en controlegroep met elkaar te vergelijken is dat stress psychische klachten kan veroorzaken, met name psychotische klachten. Daarnaast bestaat er binnen psychose en schizofrenie indirect bewijs voor 'dopaminerge hypofrontaliteit' (Howes & Kapur, 2009). Dat wil zeggen; een afname in corticale, vooral prefrontale, dopamineniveaus.

Eerst werd blootstelling aan stress vroeg in het leven (tot negentien jaar) gemeten. Dit werd gedaan met de 'Childhood Experience of Care and Abuse' (CECA), een valide en betrouwbare vragenlijst om intense en traumatische gebeurtenissen zoals misbruik, mishandeling en verwaarlozing te meten (Bifulco et al., 2005). Een cumulatieve score van alle vijftien ja-nee items werd als uitkomstmaat gehanteerd ('nee' = 0, 'ja' = 1). Een voorbeelditem: 'Werden uw basisbehoeften ooit verwaarloosd?' Daarna ondergingen deelnemers de stresstaak terwijl corticale dopamineniveaus en subjectieve stress werden gemeten. Onze verwachting was dat méér stress vroeg in het leven was geassocieerd met lagere prefrontale dopamineniveaus én hogere subjectieve stress tijdens de stresstaak. Ook verwachtten wij dat deze associatie sterker zou zijn in de groep van mensen met een diagnose van een psychotische stoornis, wat zou suggereren dat zij sensitiever zijn voor stress.

STATISTISCHE ANALYSES Stresstaak-gerelateerde corticale dopamineniveaus werden gekwantificeerd als de geschatte verandering in tracerbinding tussen stress en controleconditie van de MIST. Ventrals en, waar mogelijk, dorsale prefrontale hersengebieden werden onderzocht. Subjectieve stress werd gekwantificeerd als het verschil in subjectieve stress tussen stress en controleconditie van de MIST.

In experiment één onderzochten wij of stressgerelateerde prefrontale dopamineniveaus en subjectieve stress verschilden per COMT-genotypegroep. In twee aparte lineaire regressieanalyses diende COMT-genotypegroep als onafhankelijke variabele en stresstaak-gerelateerde prefrontale dopamineniveaus (analyse 1) en subjectieve stress (analyse 2) als afhankelijke variabelen.

In experiment twee werd een logistische multilevel regressieanalyse toegepast om de associatie tussen stressgerelateerde prefrontale dopamineniveaus en stressgevoeligheid in het dagelijks leven te onderzoeken. Een multilevel analyse was essentieel omdat dagelijks leven-data meerdere meetmomenten bevatten (maximaal tien momenten per dag). Er moet daarom gecorrigeerd worden voor het feit dat metingen binnen personen meer op elkaar lijken dan metingen tussen personen (Schwartz & Stone, 1998). Een reguliere (single level) regressieanalyse houdt geen rekening met meerdere niveaus. Een interactiemodel werd gehanteerd met stressgerelateerde prefrontale dopamineniveaus en een gesommeerde score van stress in het dagelijks leven als onafhankelijke variabelen. De afhankelijke variabele was een categorische indeling (0='nee', 1='ja') van psychische klachten

'Ik voel dat andere mensen mij iets willen aandoen'

in het dagelijks leven. Zowel in experiment één als twee werden geslacht en leeftijd als covariaat geïncludeerd.

In experiment drie diende de gesommeerde score op de CECA als maat van cumulatieve stress en onafhankelijke variabele. In twee verschillende analyses dienden stressgerelateerde prefrontale dopamineniveaus en subjectieve stress als afhankelijke variabelen. Er werd ook een interactieanalyse getoetst tussen CECA-score en groep (controle of psychose) getoetst.

Alle analyses van experiment drie waren ANOVA's. Omdat de groepen waren gematcht op geslacht en leeftijd werd er in experiment drie niet gecontroleerd voor deze factoren. Door middel van Bonferroni-correctie (Bland & Altman, 1995) werd er gecorrigeerd voor meerdere vergelijkingen: de alphawaarde (drempelwaarde) werd gedeeld door het aantal toetsen, om zo vals-positieve bevindingen zoveel mogelijk uit te sluiten.

RESULTATEN

STEEKPROEFBESCHRIJVING In experiment één/twee bedroeg de gemiddelde leeftijd 40.42 jaar ($sd=14.82$). De geslachtsverdeling was vijftien mannen en elf vrouwen. In experiment één was de verdeling van geslacht, leeftijd en opleidingsniveau eerlijk verdeeld over COMT-genotypegroepen. In experiment drie bedroeg de gemiddelde leeftijd 48.08 jaar ($sd=9.94$) voor controled deelnemers en 44.67 jaar ($sd=11.24$) voor mensen met een psychotische stoornis. In beide groepen was de geslachtsverdeling acht mannen en vier vrouwen. Er waren geen verschillen in leeftijd, geslacht en opleidingsniveau tussen groepen. Deelnemers met een psychotische stoornis waren gemiddeld 7.09 jaar ($sd=4.96$) medicatievrij en namen geen stemmingsstabilisatoren of dopaminerge medicatie ten tijde van de scan. Drugsgebruik en zwangerschap werden op de dag van de scan uitgesloten door een urinescreening. Door middel van een telefonische screening werd drugsgebruik in het verleden uitgesloten (voor zover dit mogelijk is).

BEVINDINGEN EXPERIMENT ÉÉN Vergeleken met de controleconditie nam subjectieve stress in de hele steekproef toe tijdens de stressconditie ($T=7.98$, $p<.01$). Stress-gerelateerde prefrontale dopamineniveaus waren hoger in de Val/Val-groep dan de gecombineerde Val/Met-Met/Met-groep. Dit werd geobserveerd in de rechter *gyrus frontalis inferior* ($T=-4.24$, $p<.01$) en linker *gyrus frontalis superior* ($T=-3.4$, $p<.01$; zie figuur 1). Er was ook een effect van COMT-genotype op subjectieve stress: de Val/Val-groep ervoer tijdens de taak minder stress dan de gecombineerde Val/Met-Met/Met-groep ($T=2.33$, $p=.02$; zie figuur 2).

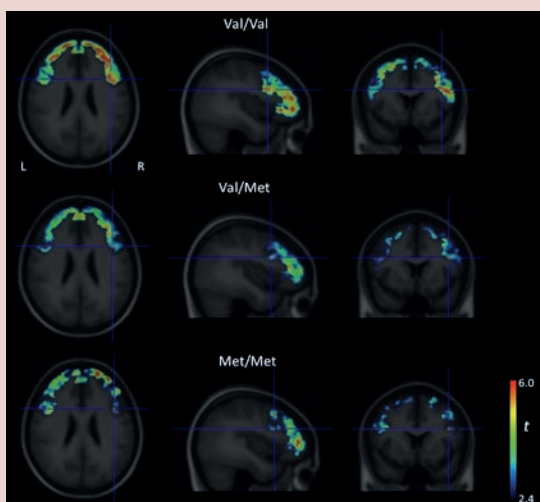
BEVINDINGEN EXPERIMENT TWEE In de dagelijks leven-studie waren er voor vrouwen ($M=55$, $sd=2.6$) meer meetmomenten dan voor mannen ($M=46$, $sd=9.35$; $Z=-9.34$, $p=.01$). Er was een verband tussen stressgerelateerde dopamine-niveaus in de rechter *ventromediale prefrontale cortex* (VMPFC)

en stressgevoeligheid in het dagelijks leven ($Z=-2.2$, $p=.03$). Dezelfde niet-significante trend werd geobserveerd in de linker VMPFC ($Z=-1.88$, $p=.06$). Deze resultaten tonen aan dat mensen met lage stressgerelateerde ventromediale dopamineniveaus sneller en met meer subklinische psychotische symptomen reageren op stress in het dagelijks leven dan mensen met hogere stressgerelateerde ventromediale dopamineniveaus (zie figuur 3).

BEVINDINGEN EXPERIMENT DRIE Vergeleken met de controleconditie nam ook in experiment drie subjectieve stress in de hele steekproef toe tijdens de stressconditie ($Z=6.07$; $p<.01$). Er was geen verschil tussen controledeelnemers en mensen met een psychotische stoornis ($Z=-1.14$, $p=.26$). De hoeveelheid cumulatieve stress gemeten met de CECA was gelijk voor controledeelnemers ($M=2.42$, $sd=1.51$) en deelnemers met een psychotische stoornis ($M=3.42$, $sd=1.88$; $T=-1.31$, $p=.2$).

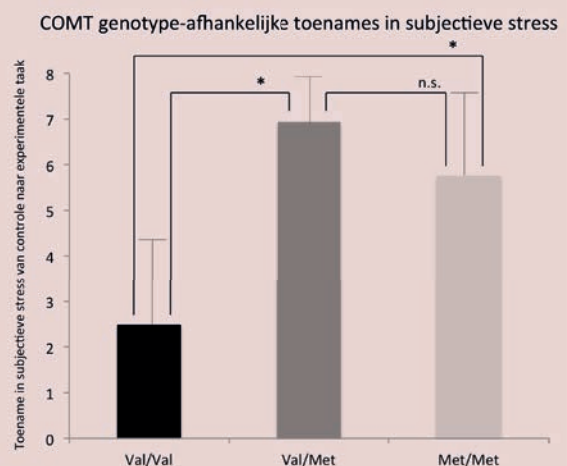
Er werden geen grote of significante verschillen gevonden in stresstaak-geïnduceerde veranderingen in prefrontale dopamineniveaus tussen controles en mensen met een psychotische stoornis (zie figuur 4). Echter, een significante interactie tussen groep (controle, psychose) en blootstelling aan trauma werd gevonden in het model van stressgerela-

FIGUUR 1. STRESSTAAL-GEÏNDUCEERDE VERANDERINGEN IN PREFRONTALE DOPAMINENIVEAUS PER COMT-GENOTYPEGROEP



Legenda figuur 1 Stresstaak-geïnduceerde verandering in prefrontale dopamineniveaus worden uitgedrukt als de hoeveelheid voxels in een brein gebied waarin 18F-fallypride binding tijdens de stressconditie significant minder is dan tijdens de controleconditie. Clusters van t-waarden in de rechter *gyrus frontalis inferior* (rIFG) en linker *gyrus frontalis superior* (lIFG) waren groter voor Val/Val dragers dan Val/Met-Met/Met dragers, wat hogere stressgerelateerde dopamineniveaus in de Val/Val groep suggereert. Voor visueel gemak worden Val/Met en Met/Met genotype apart afgebeeld, maar deze werden bij elkaar gevoegd voor analyses.

FIGUUR 2



Legenda figuur 2 Subjectieve stress per COMT-genotype-groep. Voor visueel gemak worden Val/Met en Met/Met-genotype apart afgebeeld, maar deze werden bij elkaar gevoegd voor analyses. * = significant verschil bij een p-waarde van .05. N.s. = niet significant.

teerde dopamineniveaus in de *mediale prefrontale cortex* ($T=3.35$, $p<.01$). Follow-up-analyses onthulden in de controlegroep een positief verband tussen cumulatieve blootstelling aan stress en stressgerelateerde dopamine niveaus in de mediale prefrontale cortex ($T=3.35$, $p<.01$). Op gedragsmatig niveau bestond er een negatieve associatie tussen cumulatieve blootstelling aan stress en subjectieve stress ($T=-2.5$, $p=.03$). Dus, méér blootstelling aan stress voorspelde hogere mediale prefrontale dopamineniveaus én minder subjectieve stress tijdens de stresstaak in controles (zie figuur 5 en 6).

In de groep van mensen met een psychotische stoornis was er geen statistisch verband tussen cumulatieve blootstelling aan stress en stressgerelateerde mediale prefrontale dopamineniveaus of subjectieve stress (zie eveneens figuur 5 en 6).

DISCUSSIE

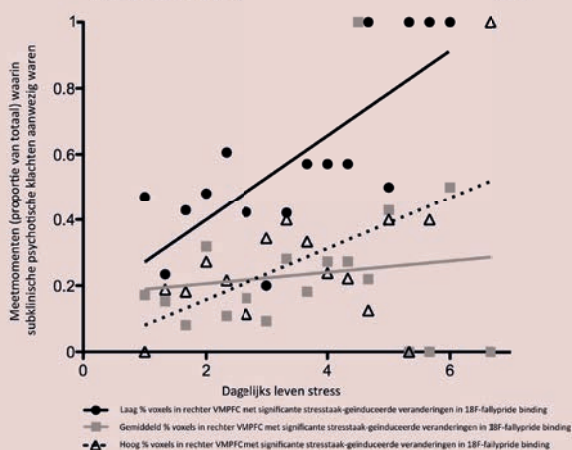
Het doel van de hier gepresenteerde studies was om nieuwe inzichten te verkrijgen in de hersenmechanismen betrokken bij stressverwerking. In deze zoektocht hebben we

kunnen aantonen dat het dopaminesysteem, met specifieke focus op de prefrontale cortex, hier een belangrijke rol in speelt. Alhoewel voorop moet worden gesteld dat de steekproeven voor deze experimenten bescheiden waren en dat replicatie essentieel is, hebben we stressspecifieke dopamineniveaus in de prefrontale cortex kunnen relateren aan subjectieve stressbeleving alsmede kwetsbaarheid voor psychotische stoornissen. Deze resultaten suggereren dat de 'psychotogenische' effecten van stress via het dopaminesysteem werken, een bevinding die ook recentelijk is aangetoond door collega's (Mizrahi et al., 2012). Dit werk draagt bij aan nieuwe inzichten in hoe stress ons kwetsbaar maakt voor psychische klachten.

De resultaten van experiment één suggereren dat de effecten van stress op het dopaminesysteem en de subjectieve stressbeleving mede genetisch bepaald zijn. Draggers van de COMT Val/Val-variant vertoonden hogere prefrontale dopamineniveaus tijdens de stresstaak dan dragers van de COMT Val/Met of Met/Met-variant. Op gedragsmatig niveau waren Val/Val-dragers beter beschermd tegen de stresstaak. Hogere prefrontale dopamineniveaus tijdens stress kunnen

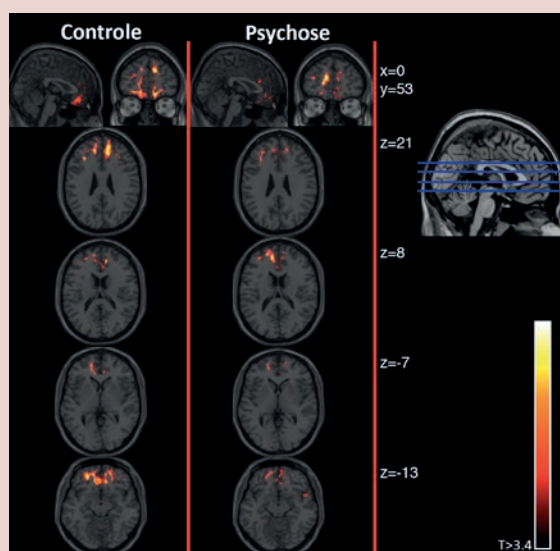
FIGUUR 3

De associatie tussen stress-gerelateerde prefrontale dopamine niveaus en stressgevoeligheid in het dagelijks leven



Legenda figuur 3 Individuen met lage prefrontale dopamineniveaus tijdens de stresstaak ervaren weinig psychische klachten (y-as) als gevolg van dagelijks leven stress (x-as). Echter, individuen met gemiddelde tot hoge prefrontale dopamineniveaus tijdens de stresstaak ervaren sneller en meer psychische klachten als gevolg van dagelijks leven stress. Voor visueel gemak zijn de data opgedeeld in tertiel scores. Continue variabelen werden gebruikt voor de analyses. VMPFC = ventromediale prefrontale cortex.

FIGUUR 4. STRESSTAAK-GEÏNDUCEERDE VERANDERING IN PREFRONTALE DOPAMINENIVEAUS CONTROLES VERSUS MENSEN MET EEN PSYCHOTISCHE STOORNIS



Legenda figuur 4 Stresstaak-geïnduceerde verandering in prefrontale dopamineniveaus voor controles en mensen met een diagnose van een psychotische stoornis. In de mediale prefrontale cortex werd er geen significant verschil gevonden tussen groepen.

dus een marker zijn voor toegang hersenactiviteit om stress efficiënt te verwerken, maar er is meer onderzoek nodig om dit vast te stellen.

Dat het dopaminesysteem ook betrokken is bij stressgerelateerd gedrag in het dagelijks leven werd aangetoond in experiment twee. Eerder onderzoek heeft al laten zien dat zowel dopamine-metabolieten in urine (Myin-Germeys et al., 2005) als COMT-genotype (Collip et al., 2011) stressgevoeligheid in het dagelijks leven kunnen voorspellen. In studie twee hebben wij een concreet hersenmechanisme kunnen koppelen aan deze eerdere bevindingen: de prefrontale cortex. We zagen dat lage stressgerelateerde prefrontale dopamineniveaus voorspellend waren voor een psychische kwetsbaarheid voor stress in het dagelijks leven. Hogere dopamineniveaus gingen evenwel gepaard met een bescherming voor stress in het dagelijks leven: deze mensen rapporteerden weinig tot geen psychische klachten naar aanleiding van stress in hun dagelijks leven.

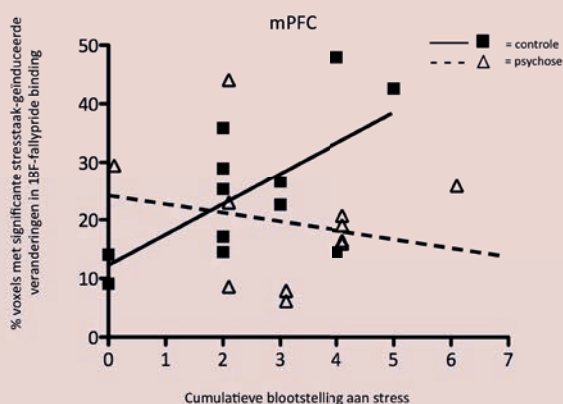
Samen genomen tonen experiment één en twee aan dat lage prefrontale dopamineniveaus niet 'wenselijk' zijn tijdens stressverwerking. Dit sluit nauw aan bij dieronder-

zoek dat laat zien dat experimentele vermindering van dopamine niveaus in de cortex een stressgevoelig fenotype creëert (Pani et al., 2000). Een afname van frontale dopamineniveaus lijkt ook in verband te staan met een toename in dopamineniveaus in het striatum. Interessant genoeg zijn verhoogde dopamineniveaus in het striatum een zeer consistente bevinding bij mensen met een psychotische stoornis (Howes & Kapur, 2009). Daarnaast verhoogt stress striatale dopamineniveaus in individuen met een kwetsbaarheid voor psychose (Mizrahi et al., 2012). Het is daarom goed mogelijk dat een psychotische kwetsbaarheid voor stress zowel gepaard gaat met lage prefrontale dopamineniveaus én verhoogde striatale niveaus; een disbalans dus. Alhoewel deze interpretatie wordt bevestigd door de beschikbare literatuur, liet het design van onze studie het niet toe om zulke hypothesen te toetsen.

Gezien het feit dat experiment één en twee werden uitgevoerd bij een niet-klinische steekproef, is een terechte vraag: 'In hoeverre zijn deze bevindingen klinisch relevant? In een poging om deze vraag te beantwoorden onderzochten wij in experiment drie de relatie tussen langdurige stress, het

FIGUUR 5

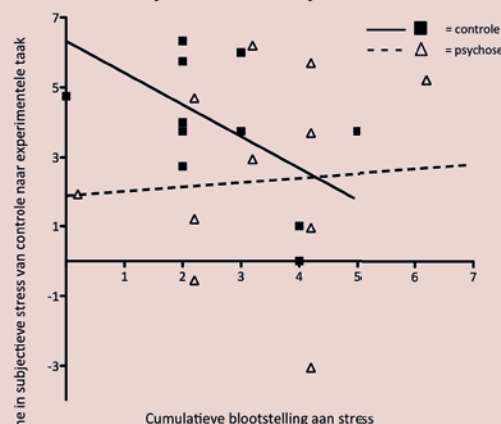
De associatie tussen cumulatieve blootstelling aan stress en stress-gerelateerde prefrontale dopamine niveaus



Legenda figuur 5 Cumulatieve blootstelling aan stress (x-as) was positief geassocieerd met prefrontale dopamine niveaus tijdens de stresstaak (y-as) in controle deelnemers, maar niet in mensen met een diagnose van een psychotische stoornis. mPFC = mediale prefrontale cortex.

FIGUUR 6

De associatie tussen cumulatieve blootstelling aan stress en subjectieve stress tijdens de taak



Legenda figuur 6 Cumulatieve blootstelling aan stress (x-as) was negatief geassocieerd met subjectieve stress tijdens de stresstaak (y-as) in controle deelnemers, maar niet in mensen met een diagnose van een psychotische stoornis.

Blootstelling aan stress lijkt een vingerafdruk achter te laten op de hersenmechanismen rondom stressverwerking

dopaminesysteem en psychotische klachten in een controle en klinische sample. Gezien de uitkomsten van experiment één en twee verwachtten wij dat chronische stress dopamineniveaus in de cortex zou dempen en daardoor mensen stressgevoelig maakt. Verassend genoeg leek het omgekeerde waar te zijn: controledeelnemers die aan méér stress waren blootgesteld lieten hogere dopamineniveaus zien. Op gedragsmatig niveau ervoeren zij minder stress.

Deze resultaten houden mogelijk verband met de observatie dat stress ook adaptieve processen in werking kan stellen (Gluckman et al., 2009; Nederhof & Schmidt, 2012).

Summary

D. HERNAUS, Z. KASANOVA, T. VAN AMELSVOORT, F.M. MOTTAGHY & I. MYIN-GERMEYS

TITLE: STRESS VULNERABILITY AND THE BRAIN: THE ROLE OF THE DOPAMINE SYSTEM.

Background: Although it is well known that stress is a risk factor for psychiatric illness, brain mechanisms related to stress-sensitivity are not well understood. We explored: (1) the association between the dopamine system and stress-sensitivity in daily life (non-clinical sample, n=26) and (2) the association between prolonged stress and the dopamine system (12 controls, 12 individuals with a psychotic disorder).

Methods: Dopamine levels during a control and stress condition of the Montreal Imaging Stress Task were assessed with 18F-fallypride PET. Daily life stress was assessed in a 7-day ambulatory assessment study. Early life stress/trauma was assessed with the CECA.

Results: Stress-related prefrontal dopamine activity correlated negatively with stress-sensitivity in daily life. Early life stress predicted stress-related prefrontal dopamine activity and subjective stress in controls, but not in psychotic disorder.

Conclusion: The dopamine system plays an important role in stress processing and is predictive of psychotic vulnerability to stress. These identified mechanisms can serve as potential targets for pharmacological and psychological stress interventions.

Dat wil zeggen dat stress tijdens de ontwikkeling breinveranderingen teweeg kan brengen die sommige individuen beter laten omgaan met uitdagingen in hun omgeving. Dit aanpassingsvermogen kan ertoe leiden dat deze individuen later in het leven beter beschermd zijn tegen stressoren, zoals onze stresstaak.

Opmerkelijk genoeg waren deze associaties niet aanwezig bij mensen met een psychotische stoornis. Met de kanttekening dat de hoeveelheid trauma gemiddeld tot laag was, zou dit kunnen aantonen dat mensen met een psychotische kwetsbaarheid dit adaptieve vermogen in een stressvolle omgeving niet bezitten. Omdat het brein zich niet ideaal aanpast aan de omgeving, zou een hoge blootstelling aan stress in deze mensen psychotische symptomen kunnen uitlokken. Longitudinale studiedesigns zijn echter essentieel om zulke conclusies hard te maken. Wat voor nu bekend lijkt te zijn is dat blootstelling aan stress een vingerafdruk achterlaat op de hersenmechanismen rondom stressverwerking.

STRESSINTERVENTIES GERICHT OP HET DOPAMINE-SYSTEEM Nieuwe inzichten in de breinmechanismen achter de stressreactie bieden mogelijkheden voor interventies, vermeldde we in de introductie. Het is daarom belangrijk om te evalueren in hoeverre toekomstige stressinterventies zich moeten richten op het dopaminesysteem.

Op het moment van schrijven zijn wij bezig met een aantal vervolgstudies, om zo te toetsen of de geïdentificeerde mechanismen geschikt zijn voor stressinterventies. Zo werken we aan een grootschalige studie waarin wordt onderzocht of *acceptance*- en *commitment*-therapie mensen minder stressgevoelig maakt. Bij deze therapie leert de cliënt zijn/haar aandacht te richten op belangrijke zaken in het leven (doelen of waarden) en speelt acceptatie van onveranderbare zaken (gedachten en emoties) een belangrijke rol (Jansen & Batink, 2014). Tegelijkertijd kijken we, voor en na de behandeling, hoe het dopaminesysteem op stress reageert. Een tweede vervolgstudie onderzoekt of farmacologische manipulatie van het dopaminesysteem een verandering in stressgevoeligheid teweeg kan brengen. Beide aanpakken kunnen waardevol blijken in het geval dat we psychische klachten willen uitstellen of zelfs, als ultiem doel, voorkomen.

Alhoewel dit soort interventiestudies essentieel zijn is het belangrijk om niet te vergeten dat het gepresenteerde werk gericht is op een psychotische kwetsbaarheid voor stress. Naast interventiestudies zal dus ook moeten worden getoetst

of verhoogde stressgevoeligheid in depressie, angststoornissen en posttraumatische stress stoornis via het dopaminesysteem werkt. Concluderend: onze bevindingen dragen bij aan de identificatie van stressinterventiemechanismen, maar belangrijke vragen over de generaliseerbaarheid en klinische relevantie blijven over voor toekomstig onderzoek.

OVER DE AUTEURS

Dennis Hernaus, PhD, is als postdoctoraal onderzoeker werkzaam aan de afdeling Psychiatrie en Neuropsychologie van de Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University. Het werk beschreven in dit artikel maakte deel uit van zijn promotietraject.¹ Zuzana Kasanova, MSc, prof. dr. Thérèse van Amelsvoort, prof. dr. Felix M. Mottaghy en prof. dr. Inez Myin-Germeys (allen Maastricht University) waren betrokken bij de conceptualisering en opzet van de beschreven studies. Prof. dr. Thérèse van Amelsvoort is werkzaam als psychiater bij stichting Virenze en onderzoeker aan de afdeling Psychiatrie en Neuropsychologie van Maastricht University. Prof. dr. Felix Mottaghy is afdelingshoofd van de afdelingen Nucleaire Geneeskunde van Maastricht University en RWTH Aken, Duitsland. Prof. dr. Inez Myin-Germeys werkt als onderzoeker aan de afdeling Psychiatrie en Neuropsychologie van Maastricht University.

Correspondentie over dit artikel via Dennis Hernaus, Vijverdalweg 1, 2e verdieping SN gebouw, 6226NB, Maastricht.. E-mail: dennis.hernaus@maastrichtuniversity.nl.

¹ Deze studies maakten deel uit van Prof. Dr. Inez Myin-Germeys' NWO VIDI en ERC Consolidator (EU) beurs. De data gepresenteerd in deze artikelen zijn gepubliceerd in peer-reviewed vakbladen en zijn bewerkte versies van:

- 1) Hernaus, D., Collip, D., Lataster, J., Ceccarini, J., Kenis, G., Booij, L., ... Myin-Germeys, I. (2013). COMT Val158Met genotype selectively alters prefrontal [18F]fallypride displacement and subjective feelings of stress in response to a psychosocial stress challenge. *PLoS One*, 8(6), e65662. doi: 10.1371/journal.pone.0065662
- 2) Hernaus, D., Collip, D., Kasanova, Z., Winz, O., Heinzel, A., van Amelsvoort, T., ... Myin-Germeys, I. (2015). No evidence for attenuated stress-induced extrastriatal dopamine signaling in psychotic disorder. *Transl Psychiatry*, 5, e547. doi: 10.1038/tp.2015.37
- 3) Hernaus, D., Collip, D., Lataster, J., Viechtbauer, W., Myin, E., Ceccarini, J., ... Myin-Germeys, I. (2015). Psychotic reactivity to daily life stress and the dopamine system: a study combining experience sampling and [18F]fallypride positron emission tomography. *J Abnorm Psychol*, 124(1), 27-37. doi: 10.1037/abn0000010
- 4) Kasanova, Z., Hernaus, D., Vaessen, T., van Amelsvoort, T.A., Winz, O., ... Myin-Germeys, I. (2015). Early-life stress affects stress-related PFC dopamine activity in healthy adults, but not in individuals with psychotic disorder. *Under review*.

INTERESSE?

Voor de *acceptance and commitment*-interventiestudie zijn wij nog op zoek naar 15-35 jarige deelnemers met een (verdacht) hoog risico voor psychose. Deze studie wordt aangeboden naast de reguliere zorg. Geïnteresseerde clinici kunnen contact opnemen met act@maastrichtuniversity.nl en/of telefoon 043-388-3876.

Literatuur

- Bifulco, A., Bernazzani, O., Moran, R. M. & Jacobs, C. (2005). The childhood experience of care and abuse questionnaire (CECA.Q): Validation in a community series. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 563-581. doi: Doi 10.1348/0144666050535344
- Bland, J.M. & Altman, D.G. (1995). Multiple significance tests: the Bonferroni method. *BMJ*, 310(6973), 170.
- Collip, D., van Winkel, R., Peerbooms, O., Lataster, T., Thewissen, V. et al. (2011). COMT Val158Met-stress interaction in psychosis: role of background psychosis risk. *CNS neuroscience & therapeutics*, 17(6), 612-619. doi: 10.1111/j.1755-5949.2010.00213.x
- Dedovic, K., D'Aguiar, C. & Pruessner, J.C. (2009). What stress does to your brain: a review of neuroimaging studies. *Can J Psychiatry*, 54(1), 6-15.
- Edwards, V.J., Holden, G.W., Felitti, V.J. & Anda, R.F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453-1460. doi: Doi 10.1176/Appi.Ajp.160.8.1453
- Egerton, A., Mehta, M.A., Montgomery, A.J., Lappin, J.M., Howes, O. D. et al. (2009). The dopaminergic basis of human behaviors: A review of molecular imaging studies. *Neurosci Biobehav Rev*, 33(7), 1109-1132. doi: 10.1016/j.neubiorev.2009.05.005
- Eller, N.H., Netterstrom, B. & Hansen, A.M. (2006). Psychosocial factors at home and at work and levels of salivary cortisol. *Biol Psychol*, 73(3), 280-287. doi: 10.1016/j.biopsycho.2006.05.003
- Gluckman, P.D., Hanson, M.A., Buklijas, T., Low, F.M. & Beedle, A.S. (2009). Epigenetic mechanisms that underpin metabolic and cardiovascular diseases. *Nat Rev Endocrinol*, 5(7), 401-408. doi: 10.1038/nrendo.2009.102
- Howes, O.D. & Kapur, S. (2009). The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III--the final common pathway. *Schizophr Bull*, 35(3), 549-562. doi: 10.1093/schbul/sbp006
- Jansen, G. & Batink, T. (2014). *Time to ACT!* (2 ed.). Zaltbommel: Uitgeverij Thema.
- Lataster, J., Collip, D., Ceccarini, J., Haas, D., Booij, L. et al. (2011). Psychosocial stress is associated with in vivo dopamine release in human ventromedial prefrontal cortex: a positron emission tomography

Literatuur vervolg

- study using [(1)(8)F]fallypride. *Neuroimage*, 58(4), 1081-1089. doi: 10.1016/j.neuroimage.2011.07.030
- Lederbogen, F., Kirsch, P., Haddad, L., Streit, F., Tost, H. et al. (2011). City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature*, 474(7352), 498-501. doi: 10.1038/nature10190
- Mannisto, P.T. & Kaakkola, S. (1999). Catechol-O-methyltransferase (COMT): biochemistry, molecular biology, pharmacology, and clinical efficacy of the new selective COMT inhibitors. *Pharmacological reviews*, 51(4), 593-628.
- Mizrahi, R., Addington, J., Rusjan, P. M., Suridjan, I., Ng, A. et al. (2012). Increased stress-induced dopamine release in psychosis. *Biol Psychiatry*, 71(6), 561-567. doi: 10.1016/j.biopsych.2011.10.009
- Mukherjee, J., Christian, B.T., Dunigan, K.A., Shi, B., Narayanan, T.K. et al. (2002). Brain imaging of 18F-fallypride in normal volunteers: blood analysis, distribution, test-retest studies, and preliminary assessment of sensitivity to aging effects on dopamine D-2/D-3 receptors. *Synapse*, 46(3), 170-188. doi: 10.1002/syn.10128
- Myin-Germeys, I., Marcelis, M., Krabbendam, L., Delespaul, P. & van Os, J. (2005). Subtle fluctuations in psychotic phenomena as functional states of abnormal dopamine reactivity in individuals at risk. *Biol Psychiatry*, 58(2), 105-110. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.02.012
- Nederhof, E. & Schmidt, M.V. (2012). Mismatch or cumulative stress: toward an integrated hypothesis of programming effects. *Physiol Behav*, 106(5), 691-700. doi: 10.1016/j.physbeh.2011.12.008
- Pani, L., Porcella, A. & Gessa, G.L. (2000). The role of stress in the pathophysiology of the dopaminergic system. *Mol Psychiatry*, 5(1), 14-21.
- Pruessner, J.C., Champagne, F., Meaney, M.J. & Dagher, A. (2004). Dopamine release in response to a psychological stress in humans and its relationship to early life maternal care: a positron emission tomography study using [(11)C]raclopride. *Journal of Neuroscience*, 24(11), 2825-2831. doi: 10.1523/JNEUROSCI.3422-03.2004
- Read, J., van Os, J., Morrison, A.P. & Ross, C.A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand*, 112(5), 330-350. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x
- Sapolsky, R.M. (1998). *Why Zebras Don't Get Ulcers* (2nd Rev ed.). New York, NY: W.H. Freeman.
- Schwartz, J.E. & Stone, A.A. (1998). Strategies for analyzing ecological momentary assessment data. *Health Psychol*, 17(1), 6-16.
- Vachon-Presseau, E., Roy, M., Martel, M.O., Caron, E., Marin, M. F. et al. (2013). The stress model of chronic pain: evidence from basal cortisol and hippocampal structure and function in humans. *Brain*, 136, 815-827. doi: 10.1093/Brain/awt371
- Walder, D.J., Trotman, H.D., Cubells, J.F., Brasfield, J., Tang, Y.L. & Walker, E.F. (2010). Catechol-O-methyltransferase modulation of cortisol secretion in psychiatrically at-risk and healthy adolescents. *Psychiatric genetics*, 20(4), 166-170. doi: 10.1097/YPG.0b013e32833a1ff3
- Walker, E.F. & Diforio, D. (1997). Schizophrenia: a neural diathesis-stress model. *Psychol Rev*, 104(4), 667-685.

RINO

Een greep uit ons aanbod:

Complexe Psychologische Diagnostiek

www.rino.nl/145 start 30 maart

Infant Mental Health: 2-jarige opleiding 0-5 jaar

www.rino.nl/980 start in juni

Cliënten met een verstandelijke beperking in de GGZ

www.rino.nl/129 10 juni

Schematherapie: 50 uren vervolgcursus VGCT

www.rino.nl/975 start 23 maart

BDSM: tussen parafilie en parafiele stoornis

www.rino.nl/974 13 april

Profielopleiding Ouderenpsycholoog:

2- jarige profielopleiding voor GZ-psychologen

www.rino.nl/PO-O start in september

www.rino.nl

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



Geaccrediteerd Onderwijs
in Groningen en Nuenen

Een selectie uit ons aanbod:

Drieluik EMDR

Indra Spierts | 11-02-16 in Nuenen

Narratieve Exposure Therapie

Ruud Jongedijk en Gerdie Eiting | 17-02-16 in Groningen

Vercolcursus cognitieve gedragstherapie

Erik ten Broeke | 15-03-16 in Groningen

Beknopte Eclectische Psychotherapie bij PTSS

Pepita David en Mirjam Nijdam | 30-03-16 in Groningen

Hechting en trauma

Indra Spierts en Hans van der Ham | 12-04-16 in Nuenen

Basisopleiding EMDR Volwassenen

Erik ten Broeke | 23-06-16 in Groningen

Vercolcursus schematherapie

Marjon Nadort | 05-09-16 in Groningen

WRITEjunior

Sascha Lucassen | 12-09-16 in Groningen

Meld je aan of bekijk ons complete aanbod op psy-zo.nl

Zernikepark 12 - 9747 AN - Groningen - (050) 750 2088 - info@psy-zo.nl



Gewoon autisme

Gewoon uniek: een andere kijk op autisme

Door: B. Prizant

Amsterdam: Hogrefe, 205 p.

Recensent: Karel Soudijn

Op 30 november 2015 stond in *NRC Handelsblad* een interview met de arts en filosoof Berend Verhooff, die kort tevoren in Groningen promoveerde op een proefschrift over autisme. De ondertitel van het interview bevatte een citaat: 'Autisme is beter te begrijpen als interactieprobleem dan als hersenziekte.'

Met dit citaat is ook de belangrijkste boodschap samen te vatten van het boek van Barry Prizant, dat onlangs in Nederlandse vertaling verscheen. Symptomen die we tegenwoordig aanduiden als autistisch, kunnen we volgens hem maar beter opvatten als een wat sterkere variant van gedragsvormen die iedereen vertoont. En als de ontwikkeling van kinderen op sommige punten lijkt te stagneren, dan moeten we beseffen dat mensen onderling behoorlijk wat variatie kennen in het tempo van hun ontwikkeling. Het is lastig om geconfronteerd te worden met kinderen en volwassenen die in bepaalde opzichten extreem zijn, maar dat zegt minstens net zoveel over onszelf als over die anderen.

Prizant maakt zich in dit boek enkele malen kwaad op psychologen die aan de hand van een protocol gedrags-therapeutische technieken toepassen om autistische kinderen of volwassenen iets te leren. Dergelijke gedrags-therapeuten zouden te weinig oog hebben voor de manier waarop een individu bepaalde symptomen gebruikt om angsten te beheersen. Protocolaire behandeling werkt volgens Prizant vaak averechts, omdat iedere cliënt weer een uniek repertoire van omgaan met emoties kan hebben. Bij autistische symptomen zouden we vooral veel aandacht moeten besteden aan de vraag waarom iemand zich op een bepaalde manier gedraagt. Vervolgens kan gezocht worden naar mogelijkheden om levensomstandig-

heden zodanig te wijzigen, dat het doel bereikt wordt op een manier die voor alle betrokkenen minder belastend is.

Aan de hand van vaak zeer extreme voorbeelden laat Prizant zien hoe hijzelf gedragingen analyseert en levens beïnvloedt. In veel opzichten is zijn boek een voorbeeld van 'anti-psychologie': gooi vakkennis overboord en vertrouw op intuïtie. Toch maakt hij wel gebruik van inzichten uit de algemene psychologie. Angsten, bijvoorbeeld, zijn volgens hem beter te beheersen door de voorstelbaarheid van levensomstandigheden te vergroten.

Prizant benadrukt met zijn vraag naar het 'waarom' dat het belangrijk is naar de emotionele betekenis te zoeken van omgangsvormen. Het lastige hierbij is echter dat vaak heel veel expertise nodig is om een zinvol antwoord te geven op waaromvragen. Als u mij naar een cricketwedstrijd laat kijken, dan kan ik ook na uren uren nog niet vertellen waarom spelers zich zo inspannen. Om de spelregels van cricket te begrijpen, kan ik beter een expert raadplegen. Prizant vindt evenwel dat het tijd wordt om bij autisme zélf na te denken. Met behulp van de voorbeelden die hij als expert heeft geselecteerd.

Dat maakt dit boek dubbelzinnig, al zijn de voorbeelden spannend om te lezen. Er is trouwens nog een probleem. Door te benadrukken dat autisme een variant is van normaal gedrag, heb ik nu de neiging om alle gedragingen van mijzelf en van anderen te etiketteren als een vorm van autisme. Voorlopig kan ik daar echter wel mee leven.

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

VOORPUBLICATIE

Hart voor de ggz

Psychiater Remke van Staveren maakt zich de laatste jaren in toenemende mate zorgen over de geestelijke gezondheidszorg. In haar boek HART voor de GGZ, dat op 15 maart bij uitgeverij De Tijdstroom verschijnt, pleit ze voor werken met meer (com)passie in een nieuwe ggz. Een stukje uit de inleiding en een paar fragmenten als voorpublicatie.

FRAGMENT UIT HET HOOFDSTUK 'WIE WIL IK ZIJN?'

WEES DE ZORGVERLENER DIE JE ZELF OOK ZOU WILLEN KRIJGEN

Ik zou het wel weten. Geef mij maar een zorgverlener die goed is in zijn vak, die plezier heeft in zijn werk, en hart heeft voor zijn patiënten. Eentje die ik kan vertrouwen. Niet omdat hij alles zo perfect voor elkaar heeft – welnee, dat heb ik zelf ook niet. Maar wel een die naar mij luistert, écht luistert, en die zijn best doet om mij te begrijpen. Een die mij erkenning geeft voor mijn klachten, en daarnaast aandacht heeft voor mijn sterke kanten. Want er gaan ook nog dingen goed in mijn leven.

Ik zou een zorgverlener willen die mij voor vol aanziet, die mij zo veel mogelijk laat meedenken en meebeslissen over zaken die mij aangaan. Liefst een met wie ik ook af en toe kan lachen en die niet te beroerd is om een enkele keer een uitzondering te maken. Die voor even de regels aan zijn laars lapt, al was het maar om mij het gevoel te geven dat ik ertoe doe.



De zorg, waaronder de ggz, verkeert in een morele crisis. Bezuinigingen dwingen onze ggz in een knelend keurslijf waarin de mens (zowel de zorgverlener als de cliënt) steeds minder tot zijn recht komt. Alles moet tjak, tjak, tjak, door naar de volgende cliënt. We lijken zo langzamerhand meer tijd achter de computer kwijt te zijn – met rapporteren, lijsten afvinken, tijd bijhouden – dan we aan echt menselijk contact besteden. Het evenwicht tussen hoofd en hart, tussen ziel en zakelijkheid is zoek.

Aan de noodkreten in sociale en andere media te zien, willen veel zorgverleners terug naar de menselijke maat, en compassievolle zorg bieden. Terug naar de reden waarom we ooit in de zorg zijn gaan werken: om mensen te helpen herstellen. Maar willen we iets veranderen in de ggz, dan zullen we eerst moeten erkennen dat we een probleem hebben en zelf verantwoordelijk zijn voor het vinden van een oplossing. Het hoeft niet. We kunnen ook onze tijd lijdzaam uitzitten en afwachten of de politiek, de zorgverzekeraars, GGZ Nederland of onze eigen directie met een oplossing komen.

Het moet anders, en het kan ook anders.

We hebben wel degelijk een keus. Gaan we proactief aan de slag, of blijven we reactief achter de feiten aanlopen? We kunnen de wereld misschien niet veranderen, maar we kunnen wel, binnen onze cirkel van invloed, onze houding kiezen: willen we weer met plezier en (com)passie werken ☺? Of blijven we liever mopperen bij de koffieautomaat ☹?

We lijken zo langzamerhand meer tijd achter de computer kwijt te zijn dan we aan echt menselijk contact besteden

Natuurlijk zijn de kosten een zeer belangrijk aspect. De zorg moet ook in de toekomst betaalbaar blijven, willen we überhaupt zorg kunnen blijven bieden. Maar goede zorg hoeft niet altijd meer te kosten, sterker nog, goede zorg levert op termijn tijd en dus geld op. Veel van de vaardigheden die je daarvoor nodig hebt kosten niets; andere leveren tijd en dus geld op. Empathie, professionele nabijheid, echt luisteren en samenwerken zijn vaardigheden waarin je beter kunt worden.

We willen goede, menswaardige zorg bieden, met HART voor de GGZ. In deze tijd van bezuinigingen en bureaucratie? Juist nu! Doe geen concessies aan de kwaliteit. Wij bepalen hoe we op onze vierkante meter zorg willen leveren. Het staat ons vrij om een patiënt gastvrij te ontvangen, te glimlachen, met aandacht te luisteren. Ons doel is goede zorg leveren, zodat de cliënt kan herstellen.

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

SYMPOSIUM

Inspiratie nodig? Wees van harte welkom op het symposium HART voor de GGZ op 15 maart a.s. vanaf 15.00 uur, op het hoofdkantoor van de VvAA, Orteliuslaan 750 te Utrecht (inschrijven via www.hartvoordeggz.nl).

FRAGMENT UIT HET HOOFDSTUK 'IN TEAMVERBAND'

DE POSITIVITEITSRATIO

Hoe komt het dat het ene team het beter doet dan het andere? Een van de factoren is de positiviteitsratio, ontdekten onderzoekers Fredrickson en Losada (2005). De meeste teams hebben een ratio van 2:1; tegenover twee positieve gevoelens staat één negatief gevoel. Dit zijn teams die gemiddeld functioneren. Het omslagpunt ligt bij een ratio van 3:1. Er moeten minstens drie positieve gevoelens tegenover elk negatief gevoel staan om de balans te bewaren. Bij een ratio van 3:1 of hoger gaat een team goed tot zeer goed functioneren. Wat kunnen we met deze kennis over de positiviteitsratio? Het antwoord ligt voor de hand: meer positieve gevoelens creëren. We zouden bijvoorbeeld meer over elkaar kunnen "roddelen", maar dan in positieve zin (Bannink, 2010). 'Zeg, heb je gehoord hoe geweldig Fatima de herstelgroep weer van de grond heeft gekregen?'

Fredrickson, B.L. & Losada, M.F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60, 678-686.

Bannink, F. (2010). *Oplossingsgericht leidinggeven: 101 tips voor optimaal samenwerken*. Amsterdam: Pearson.

FRAGMENT UIT HET HOOFDSTUK 'TIJD MAKEN'

DE HOFFELIJKHEIDSPARADOX

'Als je onvoldoende tijd hebt voor zorg, vertraag dan, hou op met je haasten en geef meer aandacht. Echte zorg kost helemaal geen tijd, het gebeurt op kleine magische momenten. Een van de wonderbaarlijke manieren om meer tijd te creëren is om in het begin bij de zorg voor een patiënt een beetje meer tijd te investeren,' aldus Robin Youngson in zijn boek *Time to Care* (2014). Schenk de patiënt meer tijd en je krijgt meer tijd, dat is een interessante tegenstrijdigheid. Dit verschijnsel wordt de hoffelijkheidsparadox genoemd: hoe meer service je biedt, hoe minder tijd je kwijt bent (Lee, 2009).

Youngson, R. (2014). *Time to care: Hoe je van je werk en je patiënten kunt houden*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Lee, F. (2009). *Als Disney de baas was in uw ziekenhuis: 9,5 dingen die u anders zou doen*. Amsterdam: Reed Business Education.

Verstild gesticht

Sporen van een afgeschermd wereld

Door: Annie van Gemert

Uitgegeven in eigen beheer, 166 p.

Te bestellen via: www.annievangemert.com, contact@annievangemert.com

Recensent: Jeroen van Goor

Fotograaf Annie van Gemert werkte van 1976 tot 1977 als leerling Z-verpleegkundige in het psychiatrisch ziekenhuis Voorburg, een kolossaal complex aan de rand van Vught. Daar werden vanaf 1885 langer dan een eeuw psychiatrische en 'zwakzinnige' patiënten behandeld, onder strikte leiding van broeders en zusters die er in kloosters verbleven. Van Gemert keert in 1989 als studente fotografie terug naar het grotendeels ontmantelde complex om foto's te maken van de kale, spookachtige ruimtes, waarvan de muren afgebladderd zijn en de meeste ruiten ingegoooid.

Ze proeft een beklemmende sfeer als ze rondwaalt door het complex, schrijft ze in het uitgebreide voorwoord van dit boek, waarin haar fotoserie uit 1989 voor het eerst is gepubliceerd. Ze vraagt zich af welk effect de ruimtes op het gedrag van mensen hebben gehad: 'De tekeningen en beschadigingen op de muren en vloeren getuigen van de emoties die mensen hier beleefd hebben. (...) Het ijzeren bed in de isoleercel dat vastgeschroefd was op de vloer was een voorbeeld van macht en onmacht.'

Al haar foto's kennen een zorgvuldige compositie, lichtinval speelt een belangrijke rol, en details als een emmer onder het bed in de isoleercel (zie foto) vormen sporen van een zowel fascinerend als huiveringwekkend verleden. Een tijd waarin niveaus van zwakzinnigheid werden aangeduid met termen als 'diep gestoord', 'gedragsgestoord op laag, midden en hoog niveau' en reeds lang afgeschafte gradaties als 'idiot', 'imbeciel', en 'debiel', die tegenwoordig als scheldwoorden gelden.

KLEURRIJK

Door de bespiegelingen van de fotografe zelf en van voormalige verpleegkundigen die ze heeft geïnterviewd

wordt een kleurrijke achtergrond geschetst die soms doet denken aan de film *One Flew over the Cuckoo's Nest* (1975). Overigens wordt steeds benadrukt dat de medewerkers en de leiding ernaar streefden alle patiënten in hun waarde te laten en contact met ze te maken, hoe moeilijk dat ook was met gemiddeld twee medewerkers op honderd patiënten, die op grote afdelingen samenleefden en amper privacy hadden.

Alleen op de lange, grauwe gangen – 'de straten van Voorburg' (zie foto) – konden de patiënten een moment voor zichzelf vinden. Die gangen waren alleen aan het begin en eind voorzien van een raam met daglicht en patiënten stonden daar stilletjes naar buiten te kijken, terwijl anderen op de gang in zichzelf liepen te prevelen, een lied zongen of op de duivels scholden die hen achtervolgden. Door dit soort beschrijvingen komen de foto's tot leven; men ziet de patiënten als het ware rondscharrelen, elkaar al rokend passeren, vaak 'op zo'n manier dat men elkaar net niet in de ogen keek'.

SHOCKTHERAPIE

Er was een besloten maatschappij ontstaan, schrijft Van Gemert, 'vastgeroest in een systeem van regels, met een strakke structuur en vervreemd van de buitenwereld'. Dit systeem van massaliteit leidde ertoe dat de patiënten vervreemd raakten van de maatschappij. Ze gingen op den duur passief, afhankelijk gedrag vertonen en raakten niet zelden gehospitaliseerd, iets waar de regelmatige (niet verdoofde) shocktherapie sessies ongetwijfeld debet aan zullen zijn geweest.

Er werd veel gesepareerd, aldus Frando Megens, een van de terugblikkende verpleegkundigen. 'Dat was net zo gewoon als medicatie geven of een verband aanleggen.'

‘Als je al niet gek was, dan zou je het wel worden’

Megens beschouwt het leven in massaliteit, het gebrek aan privacy en het separeren achteraf als mensonterend: ‘Als je al niet gek was, dan zou je het wel worden.’ Megens stelt dat de ontwikkeling van psychofarmaca en de betere inzichten in de oorzaken van probleemgedrag veel goeds hebben gebracht. Mede daardoor veranderde in de jaren zestig en zeventig de werkwijze binnen de ggz: het ‘bewaken’ van een afdeling verschoof steeds meer naar het begeleiden van een individu.

Enkele paviljoens van het complex, tegenwoordig ‘Zorgpark Voorburg’ geheten, herbergen nog altijd psychiatrische patiënten. Om het contrast te laten zien tussen de grootschaligheid van vroeger en de hedendaagse kleinschaligheid in de ggz heeft Van Gemert in 2015 ook foto’s van die hedendaagse interieurs gemaakt en opgenomen in het boek.

Dit prachtige boek zou een plekje moeten hebben op de koffietafel van iedere professional in de ggz, omdat het een tijdsbeeld laat zien dat nog steeds relevant is. De massale psychiatrie van vroeger kan men immers zien als de voorgeschiedenis van de huidige, meer kleinschalige ggz. En als je het boek dichtslaat, kun je alleen maar concluderen dat die laatste voor het welzijn van patiënten toch een stuk wenselijker is.

Jeroen van Goor, MA, is redacteur van De Psycholoog.





INTERVIEW MET
BEWUSTZIJNSFILOSOOF
DANIEL DENNETT

DE VRIJE WIL? NATUURLIJK BESTAAT DIE!

De vrije wil bestaat niet. Dat is de krachtige en tegelijk verwarrende boodschap van bijvoorbeeld de hersenwetenschappers Victor Lamme en Dick Swaab. Het is een idee waar we als mens maar moeilijk mee kunnen leven. Gelukkig werpt filosoof, cognitiewetenschapper en grootheid Daniel Dennett zich op als beschermheer van onze vrije wil. Samen met cognitiewetenschapper Roy de Kleijn had Geertje Kindermans via Skype een ontmoeting met Dennett. 'We willen de juiste beslissing nemen, op het juiste moment, om de goede redenen.'

De vrije wil bestaat niet, die is niets meer dan een illusie. Dat stelden de hersenwetenschappers Victor Lamme en Dick Swaab respectievelijk in hun populairwetenschappelijke bestsellers *De vrije wil bestaat niet* en *Wij zijn ons brein* alsook in diverse interviews. Met dat standpunt trokken ze veel aandacht binnen de wetenschap, maar ook van het grote publiek. Zijn wij willoze slachtoffers van onszelf? Licht alles wat we doen vooraf vast? Lamme en Swaab bevinden zich met hun ideeën overigens in goed gezelschap; neurowetenschappers hebben een indrukwekkend aantal studies op hun naam staan die het lastig maken om de vrije wil te verdedigen.

Toch is lang niet iedereen ervan overtuigd dat we geen vrije wil zouden hebben. Tegengeluid is te horen uit een al even indrukwekkende hoek. Eén van de beschermheren van de vrije wil is Daniel Dennett (1942), filosoof, cognitiewetenschapper en hoogleraar aan Tufts University. Dennett, in 2012 bekroond met de Erasmusprijs, is een zogeheten compatibilist; hij gelooft dat determinisme en vrije wil te verenigen zijn. Zijn ideeën over bewustzijn en vrije wil, uiteengezet in internationale bestsellers zoals *Consciousness Explained* en *Darwin's Dangerous Idea*, hebben het veld van de cognitiewetenschap zodanig beïnvloed dat een discussie erover niet compleet is zonder hem aan het woord te laten. Als voorbereiding voor Dennetts bezoek aan Nederland in maart 2016, waar hij zal spreken op een symposium over vrije wil en bewustzijn¹, interview ik Dennett via Skype met Roy de Kleijn

van Universiteit Leiden. De Kleijn doet promotieonderzoek en is docent en coördinator van de cursussen *Inleiding in de Psychologie* en *Consciousness*.

Laten we bij het begin beginnen. Onze hersenen zijn eigenlijk een grote rekenmachine, klopt dat?

‘Het is geen standaard computer, maar inderdaad, ons brein is een soort rekenmachine.’

Dus alle cognitie is eigenlijk een vorm van berekenen?

Aarzelend: ‘Ik zou daar wat kanttekeningen bij kunnen maken, maar grof gezegd is dat zo. Het is een vorm van informatieverwerking en uiteindelijk is dat berekenen.’

Het lijkt lastig om pure informatieverwerking te verenigen met het fenomeen van qualia, de subjectieve ervaring die we allemaal kennen. U heeft weleens gezegd dat de subjectieve ervaring van bewustzijn niet bestaat. Dat zullen veel lezers vreemd vinden...

‘Ik geloof wel dat subjectieve ervaring bestaat, maar ik denk dat het filosofische concept van qualia – de kwalitatieve eigenschappen van waarneming zoals kleur en geur – een grote vergissing is. Het is te vergelijken met het volgende: stel dat iemand denkt dat kleur bestaat en dat dat dus betekent dat atomen een kleur hebben. En aangezien atomen niet zijn gekleurd volgens natuurkundige theorieën, zou er daarom een revolutie moeten plaatsvinden binnen de natuurkunde. Dat is natuurlijk onzin.’

Wordt er dan een categoriefout gemaakt?

‘Zoiets. De ervaring bestaat. Kleur bestaat. Subjectieve kleur bestaat. Het idee van qualia is een theoretisch concept, het is een technische term die nooit goed is gedefinieerd. Daarom kunnen we die maar beter niet gebruiken.’

Dus omdat we dat idee niet goed hebben gedefinieerd, kunnen we het maar beter niet gebruiken als een wetenschappelijk concept?

‘Het is erger dan dat. Mensen gebruiken het concept van qualia en denken dat ze elkaar begrijpen omdat er geen duidelijke definitie van is. Maar ze praten langs elkaar heen, zonder zich dat te realiseren. Daar zijn mooie demonstraties van.

¹ Voor meer informatie zie www.bestaatdevrijewil.nl.

Als we onder druk een contract tekenen, is het geen vrije wil. Beloven we iets, dan is dat wel onze vrije wil

Geldt hetzelfde voor bewustzijn, dat mensen het verschillend gebruiken?

'Absoluut. Het begrip bewustzijn is een zootje. Het is niet zoiets als een elektron of DNA, het is een vaag begrip en verwijst nergens naar. Bewustzijn is meer te vergelijken met een begrip als de ether.' (*Een hypothetisch medium waarvan tot de twintigste eeuw werd gedacht dat het verantwoordelijk zou zijn voor de voortplanting van elektromagnetische straling, red.*)

Er zijn filosofen die zeggen dat u door uw manier van redeneren, de subjectieve ervaring zo buiten de wetenschap plaatst...

'Nee hoor, helemaal niet. Ik wil de subjectieve ervaring graag binnen het wetenschappelijke domein houden. Ik stel alleen een wetenschappelijke theorie en een structuur voor die elke wetenschappelijke theorie zou moeten hebben. Ik gebruik alleen de term qualia niet, omdat die zoveel connotaties heeft waarvan ik denk dat ze niet kloppen.'

Toch verwijten sommigen u dat u 'het grote probleem' van bewustzijn – in de literatuur wel bekend als *the hard problem* – probeert te omzeilen.

'Die mensen die dat doen, hebben gelijk. Want er is geen 'groot probleem'. *The hard problem* is een artefact van slordig denken. Nou ja, slordig... Ik vrees dat de mensen die het hebben over hét grote probleem eigenlijk voor de gek zijn gehouden door het lidwoord 'the'. Door het 'the hard problem' te noemen insinueer je dat, als je alle 'easy' problemen hebt opgelost, je nog niet *alles* hebt opgelost. Maar er is geen groter achterliggend probleem. Stel je voor dat iemand dat tegen biologen zegt: je hebt alle kwesties rond reproductie opgelost, we weten nu alles over het zelfherstellend vermogen en metabolisme, maar je hebt het grote probleem niet opgelost: wat is leven? Dan kun je zeggen: wat bedoel je? Dat probleem heb ik *wel* opgelost, door alle kleine problemen op te lossen. Biologen zullen zeggen: "Er is geen groot probleem." En zo sta ik tegenover qualia.'

Veel neurowetenschappers zijn het ermee eens. Menig neurowetenschappelijk onderzoek is gericht op de grenzen tussen bewustzijn en onbewuste perceptie en informatieverwerking. Denkt u dat dit een goede manier is om dit probleem aan te pakken?

Als dit volledig is uitgezocht, is er dan geen *explanatory gap* meer tussen wat we weten en wat we willen weten?

'De *explanatory gap*, zoals beschreven door Joseph Levine (1983), is een artefact van verkeerde verbeelding. Er zijn een heleboel dingen die we nog niet weten. Maar het idee dat er één *explanatory gap* zou zijn, heeft met de manier van redeneren te maken, niet met een ontdekking.'

Zijn neurowetenschappers op de goede weg om het mysterie van het bewustzijn op te lossen?

'Sommigen wel, anderen niet. Onderscheid maken tussen bewuste en onbewuste gebeurtenissen, wordt soms erg goed gedaan. De voorgestelde categorisatie is soms goed toepasbaar op wat we observeren. Zelf vind ik de Franse cognitieve neurowetenschapper Stanislas Dehaene daar een goed voorbeeld van. Zijn categorisatie van vaak verwarrende concepten als aandacht, pre-bewustzijn en metacognitie zijn duidelijk een stap in de goede richting. Anderen, zoals Victor Lamme, hebben in mijn optiek een verwarrend idee over wat bewustzijn is. Lamme heeft beslist interessante ideeën over wat er gebeurt, maar zijn ideeën hebben volgens mij niets te maken met wat hij bedoelt met fenomenaal bewustzijn, het bewustzijn dat bestaat uit de subjectieve kwaliteiten van de ervaring, onafhankelijk van de subjectieve toegang tot die ervaring.'

Behalve Lamme stelt ook Dick Swaab dat de vrije wil niet bestaat. U bent determinist – compatibilist – maar u verwerpt het idee van de vrije wil niet?

‘Het is eigenlijk heel simpel: vrije wil is een idee waarmee we zijn opgegroeid. En we passen het toe in ons leven. Als we onder druk een contract tekenen, is het geen vrije wil. Beloven we iets, dan is dat wel onze vrije wil. Vergelijkbaar zien we kleuren en we denken dat er rode en blauwe en groene dingen zijn. Of neem euro’s. Sommige zijn van papier, of van metaal, andere euro’s zijn louter abstracties op een bankrekening. Vrije wil, kleuren en euro’s zijn vergelijkbaar: ze maken onderdeel van uit van ons dagelijks leven, maar ze hebben geen duidelijke, heldere identiteit. Euro’s zijn er in verschillende vormen. Het feit dat we briefjes en munten hebben, dragen bij aan het idee dat het echt ‘dingen’ zijn. Maar dat zijn ze niet, anders zou de wereld vol liggen met papier en munten. Of neem een belofte, waar zijn die van gemaakt? Het is een overeenkomst tussen twee zelfstandig denkende mensen met een vrije wil om een belofte te doen. Dat localiseer je niet in het brein.

Stel je voor dat een wetenschapper roept: “Ha! Ik ken de literatuur, ik heb nog eens goed gekeken en de euro bestaat helemaal niet! Die is een illusie! En kleuren zijn ook illusies, net zoals beloftes!” Dat is onzinnig. Want wat bedoel je precies als je zegt dat vrije wil een illusie is? Kunnen mensen geen beloftes doen?

Lamme en Swaab hebben een te simpele voorstelling van wat vrije wil is. Ze hebben het over de afwezigheid van oorzaak en gevolg van een beslissing. Ze zeggen dan dat onze acties en beslissingen niet het gevolg zijn van onze intenties, maar al ver van tevoren te voorspellen zijn. Maar zou je dingen goed kunnen beslissen terwijl al je zintuigen worden geblokkeerd, zodat je niet weet wat er om je heen gebeurt? Ik kan het me niet voorstellen. Je wilt geïnformeerd kunnen beslissen. Dan zouden je beslissingen dus veroorzaakt worden door de informatie die je krijgt, maar is dat erg? Je wilt toch worden geïnformeerd door de wereld, zodat de keuzes die je maakt, het beste aansluiten bij je doelen en projecten? Als dat geen vrije wil is...

En als dat alles is wat Lamme en Swaab zeggen: er is geen onveroorzaakte oorzaak, dan hebben ze gelijk. Maar dat heeft niets te maken met of we vrije wil hebben of niet.’

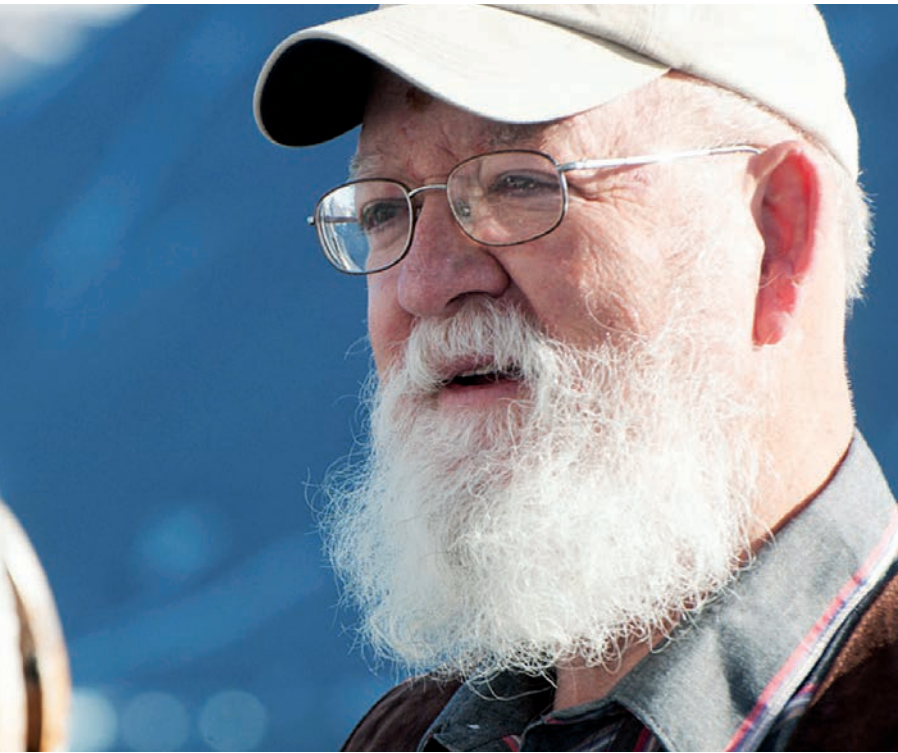
Dus we praten over twee verschillende vormen van vrije wil. Vrije wil waarnaar neurowetenschappers verwijzen, zoals Libet in zijn experimenten (1983, 1985), is er een van?

‘Libets experimenten en de meer recente van Soon en Haynes (2008) laten ons zien dat sommige van onze zelf-geïnitieerde acties enkele seconden van tevoren te voorspellen zijn. Dat is natuurlijk interessant, maar betekent in elk geval niet dat we geen vrije wil hebben. Ze laten zien dat we goede redenen hebben om te willen dat onze denkprocessen en ons redeneren en de oorzaken daarvan privé zijn. Anders zou er misbruik van ons kunnen worden gemaakt. En deze experimenten illustreren dat het soms mogelijk is om onze keuzes te voorspellen. Maar dat gebeurt nog niet echt en niet in real time, het kost een computer nog veel tijd om data te analyseren en een voorspelling te maken. Hoe dan ook, voorspelbaarheid betekent niet dat vrije wil niet bestaat. Kijk, als ik een briefje van tien euro op straat neerleg, kan ik natuurlijk wel voorspellen dat mensen dat zullen oprapen. Dat kan ik zelfs voordat ik ook maar iemand zie. Betekent dat dan dat mensen geen vrije wil hebben? Natuurlijk niet. Dat ik kan voorspellen wat mensen doen, betekent niet dat ze geen vrije wil hebben.’

Dat we kunnen redeneren, vindt u erg belangrijk voor het hebben van een vrije wil. Waarom is juist dát zo belangrijk? Als iedereen perfect rationeel zou redeneren, zouden we toch ook altijd op hetzelfde uitkomen? Hebben we dan nog wel een vrije wil?

‘Redeneren heeft een normatieve kant. Met redeneren bedoelen we ‘goed redeneren’. Slecht redeneren is geen redeneren. Goed redeneren betekent: rationeel zijn. We willen goede denkers zijn, we willen logisch zijn, we willen de juiste beslissing nemen, op het juiste moment, om de goede redenen. We willen goed reageren om de goede redenen. We willen worden gezien als rationeel, zeker als we aan een discussie meedoen. We willen verantwoordelijk gehouden worden voor wat





‘Het begrip
bewustzijn is
een zootje, het
is vaag, verwijst
nergens naar’

we doen en vinden, en we willen dat kunnen beredeneren. En dat willen we omdat we de dingen willen doen die verantwoordelijke mensen kunnen doen, zoals langetermijnplannen maken, contracten tekenen, leningen aangaan, en beloftes doen waar mensen op vertrouwen. Want daarmee worden we gezien als verantwoordelijke individuen. We willen dat anderen ons de vrijheid geven om te doen wat we willen. We willen laten zien dat we ermee kunnen omgaan, we willen politieke vrijheid. Kleine kinderen kunnen dat niet, psychiatrische patiënten evenmin.’

We hebben vrije wil en ons vermogen om te redeneren nodig om te functioneren in de maatschappij?

‘Inderdaad! We willen competente actoren zijn in de verschillende marktplaatsen van het leven. De echte markten, maar ook de markt van ideeën. Dát is vrije wil: autonoom beslissingen nemen om goede redenen.’

Geertje Kindermans is schrijvend redacteur van De Psycholoog. E-mail: Geertje.kindermans@psynip.nl. Roy de Kleijn is als promovendus werkzaam op de afdeling Cognitieve Psychologie van Universiteit Leiden. E-mail: kleijnrde@fsw.leidenuniv.nl.

Literatuur

Levine, J. (1983). Materialism and qualia: the explanatory gap. *Pacific Philosophical Quarterly*, 64, 354-361.

Dehaene, S. (2014). *Consciousness and the Brain: Deciphering How the Brain Codes Our Thoughts*. Viking Press.

Libet, B., Gleason, C.A., Wright, E.W. & Pearl, D.K. (1983). Time of conscious intention to act in relation to onset of cerebral activity (readiness-potential): the unconscious initiation of a freely voluntary act. *Brain*, 106, 623-642.

Libet, B. (1985). Unconscious cerebral initiative and the role of conscious will in voluntary action. *Behavioral and Brain Sciences*, 8, 529-566.

Soon, C.S., Brass, M., Heinze, H.-J. & Haynes, J.-D. (2008). Unconscious determinants of free decisions in the human brain. *Nature Neuroscience*, 11, 543-545.

INSPIRATIE – TERUGPRATENDE APPARATEN

Wouter Schoonman: *Bedrijfspsycholoog bij Psy Tech en lector Assessment aan de Hogeschool Saxion in Enschede en Hogeschool Rotterdam, tevens nieuw redactieraadlid van De Psycholoog*

Ik studeerde psychologie in Groningen. Als je in die tijd voor statistiek iets wilde laten berekenen, moest je naar het rekencentrum ergens in een buitenwijk. Daar kon je met speciale typemachines ponskaarten maken. De stapel ponskaarten samen vormde de job, die job moest je ergens in een vak van de machine leggen en zo gaf je de computer een opdracht. In de gangen hingen monitoren waarop je kon zien of jouw job al aan de beurt was. Dat kon een half uur, een uur of langer duren. Was de job gedaan, dan haalde je de output op en kon het gebeuren dat je de uitdraai kreeg – een hele stapel papier – met één mededeling: Error in card 43. Vervolgens moest je card 43 overmaken en moest de nieuwe job weer in de machine. En uiteindelijk kreeg je dan je berekeningen.

Het had iets doms vond ik ook toen al, die kaarten en dat gewacht. En vooral dat het totaal niet voorspelbaar was hoe lang het duurde.

APPLE II

Tijdens mijn opleiding liep ik stage bij de ns en daar ontmoette ik psycholoog Ton Akkerman, die als testresearcher bij adviesbureau LTP werkte. Hij bezat een Apple II. Dat was de voorganger van

de Macintosh, een apparaat met 48 Kb geheugen en een televisiescherm met veertig kolommen.

Een regel had 40 tekens, zoals deze zin.

Het kon bijna niets in vergelijking met de apparaten die we nu hebben, maar Akkerman had er visioenen bij: je kon zelf dingen uitrekenen, zodat je niet meer hoefde af te reizen naar een mainframe in een rekencentrum. Hij had zelfs een disk drive! Dat wilde ik ook! Ik had ook het gevoel dat de computer – een apparaat dat kan terugpraten! – wel eens een grote impact op ons leven zou kunnen hebben.

Iedereen verklaarde me voor gek, ze kostten een vermogen, maar na mijn afstuderen in 1981, kreeg ik een erfenis en kon ik een computer betalen. En zo kocht ik een Apple II.

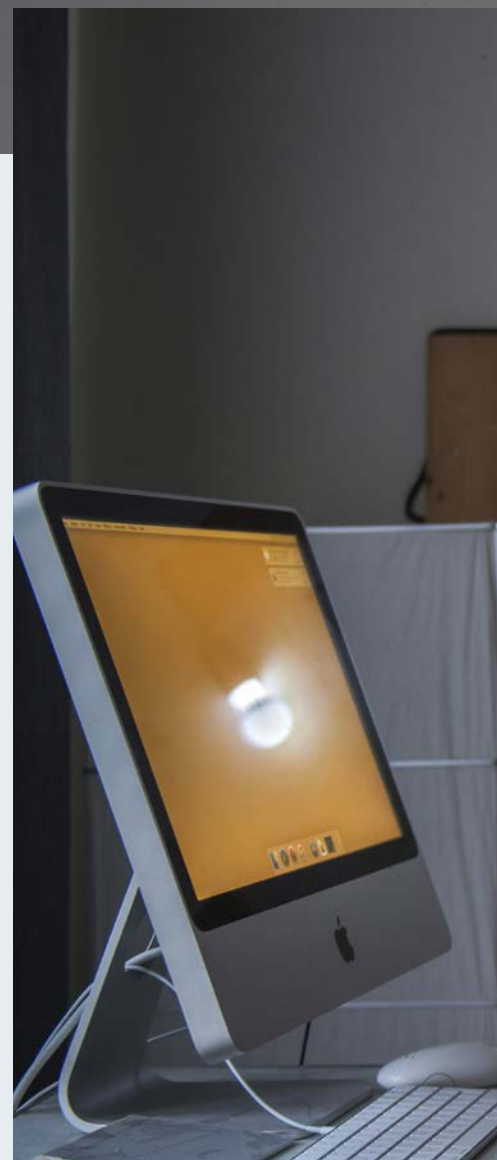
ADAPTIEF TESTEN

De affiniteit met computers en mijn studie psychologie heb ik in mijn werkzame leven altijd gecombineerd. Ik ben gepromoveerd op adaptief testen. De meeste tests zijn lineair, dan moet iedereen alle items maken. Bij een adaptieve test worden de items aangepast aan het niveau van degene die getest wordt.

Mijn kennis over adaptief testen heb ik gebruikt voor mijn werk bij de ns. Ik werkte daar op de psychologische afdeling, ongeveer de grootste van Nederland, waar jaarlijks zo'n tienduizend sollicitanten werden getest. Ik heb daar het testonderzoek geautomatiseerd.

Daarnaast was ik bezig met de oprichting van mijn bedrijf Psy Tech. Ook hier hield ik me bezig met psychologie ten behoeve van technologie en andersom. Via via kwam ik in contact met een directeur van een systeemhuis, een bedrijf waar je computers met bijbehorende software kon kopen. Dit huis leidde een paar keer per jaar een club leerling-programmeurs op. Binnen drie maanden werden ze klaargestoomd, maar vaak ging het fout. Ik legde hem uit dat ik daar met mijn bedrijfje iets aan kon doen. Hoewel hij niet veel voelde voor samenwerking met psychologen, theologen, agogen of andere -ogen, beviel mijn rechtstreekse aanpak hem wel.

Maar vooral wekte ik zijn vertrouwen omdat ik bezig was een eigen bedrijf op





‘Ik was dus niet alleen psycholoog, maar ook ondernemer!’

FOTO: HERMAN WOUTERS

te richten. Ik was dus niet alleen psycholoog, maar ook ondernemer! Toch had hij even geen behoefte aan mijn diensten, want hij had net twintig trainees aangenomen. Daarop zei ik: ‘Dan doen we een experiment.’ Ik bood aan de twintig leerling-programmeurs te testen en de testresultaten geheim te houden. Na een maand of drie zou ik me weer melden en dan konden we kijken hoe accuraat mijn voorspellingen waren geweest als je die vergeleek met de praktijk.

Hij ging akkoord. Ik testte de twintig trainees met de APT (Applicatie Programmeur Testbatterij) en maakte een ranking. Na drie maanden nam ik weer contact op en gaf ik een presentatie bij het systeemhuis. Ik liet hen mijn uitslag zien en we

vergeleken het met hun ervaringen. Ik had een schifting gemaakt van wie wel en wie niet geschikt was voor de functie en ik had een ranking van de vijf minst geschikte kandidaten en van de vijf besten.

De directeur was verbluft. Van de twintig kandidaten waren er drie tijdens de cursus afgevallen en drie hadden geen arbeidsovereenkomst gekregen. Van deze zes afvallers zaten er vijf in mijn groepje van slechtste kandidaten. De vijf beste kandidaten bleken in de praktijk ook echt goed te zijn. Alleen de topper van hen, was door mij als middelmatig getest. Niet alles is te voorspellen, begreep de directeur, maar dit was boven verwachting en zo haalde ik mijn eerste grote opdracht binnen. Ik legde hem overigens uit dat ik

mazzel had gehad, want als je zo’n instrument op zo’n klein groepje uittest, kan het heel goed zijn dat je ernaast zit. Zo’n test wordt pas betrouwbaar als je hem bij grote groepen afneemt.

Geluk of niet, hij was overtuigd en voortaan mocht ik al zijn kandidaten testen, ook kandidaten voor commerciële en leidinggevende functies. Daarmee had ik veel minder affiniteit, dat heb ik hem ook uitgelegd, zulke kandidaten kunnen zich beter voordoen dan ze zijn. Maar dat maakte hem niet uit, ik moest ze toch testen. Tja... dan laat je zo’n opdracht niet liggen natuurlijk. Alles bij elkaar was het een goede start van mijn bedrijf en loopbaan.’

FORUM

WAAROM EEN BESTUURDER MEER VERDIENT DAN EEN PSYCHOLOOG

Het e-magazine GGZtotaal heeft een traditie overgenomen van het inmiddels ter ziele zijnde *Psy*: het publiceren van een lijst met de best betaalde zorgbestuurders in de ggz, gebaseerd op gegevens van het ministerie van vws en uit jaarrekeningen van de betreffende zorginstellingen. Zeventig ggz-bestuurders verdienden in 2014 boven de twee ton, maar verdienen zij dat ook? Hoofdredacteur Willem Gotink bewerkte zijn bevindingen tot een forumbijdrage voor *De Psycholoog*. 'De geestelijke gezondheidszorg is niet complex, maar wordt complex gemaakt.'

De best betaalde bestuurder in de ggz is met afstand Jeroen Muller van

Arkin. Met pensioenpremies en andere onkosten kreeg hij in 2014 een slordige € 288.000,- mee naar huis. Daarmee was hij de absolute winnaar van een top twintig, afgelopen september gepubliceerd in de GGZtotaal, het eMagazine voor de héle ggz.¹

¹ Zie voor de hele top-twintig <http://bit.ly/1Z39tEj>. Jeroen Muller en Arkin hebben niet van de geboden gelegenheid gebruik gemaakt om te reageren op dit forumstuk.

Tweehonderd-en-achtentachtigduizend euro. Daar kan je zo'n vijf psychologen voor aan het werk zetten. Of acht psychiatrisch verpleegkundigen. Of twaalf secretaresses, ook handig met al die bureaucratie.² Was Muller de enige geweest die exorbitant veel betaald kreeg, dan hadden we er als GGZtotaal geen artikel aan gewijd. Misschien een nieuwsbericht, meer niet. Maar we vonden liefst zeventig bestuurders in de ggz die boven de twee ton uitkwamen. En nummer 71 zat echt niet opeens

² Ter vergelijking: een managementassistent verdient volgens de cao in de ggz maximaal € 2955, een psycholoog € 5935 en een psychiater € 8244. Bron: <http://bit.ly/1Z39tEj>

heel veel lager: bestuurders die meer kregen dan een ton zijn we niet eens gaan tellen, dat was onbegonnen werk. (Aangetekend moet worden dat, dankzij alle fusies in de recente decennia, veel ggz-instellingen onderdeel zijn van een grotere holding. Als voorbeeld GGZ Drenthe, dat tegenwoordig onderdeel is van Espria, een zorgverzekeraar. De in dit artikel besproken topinkomens worden dus niet allemaal volledig uit de ggz-pot betaald.)

Het schrijven van een artikel over de beter betaalden zet je aan het denken. Is het zinnig je hierover druk te maken? Is het terecht dat besturen blijkbaar meer gewaardeerd wordt dan therapie bedrijven of begeleiden? En wat denken die bestuurders zelf eigenlijk van hun mega-inkomen?

SYMBOOLPOLITIEK? Al een tijdje niet meer gehoord: de poging van minister Plasterk om de topsalarissen in de zorg omlaag te krijgen is louter symboolpolitiek en levert nauwelijks geld op. Een stelling waar wel wat op valt af te dingen.

Stel nu eens dat al die bestuurders vanaf 1 januari 2015 w l op het maximum van een ministersalaris waren gaan zitten, zoals Plasterk wilde. Stel dat minister Schippers de PvdA geen hak had willen zetten



en het voorstel niet had geblokkeerd. Stel dat al die bestuurders grootmoedig hadden afgezien van hun overgangsregeling van enkele jaren. Hoeveel zou dat de ggz bespaard hebben?

Het is niet exact na te rekenen, omdat we dus niet precies weten hoeveel bestuurders er n t onder die twee ton zitten,  n omdat sommige salarissen ook van buiten de ggz komen. Maar een beredeneerde schatting valt er wel te maken: ongeveer vier miljoen euro. Honderdtwintig verpleegkundigen, of tachtig psychologen, of veertig psychiaters. Of ruim tienduizend keer het eigen risico. En de bestuurders zouden dan nog steeds ruim anderhalve ton krijgen, helemaal niet slecht. Los van de echte bezuinigingen zou het een geweldige signaalfunctie betekenen, voor al die mensen die nu een eigen bijdrage moeten betalen, of al die mensen in de ggz die hun baan het afgelopen jaar kwijtraakten.

IS EEN BESTUURDER ZIJN GELD WAARD? We kunnen natuurlijk bezuinigen op de bestuurderssalarissen, maar als die bestuurders hun geld waard zijn, moeten we dat natuurlijk niet doen. Vorig jaar be- toogde Otto Reuchlin als columnist van Skipr³, een crossmediaal communicatieplatform voor beslissers in de zorg, dat zorgbestuurders van hem veel méér mochten verdienen dan twee ton. Want, zo stelde hij, grote zorginstellingen zijn zeer complex en een goede bestuurder is zijn geld meer dan waard. Had hij gelijk?

Om ons maar even te beperken tot de ggz: de ggz is inderdaad zeer complex. Maar geestelijke gezondheidszorg zelf is in zijn essentie heel eenvoudig: iemand meldt zich aan met een klacht, als je die kan verhelpen dan doe je dat. Als je dat niet kan, stuur je hem door naar

³ <http://bit.ly/1NkoGq8>

Overigens is Reuchlin zelf geen bestuurder, maar een sociaal bewogen ondernemer.

iemand van wie je redelijkerwijs kunt vermoeden dat hij dat wel kan. Daar hebben we allemaal een tamelijk adequate opleiding voor gehad en als het goed is kunnen we die taak naar behoren vervullen.

De geestelijke gezondheidszorg is niet complex, maar wordt complex gem  kt. Door het ingewikkelde kat-en-muisspel tussen de driehoek politiek, zorgverzekeraars en deze goedbetaalde bestuurders. Het kat-en-muisspel dat als bedoeling heeft de ggz in te dammen of groter te laten worden (afhankelijk van de positie) en ondertussen kwaliteit te laten leveren. Hetzelfde kat-en-muisspel overigens dat de kwaliteit ernstig onder druk zet.

Saillant detail: zoals gezegd heeft minister Schippers, die toch graag de zorgkosten in de hand wil houden, het voorstel van haar collega Plasterk voor 2015 geblokkeerd. De zorgverzekeraars, die óók de zorgkosten in de hand willen houden, hebben het voorstel weliswaar niet geblokkeerd, maar er wel voor gezorgd dat het wetsvoorstel niet geldt voor bestuurders van... zorgverzekeringen!

Zelf heb ik de afgelopen jaren in diverse sollicitaties salarisonderhandelingen moeten voeren. Eén van de telkens terugkerende argumenten was dat van het salarisgebouw. De werkgever in sp  zou wel meer willen geven, maar kon dat niet, omdat dat niet te verantwoorden was aan mensen met een hogere functie, die dan minder zouden verdienen dan ik.

Dat argument lijkt in de top van de zorg niet te bestaan. Blijkbaar wordt de functie van zorgbestuurder, in dit geval ggz-bestuurder,



Blijkbaar wordt de functie van zorgbestuurder, in dit geval ggz-bestuurder, hoger aangeslagen dan de functie van de baas van die ggz

hoger aangeslagen dan de functie van de baas van die ggz: minister Schippers verdiende in 2014 immers slechts € 176.000,-

Die vermeende topkwaliteit van deze bestuurders kon niet voorkomen dat er ernstige tekorten werden geconstateerd. Het verscherpte inspectietoezicht van GGZ Drenthe is nog maar onlangs opgeheven, GGZ Dijk en Duin (onderdeel van de Parnassia Groep) stond vorig jaar enige tijd onder de verscherpte aandacht van de inspectie, Altrecht kreeg een boete van de NZA van liefst € 700.000. Iemand die vindt dat hij meer verdient dan een minister, hoort dat te kunnen voorkomen.

WAT MAAKT DAT IEMAND ZELF DENKT ZOVEEL INKOMEN WAARDE TE ZIJN? Eigenlijk wil ik niet gaan psychologiseren over deze vraag. Psychologiseren kunnen de lezers vast beter dan ik. Psychiater Menno Oosterhoff twitterde: 'Mensen balen ervan als ze niet in deze top-

twintig staan.' Dat geloof ik niet. Ik heb teveel signalen gezien die er op wijzen dat bestuurders het helemaal niet leuk vinden dat die lijstjes überhaupt bestaan. Om wat van die signalen te noemen:

- In een nieuwjaarstoespraak hoorde ik bestuursvoorzitter Marco Meerdink, in 2014 met een aanstelling van 0,52% voor € 122.411 goed voor een 18^e plek in onze top-twintig, zijn ergernis uitspreken over de top-twintig (toen nog van Psy) die hij aan de kastdeuren in de verpleegposten had zien hangen. Meerdink stond destijds op de vierde plek.
- Meerdere bronnen bevestigen dat het onvolprezen blad Psy – het blad van de ggz zelf – de nek is omgedraaid, onder andere vanwege hun jaarlijkse terugkerende artikelen over de best-betaalde-bestuurders.
- Tijdens de voorbereiding van het artikel van GGZTotaal werd vorig jaar eenmaal gedreigd met een rechtszaak als de publicatie negatieve gevolgen voor de bestuurder zou hebben.
- Dit jaar hebben we tientallen(!) telefoongesprekken moeten voeren met afdelingen communicatie die hun uiterste best deden 'hun' directeur van de lijst af te krijgen. De meesten waren erg content met de mededeling: 'Er zijn nog twintig bestuurders voor u'.

Nee, leuk vinden ze het niet, zo'n lijstje. Maar voorlopig zal in ieder geval ons lijstje nog wel even blijven bestaan. Totdat alle bestuurders op een acceptabel salarisniveau zitten. Of tot een bestuurder ons ervan weet te overtuigen dat

het volkomen terecht is dat hij meer krijgt dan zijn baas, minister Schippers.

REAGEREN?

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

OVER DE AUTEUR

Willem Gotink is hoofdredacteur van GGZTotaal. Hij werkte sinds 1978 voor verschillende GGZ-instellingen, in verschillende functies. Momenteel is hij, naast het hoofdredacteurschap van GGZTotaal, werkzaam als POH-GGZ. E-mail: info@ggztotaal.nl.





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

Hoe doen niet-psychologen die dag in dag uit met mensen werken aan psychologie? In deze aflevering **DJ en producer Thomas Gaarhuis, alias Thommie G.**

IK BEN DJ, GEEN JUKEBOX

Als ik een avond draai, moet de muziek een soort verhaal worden. Ik wil mensen laten dansen, maar ik wil hen ook meenemen op een reis door de muziek. In het begin, als mensen nog binnendrupelen, bouw ik het rustig op. Tegen de tijd dat het drukker wordt, wordt de muziek opzweepender en later, als de mensen er echt zin in hebben, gaat de energie nog meer omhoog. Ik heb vooraf een *playlist* samengesteld, maar tijdens het draaien moet ik de dynamiek in de zaal voelen en daar pas ik mijn set ook op aan. Als je de hele zaal aan het dansen hebt, is de avond echt geslaagd, daar word je voor gevraagd.

Soms is het ook de bedoeling dat ik het rustiger houd, dan zorg ik meer voor de achtergrondmuziek. Dat is ook prima.

Ik draai vooral house en dan geen appelflappenhouse, maar de artistiekere, minder commerciële varianten. Als ik merk dat wat ik draai niet werkt, bijvoorbeeld wanneer het publiek zeer divers is, dan val ik terug op iets dat herkenbaar is, zoals een geremixte versie van Billy Jean van Michael Jackson.

ER GEBEURDE NIETS

De ergste avond waarop ik draaide, was een verjaardag van iemand. Het maakte niet uit wat ik deed, er werd niet gedanst, terwijl dat wel de bedoeling was. Ik weet niet waar het aan lag, zelfs bij het meest energieke nummer dat altijd wel iets te weegbrengt bij mensen, gebeurde er niets en bleven mensen praten.

Of nee, een andere avond was nog erger! Tijdens de voorbespreking had ik uitgelegd dat ik een bepaald genre draaide. Ik liet wat horen. Ze vonden het leuk. Maar op de avond zelf vroeg een

medeorganisator of ik ook popmuziek had. Nee dus. Ik zei dat we dat van tevoren ook hadden doorgesproken. Het feest begon en ik kreeg de hele tijd verzoekjes variërend van de Bee Gees, tot obscure jaren-zeventigbandjes en Mark Ronson, die nu in de top-veertig staat. Ik heb Spotify aangezet (*online muziek streaming dienst, red.*) en ben verzoeknummers gaan draaien. Mensen die me kenden en er ook waren, vroegen zich af wat er met me aan de hand was. Zoiets wil ik nooit meer. Van te voren steek ik er veel tijd in om een *playlist* samen te stellen, ik wil draaien waar ik achter sta, want dat is ook waar ik meerwaarde kan bieden.

VIA-VIA-AFSPRAKEN

De voorbespreking is heel belangrijk. Daarin moet ik een beeld krijgen van de mensen die er komen, waar ze van houden en wat de bedoeling van de avond is. Als mensen bijvoorbeeld een avond jazz willen horen, moeten ze mij niet inhuren. Vooral bij via-via-afspraken gaat de afstemming wel eens mis, dat moet ik misschien niet meer doen of ik moet het anders aanpakken.

Ik krijg meestal wel verzoekjes op een avond. Het is natuurlijk leuk dat mensen contact zoeken, maar verzoekjes, eigenlijk zit ik daar niet op te wachten. Nooit. Soms omdat een verzoeknummer mijn muziek niet is, soms ook omdat het op dat moment niet past. Als ik aan het pieken ben, en iemand vraagt een rustig nummer aan, dan zeg ik: sorry, nu niet. En soms leg ik uit: ik ben een dj, geen jukebox. Een keer heb ik een feest gehad waar het duidelijk werd gezegd: je mag verzoekjes indienen, maar daar doen we helemaal niets mee. Dat was een heerlijke avond.



FOTO: PATRICK HOOGENBERG

Een feestelijke sfeer is leuk, maar dronken mensen kunnen vervelend zijn. Ik moest ergens draaien en er was een meisje dat te veel had gedronken. Elke tien minuten stond ze aan de dj booth met weer een verzoekje. 'Sorry hoor, heb je ook dit?' vroeg ze steeds. Ze nam mijn tijd in beslag en mijn aandacht. Ik kon er niets mee. Het stoorde alleen maar, want ik ben ondertussen aan het werk, ik ben aan het mixen. Daar moet je een beetje handig omheen manoeuvreren.

HET ULTIEME

Het ultieme wat ik kan bereiken? Dat is toch zelf muziek maken, dan maak je iets wat er nog niet was en wat helemaal van jezelf is. Ik ben er een tijdje geleden mee begonnen. Ik had de software al, een vriend heeft me de basics uitgelegd en

we hebben samen een nummer gemaakt. Daarna ben ik zelf begonnen. Dan maak je iets en daar schaaft je net zo lang aan tot je denkt dat het goed is.

Hoe je weet dat iets af is? Dat is een gevoel. Je luistert en luistert. En soms helpt het om een week juist niet te luisteren. Daarna luister je er weer fris naar en hoor je of je iets moet toevoegen of juist moet weghalen.

Bij mijn eerste nummer zocht ik naar een vocaal. Op internet vond ik een mooi stuk zang van een Braziliaanse artiest. Ik heb contact met hem gezocht, en vroeg of ik het mocht gebruiken. Hij vond het een eer. Dus kreeg ik de vocalen toegestuurd en kon ze vrij gebruiken.

Ik ben er vaak mee bezig, soms komt er onder het fietsen een melodie in me op. Die neurie ik dan in de dictafoon van

mijn mobiel. Ik heb een hele serie melodielijnen waar ik nog eens iets mee wil doen. En als ik dan mijn eigen stukken tussen de andere muziek op een avond draai, dan is het rond.'

Voor een impressie, bezoek
www.soundcloud.com/thomas-gaarthuis

*Verzoeknummers...
 eigenlijk zit ik daar
 niet op te wachten.
 Nooit!*

Depressie is een recidiverende aandoening met hoge kans op terugval. Internationale richtlijnen adviseren om patiënten die zijn hersteld van recidiverende depressie levenslang te monitoren op terugval. Kan dat wel? En zo ja, hoe moet dat dan? Momenteel wordt onderzoek gedaan naar het gebruik van een simpele Visueel Analooq Schaal waarop patiënten hun stemming kunnen aangeven. Kan deze schaal uitkomst bieden als monitoring instrument, vragen Gerard van Rijsbergen en Claudi Bockting zich af.

KAN HET MET GEVOEL?

MONITOREN OP DEPRESSIEVE TERUG- VAL NA HERSTEL VAN EEN RECIDIVERENDE DEPRESSIE

De unipolaire depressieve stoornis (verder in dit artikel 'depressie' genoemd) is één van de meest voorkomende psychiatrische aandoeningen in Nederland. Geschat wordt dat één op de zes mensen in Nederland ooit in zijn of haar leven een depressie krijgt (De Graaf et al., 2012). Depressie brengt een enorme ziektelast met zich mee, die op de eerste plaats bestaat uit lijdensdruk voor de patiënt en zijn of haar omgeving, maar daarnaast ook uit bijvoorbeeld kosten voor de gezondheidszorg en uit verlies van arbeid.

Deze hoge mate van ziektelast wordt deels bepaald door het recidiverende karakter van de aandoening. In tegenstelling tot wat mensen soms denken, is depressie vaak geen eenmalige aandoening die, na behandeling, voorgoed verbannen is uit het leven van de getroffen persoon. De kans op een terugval in depressie neemt toe met het aantal episodes dat een patiënt heeft doorgemaakt, en elke episode blijkt de kans op een volgende depressieve episode met 16% te doen toenemen (Solomon et al., 2000).

Schattingen rondom het percentage terugval na herstel van een episode lopen uiteen. Longitudinale studies laten zien dat over een periode van tien tot vijftien jaar tussen de 67% en 85% van de patiënten weer terugvalt in een depressie (Mueller et al., 1999; Solomon et al., 2000). Eveneens laten deze studies zien dat wanneer herstelde patiënten maar lang genoeg worden gevolgd, uiteindelijk bijna iedereen wederom een depressieve episode zal ondergaan.

Het proefschrift van de eerste auteur (Van Rijsbergen, 2014) is onderdeel van de hoofdstudie *'Doorbreek het ritme van depressie'*, waaraan patiënten die hersteld zijn van een recidiverende depressie deelnemen en die na herstel nog een antidepressivum gebruiken. Binnen dit proefschrift is onder andere geprobeerd de volgende vragen te beantwoorden: Wat zijn factoren die maken dat de kans op depressieve terugval toeneemt? Laten depressieve episodes littekens achter, zoals emotionele littekens? Zijn deze factoren ook te gebruiken om te kijken of er bij een patiënt (op korte termijn) weer een depressieve terugval op de loer ligt? Hoe zijn patiënten die hersteld zijn simpel te monitoren op

depressieve terugval? Kan dat mogelijk met behulp van een stemmingsmeter?

In onderhavig artikel wordt nader ingegaan op deze vragen.

VOORSPELLERS VAN TERUGVAL

In de literatuur is een groot aantal factoren bekend die de kans vergroten dat een patiënt wederom een depressieve episode krijgt na herstel. Enerzijds zijn er statische factoren, die op zichzelf niet meer te veranderen zijn. Denk aan het aantal voorgaande depressieve episodes (zoals eerder gesteld: hoe meer episodes, hoe groter de kans op terugval), een vroeg ontstaan van de eerste depressieve episode en het hebben doorgemaakt van trauma in de kindertijd (Bockting et al., 2015; Burcusa & Iacono, 2007).

Er zijn echter ook factoren bekend die de kans op terugval vergroten en die (in bepaalde mate) te beïnvloeden zijn met psychologische interventies. Te denken valt aan het nog

hebben van restklachten na herstel, bijvoorbeeld nog steeds niet goed kunnen doorslapen of nog moeite hebben met concentreren (Bockting et al., 2006; Judd et al., 1999), maar ook het hebben van een comorbide persoonlijkheidsstoornis. Volgens de DSM-5 wordt onder een persoonlijkheidsstoornis een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen verstaan dat duidelijk afwijkt van wat binnen de cultuur van de persoon verwacht wordt. Comorbide geeft aan dat de persoonlijkheidsstoornis aanwezig is naast (in dit geval) de recidiverende depressie. Het hebben van een comorbide persoonlijkheidsstoornis blijkt te zijn gerelateerd aan een slechter beloop van depressie, met een hogere kans op terugval en daarnaast ook een kortere duur van het herstel.

In onze studie toonden we aan dat ongeveer één op de twee patiënten na herstel van depressie voldoet aan de criteria voor een persoonlijkheidsstoornis (Van Rijsbergen, Kok et al., 2015). Echter, deze resultaten moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd aangezien de aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen in huidig onderzoek niet is vastgesteld met behulp van een gestructureerd klinisch interview. Er is gebruik gemaakt van een screeningsvragenlijst voor persoonlijkheidsstoornissen, de *Personality Diagnostic Questionnaire - 4** (Hyler, 1994). Deze vragenlijst bestaat uit 99 items die met juist of onjuist kunnen worden

Depressie kan een 'emotioneel litteken' achterlaten

DE DSM-5-CRITERIA (APA, 2014) VOOR EEN DEPRESSIEVE STOORNIS:

A. Vijf (of meer) van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest en wijken af van het eerdere functioneren; minstens één van de symptomen is ofwel (1) een sombere stemming, ofwel (2) verlies van interesse of plezier.

Nb. Hierbij geen symptomen meetellen die duidelijk zijn toe te schrijven aan een somatische aandoening.

- Sombere stemming, gedurende het grootste deel van de dag en bijna elke dag, zoals blijkt uit ofwel subjectieve mededelingen (bijvoorbeeld: zich verdrietig, leeg of hopeloos voelen), ofwel observatie door anderen (bijvoorbeeld: heeft tranen in de ogen).
- Duidelijk verminderd(e) interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten, gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag (zoals blijkt uit een subjectieve beschrijving of observatie door anderen).
- Significant gewichtsverlies zonder dat dieet wordt gehouden, of een gewichtstoename (bijvoorbeeld meer dan 5% van het lichaamsgewicht binnen één maand), of bijna elke dag een afgenomen of toegenomen eetlust.
- Insomnia of hypersomnia, bijna elke dag.
- Psychomotorische agitatie of vertraging, bijna elke dag (waarneembaar door anderen, en niet alleen subjectieve gevoelens van rusteloosheid of geremd worden).
- Vermoeidheid of verlies van energie, bijna elke dag.
- Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (die het karakter van een waan kunnen hebben), bijna elke dag (niet alleen zelfverwijt of schuldgevoel over het ziek zijn).
- Verminderd vermogen tot nadenken of concentreren, of besluiteloosheid, bijna elke dag (ofwel subjectief beschreven ofwel geobserveerd door anderen).
- Recidiverende gedachten aan de dood (niet alleen de

beantwoord en die vragen naar hoe iemand zich over het algemeen voelt en denkt of hoe iemand over het algemeen handelt. Een voorbeelditem is: 'Over het algemeen ben ik bang de steun van anderen te verliezen als ik het met ze oneens ben.'

Van deze vragenlijst is bekend dat afname tot over-rapportage van persoonlijkheidsstoornissen kan leiden. Uit eerder onderzoek blijkt namelijk dat deze lijst te snel aangeeft dat er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis terwijl dit niet het geval is wanneer bij dezelfde patiënt een gestructureerd klinisch interview wordt afgenomen (Hyler et al., 1990). Binnen het huidige onderzoek is daarom wel het aantal vragen verhoogd dat nodig is om te kunnen zeggen dat er aanwijzingen zijn voor de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis, waardoor de kans op over-rapportage door de *Personality Diagnostic Questionnaire - 4** kleiner blijkt te worden.

Een andere bekende dynamische risicofactor vanuit de literatuur is bijvoorbeeld het hebben van rigide en disfunctionele schema's/assumpties/attitudes, zoals verondersteld wordt in het cognitieve model van Beck (1967). Binnen dit model is het idee dat iedereen bepaalde kernopvattingen heeft, die vroeg in het leven ontstaan op basis van bepaalde levensgebeurtenissen. Zo kan bijvoorbeeld bij iemand de kernopvatting 'Ik moet alles perfect doen' ontstaan wanneer

deze persoon is opgegroeid in een gezin waarin hoge eisen werden gesteld en het beste niet goed genoeg was. Dergelijke kernopvattingen kunnen langere tijd op de achtergrond aanwezig zijn zonder dat de persoon er last van heeft. Wanneer deze persoon in de volwassenheid echter in een situatie terecht komt waarin gepresteerd moet worden, kan de kernopvatting 'Ik moet alles perfect doen' geactiveerd worden en tot depressieve gevoelens leiden wanneer niet aan de opvatting voldaan kan worden.

Ook van dagelijkse kleine stressoren op zich is bekend dat ze de kans op depressieve terugval verhogen. Patiënten die namelijk aangeven in hoge mate last te hebben van kleine dagelijkse gebeurtenissen, zoals sleutels kwijtraken of een lekke band hebben, blijken sneller terug te vallen in depressie (Bockting et al., 2006). Gedacht wordt dat deze kleine gebeurtenissen al kunnen zorgen voor een activatie van negatieve denkpatronen.

Een ander voorbeeld van een dynamische risicofactor voor terugval in depressie is ruminatie. Rumineren is het herhaaldelijk en disfunctioneel nadenken over de oorzaken, gevolgen en betekenis van depressieve symptomen of somberheid. Hiermee onderscheidt rumineren zich van piekeren, dat breder is en vaak meer over toekomstige gebeurtenissen gaat.

Een laatste bekende risicofactor is het nog hebben van een sombere stemming na herstel, dus wanneer niet langer aan de DSM-criteria van de diagnose depressie wordt voldaan (zie kader).

SOMBERE STEMMING EN TERUGVAL Het lijkt heel logisch dat (sombere) stemming een rol speelt in depressieve terugval bij een aandoening als depressie. Een sombere stemming hebben is, naast verlies van plezier of interesse, immers een van de twee kerncriteria van depressie (DSM-5). Toch is er nog maar weinig onderzoek gedaan naar hoe een sombere stemming uiteindelijk uitmondt in een depressieve stoornis.

In een uitgebreide dagboekstudie in de Verenigde Staten lieten onderzoekers mensen die geen depressie hadden gedurende een week dagelijks aan het einde van de dag een dagboekje invullen over hun stemming. Daarin moesten zij aangeven hoe hun stemming was geweest en wat voor negatieve emoties zij die dag hadden ervaren. De resultaten laten zien dat mensen die gemiddeld genomen een hogere mate van negatieve emoties ervoeren op dagen dat er geen specifieke stressvolle gebeurtenis plaatsvond, tien jaar later vaker een emotionele stoornis rapporteerden (Charles et al., 2013). Dit zegt evenwel nog niks over de onderliggende

vrees om dood te gaan), recidiverende suïcidegedachten zonder een specifiek plan, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen.

B. De symptomen veroorzaken klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.

C. De episode kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel of aan een somatische aandoening.

D. Het optreden van de depressieve episode kan niet verklaard worden door een schizoaffectieve stoornis, schizofrenie, een schizofreniforme stoornis, een waanstoornis of door een andere gespecificeerde of ongespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornis.

E. Er heeft zich nooit een manische of hypomanische episode voorgedaan.

processen die in de tussentijd plaatsvinden. Voorts is gebleken dat het nog ervaren van somberheid ondanks dat iemand hersteld is van een depressieve episode, voorspellend is voor terugkeer van de aandoening (Rucci et al., 2011; Romera et al., 2013).

Zou het mogelijk zijn herstelde patiënten op een simpele manier te monitoren op depressieve terugval aan de hand van hun stemming in plaats van het gebruik van een specifieke vragenlijst of een klinisch interview? Zeker bij recidiverende depressie, waar de kans op een nieuwe episode hoog is, bevelen internationale richtlijnen aan patiënten levenslang te monitoren op depressieve terugval (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2009). Maar hoe kan dat worden gedaan zonder patiënt en zorgsysteem te veel te belasten? Een interview afnemen lijkt ongeschikt om patiënten levenslang te monitoren. Dit vereist een getrainde behandelaar en kost veel tijd voor zowel patiënt als behandelaar. Patiënten met een recidiverende depressie zijn vaak een bepaalde tijd in zorg, krijgen een behandeling, die wordt beëindigd bij herstel (of partieel herstel). Hoewel vroege detectie op depressieve terugval vereist is, blijkt dit in de praktijk niet altijd eenvoudig te realiseren.

VISUEEL ANALOOG SCHAAL

Een simpele manier van het meten van de stemming van een patiënt is door middel van een Visueel Analoog Schaal (VAS). Een VAS bestaat doorgaans uit een 100 millimeter lange lijn met ankerpunten aan beide uiteinden, zoals 'vrolijk' en 'somer' (zie Figuur 1 voor de VAS-schaal die in ons onderzoek is gebruikt). De patiënt wordt vervolgens gevraagd aan te geven hoe zijn of haar stemming op dit moment is door een kruisje te zetten op een lijn tussen 0 en 100.

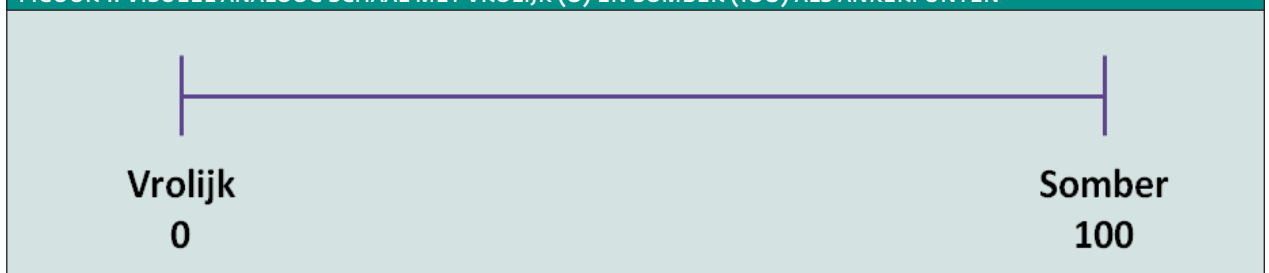
Er bestaan echter vele soorten VAS-schalen. Sommige zijn horizontaal gepositioneerd, andere verticaal. Sommige schalen maken gebruik van smileys, andere hebben streepjes. Ook de ankerpunten zijn erg verschillend (van helemaal

niet vrolijk tot zeer vrolijk, van neutraal tot zeer vrolijk, van vrolijk tot somber, van niet depressief tot depressief). Verschillende varianten van de VAS worden gebruikt om stemming, slaapproblemen, maar ook de mate van pijn in kaart te brengen. Tot nu toe is al aangetoond dat verschillende VAS-varianten die stemming meten sterk correleren met andere maten die depressieve klachten meten, zoals de *Beck Depression Inventory*, de *Hamilton Depression Rating Scale* en de *Profile of Mood States* (zie Ahearn, 1997).

Binnen de experimentele psychologie wordt een VAS bijvoorbeeld gebruikt om te beoordelen of een stemmingsmanipulatie effectief is geweest. Dit kan door zowel voor als na de stemmingsmanipulatie (als somberheid de beoogde stemming is: sombere muziek, verdrietig filmpje) de patiënt zijn of haar stemming aan te laten geven op de VAS. Ook de VAS weergegeven in Figuur 1 is reeds in vele onderzoeken gebruikt om het effect van een stemmingsmanipulatie in kaart te brengen.

VOORSPELLEND WAARDE VAS Een eerste stap voor ons was om te onderzoeken of een simpele VAS voorspellende waarde had voor de tijd tot depressieve terugval. Daarvoor is gebruik gemaakt van de data van de *Depression Evaluation Longitudinal Therapy Assessment (DELTA)*-studie (voor doelstellingen en meer informatie, zie Bockting et al., 2005). Om de voorspellende waarde van de VAS te onderzoeken zijn 172 patiënten uit deze studie, allen hersteld van een recidiverende depressie, geanalyseerd. Bij deze patiënten is in het kader van een stemmingsinductie een VAS afgenomen. Hen werd gevraagd voorafgaand aan de stemmingsinductie op papier de stemming van dat moment in te schalen door een kruisje te zetten op de VAS zoals weergegeven in Figuur 1. Dezelfde procedure is drie maanden later herhaald. Alle patiënten zijn uiteindelijk vijfenhalf jaar gevolgd met het *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)* om de tijd tot depressieve terugval in kaart te brengen. Binnen de SCID-I worden aan de

FIGUUR 1: VISUEEL ANALOOG SCHAAL MET VROLIJK (0) EN SOMBER (100) ALS ANKERPUNTEN



Geschat wordt dat één op de zes mensen in Nederland ooit in zijn of haar leven een depressie krijgt

hand van interviewvragen de DSM-IV-criteria van een specifieke stoornis zoals depressie gescoord. Een voorbeeldvraag is: 'Gedurende de afgelopen maand, is er een periode geweest waarin u zich het grootste gedeelte van de dag gedeprimeerd of down voelde, bijna elke dag?' Met deze vraag wordt geprobeerd het eerste DSM-IV-kerncriterium van depressie in kaart te brengen: 'depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag'.

Uit de resultaten blijkt dat patiënten die een relatief hogere score op de vas aangaven (dus meer richting somber) een kortere tijd tot depressieve terugval hadden (Van Rijsbergen et al., 2012). Het bleek zelfs zo te zijn dat elke centimeter dat een patiënt zichzelf hoger inschaalde de kans op depressieve terugval deed toenemen met een factor 1.15. Opvallend was dat de vas net zo veel variantie kon verklaren in de tijd tot depressieve terugval als een uitgebreid 17-item *Hamilton Depression Rating Scale*-interview en zelfs de tijd tot depressieve terugval voorspelde wanneer deze depressieschaal al opgenomen was in het analysemodel. Dit is opmerkelijk, aangezien de *Hamilton Depression Rating Scale* (Hamilton, 1960) een uitgebreide inventarisatie maakt van depressieve restklachten (zoals nog moeite hebben met slapen, concentreren). Doordat de vas drie maanden na de baseline-vas weer is afgenomen, ontstond de mogelijkheid te onderzoeken of we de voorspellende waarde van de vas konden repliceren binnen deze dataset. Op deze manier wordt de kans kleiner dat er sprake is van een toevalsbevinding. Ook drie maanden later bleken patiënten die zichzelf hoger inschaalden op de vas significant sneller terug te vallen in depressie.

ACCURAATHEID VAN DE VAS Hoe goed (accuraat) kan de vas eigenlijk een depressie vaststellen? We weten nu immers dat een relatief hogere score voorspellend is voor een kortere tijd tot depressieve terugval, maar vanaf welk punt moeten we ons echt zorgen gaan maken? Dit is van belang om vervolgens te kijken of een vas als instrument kan worden gebruikt om patiënten te monitoren.

Om na te gaan hoe accuraat de vas een depressie kan vaststellen, is gebruik gemaakt van de data van 'Doorbrek het ritme van depressie'. Op het moment dat de data werden geanalyseerd, was bij in totaal 130 herstelde patiënten een vas afgenomen. Ditmaal hebben we de vas telefonisch afgenomen, door patiënten te vragen naar een getal dat bij hun stemming hoorde: 'Hoe is uw stemming op een schaal van 0 (vrolijk) tot 100 (somer)?'. Dit getal werd genoteerd door de onderzoeker. In eerder onderzoek is al aangetoond

dat een mondelinge (telefonische) afname van een vas zeer hoog correleert met afname waarbij een patiënt zelf een kruisje zet. Vervolgens is in hetzelfde telefoongesprek de scid-I afgenomen. Zo kon worden beoordeeld of er op dat moment sprake was van een depressie. Dit resultaat (ja of nee) was de gouden standaard voor het vaststellen van depressie.

Allereerst hebben we gekeken naar waar het optimale cutoff-punt van de vas lag, door bij verschillende scores op de vas te kijken hoeveel patiënten ook daadwerkelijk een depressie hadden zoals vastgesteld met de scid-I (gouden standaard). Dus stel we zeggen: bij een score van 30 of hoger op de vas is iemand depressief. Hoeveel patiënten met een score van 30 op de vas hebben dan ook echt een depressie zoals vastgesteld met de scid-I? Uit de resultaten bleek dat het optimale cutoff-punt op de vas om te beoordelen of een patiënt wel of geen depressie had bij 55 lag (Van Rijsbergen et al., 2014). Als een score van 55 op de vas als grens werd genomen voor het hebben van een depressie, dan had 53% van de patiënten ook daadwerkelijk een depressie (positieve predictieve waarde van .53). Dit betekende echter ook dat bijna de helft (47%) van de patiënten onterecht als depressief werd bestempeld (vals-positieven; er wordt op de vas gezegd dat iemand een depressie heeft terwijl deze persoon volgens de scid-I geen depressie heeft). Tegelijkertijd werd met een score van 55 op de vas geen patiënt onterecht gemist (vals-negatieven; er wordt onterecht gezegd dat iemand geen depressie heeft terwijl deze persoon wel een depressie heeft). Verder bleek ook dat de vas ongeveer net zo accuraat was in het vaststellen van een recidiverende depressie als een 17-item *Hamilton Depression Rating Scale*-interview.

EMOTIONELE LITTEKENVORMING EN REPLICATIE Ten slotte hebben we onderzocht of patiënten met een relatief hoger aantal voorgaande depressieve episodes ook hoger scoorden op een vas en dus een hogere mate van somberheid aangeven. Dit bleek inderdaad het geval (Van Rijsbergen, Hollon

et al., 2015). Deze bevinding kan betekenen dat depressie een 'emotioneel litteken' achterlaat, in de zin van een hogere mate van somberheid. Een alternatieve verklaring is dat patiënten met een hoger aantal voorgaande episodes al vóór het ontstaan van de eerste depressieve episode een hogere mate van somberheid hadden, en daardoor juist kwetsbaar waren voor het ontwikkelen van een recidiverende depressie. Toekomstig onderzoek zal dit uit moeten wijzen.

In hetzelfde artikel hebben we eveneens de voorspellende waarde van de vas kunnen repliceren. Een hogere score op de vas bleek voorspellend voor de mate van depressieve symptomen drie maanden later zoals gemeten met de *Inventory of Depressive Symptomatology - Self Report* (Rush et al., 1996). De voorspellende waarde van vas voor depressieve symptomen drie maanden later nam af toen in de analyse werd gecontroleerd op de mate van baseline depressieve klachten (Van Rijsbergen, Hollon et al., 2015). Vervolgonderzoek moet uitwijzen of de vas inderdaad toekomstige depressieve klachten niet bovenop huidige depressieve klachten voorspelt.

BEPERKINGEN Van belang is deze resultaten in perspectief te zetten. Ten eerste hebben we niet onderzocht hoe accuraat de vas depressies prospectief kan voorspellen. We hebben namelijk onderzocht of een vas accuraat kan vaststellen of iemand op dat moment depressief is. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de vraag of de vas ook accuraat is in het detecteren van terugval in de toekomst. Ook hebben we de vas onderzocht in een sterk recidiverende populatie; wat in dit geval betekent dat de patiënten een mediaan aantal van vier eerdere depressieve episodes hebben doorstaan. Patiënten screenen in een setting met een relatief lage prevalentie van depressie (bijvoorbeeld: huisarts of generalistische basis ggz) is niet zinvol gebleken (Mitchell & Coyne, 2007). Wanneer een instrument dat in een specifieke setting is gevalideerd vervolgens gebruikt wordt om te screenen in een setting waarin een aandoening relatief weinig voorkomt, dan neemt de voorspellende waarde van het instrument ook af.

In de praktijk lijkt het met monitoren van belang geen patiënten te 'missen' die in werkelijkheid wel depressief zijn. Aan de andere kant is een hoog aantal vals-positieve scores ook niet gunstig, omdat dan het risico ontstaat dat mensen worden geïnformeerd over of zelfs behandeld voor depressie terwijl dit helemaal niet nodig is. Mogelijk kunnen hoog-risico patiënten met meerdere episodes wel gemonitord worden op depressieve terugval. Gezien het hoge aantal

Er bestaan effectieve psychologische interventies om de kans op terugval in depressie te verminderen

vals-positieven is aanvullend onderzoek met behulp van bijvoorbeeld een vragenlijst of een gestructureerd klinisch interview noodzakelijk bij een positieve screening op de vas.

TERUGVALPREVENTIE

Gelukkig bestaan er effectieve psychologische interventies om de kans op terugval in depressie te verminderen. Meta-analyses laten zien dat als bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie wordt aangeboden tijdens de acute fase van depressie (dus wanneer iemand op dat moment depressief is), er een beschermend effect voor depressieve terugval lijkt te ontstaan na herstel (Cuijpers et al., 2013; Vittengl et al., 2007). Patiënten die zijn behandeld met cognitieve gedragstherapie, blijken minder snel terug te vallen dan patiënten die enkel zijn behandeld met een antidepressivum (Biesheuvel-Leliefeld et al., 2014; Cuijpers et al., 2013; Vittengl et al., 2007). Echter uit de meta-analyse van Vittengl et al. (2007) bleek eveneens dat 54% van de patiënten die cognitieve gedragstherapie aangeboden kreeg tijdens de acute fase alsnog terugvalt binnen twee jaar.

De kans op terugval na herstel kan verder worden verminderd door tijdens de herstelfase van depressie een kortdurende psychologische interventie aan te bieden. Te denken valt aan mindfulness-based cognitieve therapie of preventieve cognitieve therapie. Bij mindfulness-based cognitieve therapie wordt patiënten met meditatieoefeningen en elementen uit cognitieve therapie geleerd om negatieve gedachtepatronen te herkennen en hier afstand van te bewaren (gedachten zijn geen feiten) ten tijde van mogelijke depressieve terugval (Segal, Willams & Teasdale, 2002). Een effectief bewezen alternatief is preventieve cognitieve therapie (zie kader). In het geval van preventieve cognitieve therapie bleek dat de kans op depressieve terugval zelfs na vijfenhalf jaar nog steeds minder was bij patiënten die preventieve cognitieve therapie toegevoegd hadden gekregen aan reguliere zorg (bijv. gebruik van antidepressiva, laag-frequente psychotherapie, huisartsbezoek, of helemaal geen zorg) ten opzichte van patiënten die alleen reguliere zorg kregen (Bockting et al., 2009). Zowel preven-

tieve cognitieve therapie als mindfulness-based cognitieve therapie lijken vooral effectief te zijn bij patiënten die hersteld zijn van meerdere depressieve episodes (Biesheuvel-Leliefeld et al., 2014; Vittengl et al., 2007).

PREVENTIEVE COGNITIEVE THERAPIE

Preventieve cognitieve therapie is gebaseerd op de acute fase cognitieve gedragstherapie van Aaron Tim Beck en beslaat acht sessies waarin aandacht is voor het identificeren van negatieve automatische gedachten en disfunctionele attitudes en vervolgens het veranderen van deze attitudes met verschillende cognitieve technieken. Ook is er aandacht voor het ophalen van positieve herinneringen en leidt de behandeling tot een persoonlijk terugvalpreventieplan. De geïnteresseerde lezer wordt verwezen naar Bockting (2009) voor meer informatie over de interventie.

Momenteel wordt binnen de landelijke *randomized controlled trial* 'Doorbreek het ritme van depressie' onderzocht of preventieve cognitieve therapie een aanvulling of alternatief kan zijn voor het gebruik van antidepressiva. Dit omdat er aanwijzingen zijn dat patiënten die hun antidepressivum afbouwen en daarnaast mindfulness-based cognitieve therapie krijgen beter af zijn dan patiënten die doorgaan met hun medicatie (Bockting et al., 2015; Kuyken et al., 2008). Ook is het momenteel nog onbekend hoe lang patiënten hun antidepressivum moeten voortzetten na herstel om optimaal beschermd te blijven tegen depressieve terugval.

Binnen 'Doorbreek het ritme van depressie' worden patiënten die hersteld zijn van een recidiverende depressie en die tijdens de herstelfase nog steeds een antidepressivum gebruiken gerandomiseerd over één van de volgende condities: 1) doorgaan met dit antidepressivum, 2) doorgaan met dit antidepressivum in combinatie met preventieve cognitieve therapie, of ten slotte 3) het begeleid afbouwen van het antidepressivum in combinatie met preventieve cognitieve therapie. Alle patiënten worden twee jaar gevolgd met gestructureerde klinische interviews (waarbij de interviewer 'blind' is voor de conditie), om uiteindelijk in kaart te brengen wie over twee jaar het beste uit is wat betreft de tijd tot depressieve terugval. De inclusie van deelnemers is inmiddels succesvol afgerond en momenteel worden alle deelnemers twee jaar gevolgd.

VERVOLGSTUDIES Op dit moment lopen er diverse vervolgstudies naar de vas als instrument om patiënten die zijn hersteld van een recidiverende depressie te monitoren op depressieve terugval. Recent zijn de kortetermijneffecten gepubliceerd van een internetvariant van preventieve cognitieve therapie (Kok et al., 2015). De resultaten zijn veelbelovend. Tegelijkertijd maakt monitoring van de kernsymptomen van depressie via sms of e-mail ook onderdeel uit van deze studie. Er zal nog worden bekeken of met deze monitoring ook het beloop van depressie voorspeld kan worden.

Binnen het onderzoek 'Doorbreek het ritme van depressie' zijn we tevens bezig met het herhaaldelijk afnemen van de vas door middel van een 'Imagine your Mood'-app op de mobiele telefoon. Zo kunnen we op termijn nagaan of herhaaldelijke afname van de vas een positieve invloed heeft op de voorspellende waarde ervan.

CONCLUSIE

Wat zijn factoren die maken dat de kans op depressieve terugval toeneemt? Laten depressieve episodes littekens achter, zoals emotionele littekens? Kunnen deze factoren ook gebruikt worden om te kijken of er (op korte termijn) weer een depressieve terugval op de loer ligt? Hoe zijn herstelde patiënten simpel te monitoren op depressieve terugval? Kan dat mogelijk met behulp van een stemmingsmeter?

Uit de resultaten van verschillende studies uit het proefschrift van Van Rijsbergen (2014) blijkt dat een sombere stemming na herstel een risicofactor is voor depressieve terugval. Een Visueel Analooq Schaal is een eenvoudig instrument om somberheid in kaart te brengen en patiënten die hoger scoorden op de vas bleken sneller terug te vallen in depressie. Met behulp van een vas bleek het binnen het onderzoek ook mogelijk vrij accuraat in te schatten of een patiënt op dat moment een recidiverende depressie had. Daarmee heeft de vas, mits onderzocht op stapsgewijze screening, potentieel om hoog-risicopatiënten te monitoren op depressieve terugval. Een vas is snel af te nemen, weinig ingrijpend, en kan zowel op papier, computer (internet, e-mail) als smartphone app worden ingezet. Het aantal vals-positieven (patiënten die in werkelijkheid geen depressie blijken te hebben) is echter aan de hoge kant; dat maakt het gebruik van een aanvullend instrument na een positieve screening met de vas essentieel. Gedacht kan worden aan een vragenlijst zoals de *Inventory of Depressive Symptomatology - Self Report*, of een klinisch interview (de 17-item *Hamilton Depression Rating Scale* of de *SCID-I*). Het gebruik van de vas als monitoring-instrument lijkt veelbelo-

Kan het zo zijn dat een sombere stemming hebben terwijl niet meer aan de diagnose depressie wordt voldaan, patiënten kwetsbaarder maakt voor de impact van dagelijkse stressoren?

Summary

G. D. VAN RIJSBERGEN & C. L. H. BOCKTING
MONITORING FOR RELAPSE AFTER REMISSION FROM RECURRENT DEPRESSION. WILL FEELINGS DO?

Depression is a highly recurrent disorder. International guidelines recommend systematic life-long monitoring of high risk patients. This raises the question how to monitor remitted patients in a feasible and acceptable way. Experiencing sad mood after remission has been related to relapse in depression. Therefore we examined whether a Visual Analogue Scale (VAS) that assessed sad mood was able to predict relapse within an RCT. Remitted patients with higher scores on the VAS relapsed faster over 5.5 years. Additionally, a VAS was able to accurately detect current depression (SCID-I as gold standard), although the number of false positives was high which requires follow-up of positive screens by an additional instrument (questionnaire or clinical interview). More studies need to be conducted before the VAS can be implemented as a monitoring tool in clinical practice.

vend, maar bevindt zich tegelijkertijd nog in de onderzoeksfase. Daarom wordt gebruik in de klinische praktijk niet zonder meer aanbevolen.

Ondertussen wordt onderzoek naar het gebruik van de vas in verschillende studies gecontinueerd. De bevinding dat herstelde patiënten met relatief meer voorgaande depressieve episoden hoger scoorden (meer somberheid aangaven) op een vas dan patiënten met relatief minder episoden wordt nader onderzocht. Een hogere mate van somberheid na relatief meer episoden kan een aanwijzing zijn dat een depressie een 'emotioneel litteken' achterlaat. Onze resultaten en die van eerdere studies die aantoonde dat negatieve stemming de tijd tot terugval voorspelde, zijn opvallend te noemen, aangezien deze studies niet fluctuaties in stemming maten maar stemming op slechts één moment.

Wat zegt dat eigenlijk? Verwacht kan worden dat stemming een fluctuerend proces is, waarbij iemand zich op het ene moment blij voelt en op het andere moment misschien wat somberder of leeg. Kan het zo zijn dat een sombere stemming hebben terwijl niet meer aan de diagnose depressie wordt voldaan, patiënten kwetsbaarder maakt voor de impact van dagelijkse stressoren? Of voor negatieve gedachten over somberheid? En/of is het andersom, en is somberheid na herstel mogelijk juist het resultaat van een proces richting depressieve terugval dat in gang is gezet door andere factoren, zoals specifieke emotie-regulatieproblemen of een hoge mate van stressgevoeligheid?

Dit zijn vragen waar toekomstige studies zich op kunnen richten.

OVER DE AUTEURS

Gerard D. van Rijsbergen is op 18 december 2014 gepromoveerd aan de Rijksuniversiteit Groningen op het proefschrift *Depression vulnerability: Is it really what you think? Momenteel is hij in opleiding tot gz-psycholoog bij GGZ-Drenthe. Claudie L. H. Bockting is hoogleraar Klinische Psychologie aan de Universiteit Utrecht en Rijksuniversiteit Groningen. Daarnaast is zij werkzaam als klinisch psycholoog/psychotherapeut bij het ambulatorium van de Universiteit Utrecht. Correspondentie aangaande dit artikel: Gerard van Rijsbergen, e-mail: g.d.van.rijsbergen@rug.nl*

'Doorbreek het ritme van depressie' wordt gefinancierd door ZonMw: ZonMw Doelmatigheid, Kosten en Effecten subsidienummer 171002401 (Prof. dr. C. L. H. Bockting) en ZonMw OOG Geestkracht subsidienummer 100002035 (Drs. H. J. Elgersma en Prof. dr. C. L. H. Bockting).

Literatuur

- Ahearn, E.P. (1997). The use of visual analog scales in mood disorders: A critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 31(5), 569-579.
- American Psychiatric Association (2014). *Beknopt overzicht van de criteria DSM-5*. Uitgeverij Boom: Amsterdam.
- Ayalon, L., Goldfracht, M. & Bech, P. (2010). 'Do you think you suffer from depression?' Reevaluating the use of a single item question for the screening of depression in older primary care patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(5), 497-502.
- Biesheuvel-Liefield, K.E., Kok, G.D., Bockting, C.L.H., Cuijpers, P., Hollon, S.D. et al. (2015). Effectiveness of psychological interventions in preventing recurrence of depressive disorder: meta-analysis and meta-regression. *Journal of Affective Disorders*, 174, 400-410.
- Beck, A.T. (1967). *Depression*. Harper and Row: New York.
- Bockting, C.L.H. (2009). *Preventieve cognitieve training bij terugkerende depressie*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bockting, C.L.H., Hollon, S.D., Jarrett, R.B., Kuyken, W. & Dobson, K. (2015, in press). A lifetime approach to major depressive disorder: The contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence. *Clinical Psychology Review*.
- Bockting, C.L.H., Schene, A.H., Spinhoven, P., Koeter, M.W.J., Wouters, L.F. et al. (2005). Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 647-657.
- Bockting, C.L.H., Spinhoven, P., Koeter, M.W.J., Wouters, L.F. & Schene, A.H. (2006). Prediction of recurrence in recurrent depression and the influence of consecutive episodes on vulnerability for depression: A 2-year prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 747-755.
- Bockting, C.L.H., Spinhoven, P., Wouters, L.F., Koeter, M.W.J. & Schene, A.H. (2009). Long-term effects of preventive cognitive therapy in recurrent depression: A 5.5-year follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 1621-1628.
- Cuijpers, P., Hollon, S.D., Van Straten, A., Bockting, C.L.H., Berking, M. & Andersson, G. (2013). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open*, 3, 1-8.
- Burcusa, S.L. & Iacono, W.G. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, 21(8), 959-985.
- Charles, S.T., Piazza, J.R., Mogle, J., Sliwinski, M.J. & Almeida, D.M. (2013). The wear and tear of daily stressors on mental health. *Psychological Science*, 24(5), 733-741.
- De Graaf, R., Ten Have, M., Van Gool, C. & Van Dorsselaer, S. (2012). Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS-2. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(1), 27-38.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hyler, S.E. (1994). *Personality questionnaire, PDQ-4+*. New York State Psychiatric Institute: New York.
- Hyler, S.E., Skodol, A.E., Kellman, H.D., Oldham, J.M. & Rosnick, L. (1990). Validity of the personality diagnostic Questionnaire - Revised: Comparison with two structured interviews. *The American Journal of Psychiatry*, 147(8), 1043-1048.
- Judd, L.L., Paulus, M.P., Zeller, P., Fava, G.A., Rafanelli, C. et al. (1999). The role of residual subthreshold depressive symptoms in early episode relapse in unipolar major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(8), 764-765.
- Kok, G., Burger, H., Riper, H., Cuijpers, P., Dekker, J. et al. (2015). The Three-Month Effect of Mobile Internet-Based Cognitive Therapy on the Course of Depressive Symptoms in Remitted Recurrently Depressed Patients: Results of a Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 84, 90-99.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R.S., Watkins, E., Holden, E. et al. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 966-978.
- Mitchell, A.J. & Coyne, J.C. (2007). Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *British Journal of General Practice*, 57(535), 144-51.
- Mueller, T.I., Leon, A.C., Keller, M.B., Solomon, D.A., Endicott, J. et al. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 156(7), 1000-1006.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *The treatment and management of depression in adults*. NICE clinical guideline 90. Retrieved July 1, 2013, from: <http://publications.nice.org.uk/depression-in-adults-cg90>.
- Romera, I., Pérez, V., Ciudad, A., Caballero, L., Roca, M. et al. (2013). Residual symptoms and functioning in depression, does the type of residual symptom matter? A post-hoc analysis. *BMC Psychiatry*, 13(51), 1-7.
- Rucci, P., Frank, E., Calugi, S., Miniati, M., Benvenuti, A. et al. (2011). Incidence and predictors of relapse during continuation treatment of major depression with SSRI, interpersonal psychotherapy, or their combination. *Depression and Anxiety*, 28(11), 955-962.
- Rush, A.J., Gullion, C.M., Basco, M.R., Jarrett, R.B. & Trivedi, M.H. (1996). The inventory of depressive symptomatology (IDS): Psychometric properties. *Psychological Medicine*, 26(3), 477-486.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression*. The Guildford Press: New York.
- Solomon, D.A., Keller, M.B., Leon, A.C., Mueller, T.I., Lavori, P.W. et al. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 157(2), 229-233.
- Van Rijsbergen, G.D. (2014). *Depression vulnerability: Is it really what you think? Understanding the impact of emotion and cognition on the course of depression*. Academisch proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen.
- Van Rijsbergen, G.D., Bockting, C.L.H., Berking, M., Koeter, M. & Schene, A.H. (2012). Can a One-Item Mood Scale Do the Trick? Predicting Relapse over 5.5-Years in Recurrent Depression. *PLoS ONE*, 7(10), 1-5.
- Van Rijsbergen, G.D., Bockting, C.L.H., Burger, H., Spinhoven, P., Koeter, M.W.J. et al. (2013). Mood reactivity rather than cognitive reactivity is predictive of depressive relapse: A randomized study with 5.5-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 508-517.
- Van Rijsbergen, G.D., Burger, H., Hollon, S.D., Elgersma, H.J., Kok, G.D. et al. (2014). How do you feel? Detection of recurrent Major Depressive Disorder using a single-item screening tool. *Psychiatry Research*, 220, 287-293.
- Van Rijsbergen, G.D., Hollon, S.D., Elgersma, H.J., Kok, G.D., Dekker, J. et al. (2015). Understanding emotion and emotional scarring in recurrent depression. *Comprehensive Psychiatry*, 59, 54-61.
- Van Rijsbergen, G.D., Kok, G.D., Elgersma, H.J., Hollon, S.D. & Bockting, C.L.H. (2015). Personality and cognitive vulnerability in remitted recurrently depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 173, 97-104.
- Vittengl, J.R., Clark, L.A., Dunn, T.W. & Jarrett, R.B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 475-488.

IN SPE FRANCIS VOORN

Van jongs af aan was ik geïnteresseerd in menselijk gedrag. Zo verwonderde het me dat ik spuitjes lustte, terwijl anderen ze vies vonden. Pas later begreep ik hoe het kwam. Aanvankelijk vond ik ze ook niet lekker, maar mijn moeder probeerde de eetervaring leuk te maken. Ik herinner me dat we de afwas stonden te doen. Mijn bord met spuitjes had ik niet opgegeten en die stond op het aanrecht. Mijn moeder zei: "Moet je je voorstellen dat het geen spuitjes zijn, maar een exotisch gerecht dat je voor de eerste keer proeft en dat superlekker is." Ze nam er een en deed of dit het lekkerste was wat ze ooit gegeten had. Dat kon ik alleen maar ervaren als ik het zelf ook proefde. Ik proefde, maar vond het niet lekker. Toen nam mijn moeder er weer een en riep: "Ooooooh, deze is nóg lekkerder!" Dus ik moest het nog een keer proberen, anders kon ik niet weten of ze gelijk had.

Later als we weer spuitjes aten, zei ze: "De vorige keer heb je ze ook gegeten. En vond je ze toen vies?" In mijn herinnering waren ze lekker. Of in ieder geval was het leuk geweest. Nu leer ik tijdens mijn studie dat associaties met eten voor een deel bepalen wat je lekker vindt.

Vanaf de vierde klas wist ik dat ik psychologie wilde studeren en heb ik me bij de Radboud Universiteit Nijmegen aangemeld. Op de universiteit was het aanvankelijk erg wennen, het was een hele ervaring om in een college te zitten met 350 studenten, dan ben je opeens heel klein. Je kunt opgaan in de massa. Niet dat ik er bang voor was, dat is een te groot woord, maar ik wist dat het een gevaar was en dat wilde ik voorkomen. Hoe vind je bijvoorbeeld in die massa de

mensen waarmee je echt een klik hebt?

Toch heb ik zulke mensen gevonden. Ik had het geluk dat ik al snel iemand ontmoette met wie ik aansluiting had. We hadden elkaar kort gesproken tijdens de introductieweek, maar daar bleef het bij. Totdat ik haar verbazingwekkend genoeg tegenkwam in een drukke trein tijdens mijn dagelijkse reis die tweeënhalf uur duurde. Na een kort gesprek kwamen we erachter dat we allebei nog niet op kamers zaten en de reis voor een groot deel samen konden afleggen. Dat hebben we een tijdje gedaan. Die drie weken samen reizen waren een goede basis voor onze vriendschap. Via haar kwam ik ook in contact met een groep andere meiden. We zijn nog steeds vriendinnen.

MEER UITDAGING

Ik merkte al snel dat de universiteit een omgeving is waarin je je goed kunt ontwikkelen. Je leert veel nieuwe mensen kennen met ongeveer dezelfde interesses als jij. We voerden leuke discussies.

Omdat ik meer uitdaging wilde, heb ik dat eerste jaar gelijk gesolliciteerd voor het honoursprogramma. Daar werd het nog leuker, doordat ik dingen kon leren die ik niet in de collegezaal te horen kreeg. Zo werd studeren echt een verrijking van mezelf.

In het begin volgden we een paar maanden lang de media om te weten hoe verschillende richtingen zoals economie, rechten en geschiedenis in de media komen. Elke week moesten we het nieuws volgen op een bepaald gebied. Dan gingen we inhoudelijk in op de zaak, maar we bespraken vooral de taal die in de media gebruikt werd. Over hoe de media over ons eigen vakgebied schreven, moesten



we tot slot een essay maken.

In het tweede deel van de cursus spraken we met wetenschappers over hun persoonlijke motivatie om wetenschapper te worden. Een scheikundige die gefascineerd was geraakt door het gegeven dat alles om ons heen was opgebouwd uit kleine deeltjes. Iemand die medicijnen ontwikkelde, vertelde dat hij dat deed om mensen te kunnen helpen. Die verschillen in motivatie waren leuk, maar ik werd vooral getroffen door de overeenkomsten. Stuk voor stuk hadden deze mensen een



FOTO: HERMAN WOUTERS

oprechte passie voor hun onderzoeksgebied en in mijn ogen was dat hun drijfveer. Vooral met het oog op mijn eigen toekomst was het heel inspirerend om met hen te praten. Dat gaf me veel inzicht in de keuzes die ik later ook al moeten maken.

De studie ging ondertussen goed. Hoewel mijn moeder wiskunde geeft, had ik moeite met statistiek. Ik had het onderschat, nam er te weinig tijd voor, dacht dat het vanzelf zou gaan. Het is echt iets wat je moet oefenen. Met mijn moeder had ik

vroeger de afspraak dat ik geld kreeg als ik voor wiskunde een acht of hoger haalde. Doordat dit nu niet gelukt was, zei ze dat ik haar eigenlijk geld moest betalen. Dat was nog nooit voorgekomen!

Het hertentamen kan ik pas aan het eind van dit jaar doen, ik loop daardoor helaas studievertraging op. Want als je je propedeuse niet haalt, mag je nog geen derdejaarsvakken volgen en kun je ook niet verder met de statistiekvakken. Ik ga die tijd benutten om er iets leuks van maken. Ik wil een half jaar naar het bui-

tenland, of anders wil ik stage lopen. Voor dat laatste is binnen de bachelor normaal gesproken geen ruimte.'

'Hoe kan het dat ik spruitjes lust?'

BIJEENKOMST

GRIP OP
ONVERKLAARDE
KLACHTEN

Over twee jaar hebben de zorgprogramma's voor somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (solk) dezelfde reikwijdte en impact als de programma's voor angst en depressie. Dat is althans het streven op het derde landelijke congres over solk, eind 2015 in Zwolle, waarop de verbinding tussen wetenschap, praktijk en ervaringsdeskundigheid centraal staat: 'De verhalen van mijn patiënten geven zicht op hun biopsychosociale werkelijkheid,' aldus een van de sprekers. 'Op basis daarvan kunnen hypothesen worden gegenereerd die relevant zijn voor hun behandeling.'

Op een haar na sleep ik een taartje in de wacht tijdens de kennisquiz waarmee psychiater Lineke Tak en neuroloog Birgit Bax het congres openen. Ik gok goed dat een hoge doses paracetamol de emotionele beleving vervlakt, en dat hypnotherapie op de middellange termijn effectief is bij het prikkelbare-darmsyndroom. Bij de allerlaatste vraag over het complex regionaal pijnsyndroom zit ik er helaas naast en moet ik gaan zitten. (Alle vragen en antwoorden zijn overigens te vinden op de website www.solk.nl, die Tak en Bax hebben opgericht om wetenschappelijke kennis over solk breed te verspreiden). De zes gelukkige winnaars krijgen wel een taartje, aangeboden door het nolc, het landelijke Netwerk Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten en initiatiefnemer van deze drukbezochte dag.

Dagvoorzitter Rob Oudkerk is prominent aanwezig. Hij wil het hardnekkige vooroordeel wegnemen dat mensen met onverklaarde klachten aanstellers zijn en daarom stoomt hij de sprekers klaar voor een (denkbeeldig) mediaoptreden bij Jeroen Pauw. Wanneer onze quizmasters tegensputteren dat de paracetamolstudie eerst nog moet worden herhaald bij een andere groep dan studenten, lacht Oudkerk: 'Kijk, en dát zeg je dus niet bij Pauw.'

ZELF DE REGIE NEMEN

Net als Oudkerk begon de eerste keynote spreker Machteld Huber haar loopbaan als huisarts. Maar nadat zij zelf met ziekte werd geconfronteerd, gooide zij op haar 35ste het roer om. 'Een somatische ziekte

heeft een binnenkant,' zegt Huber. 'Als patiënt ging ik mezelf de vraag stellen: waar heeft dit lijf behoefte aan? Wat doe ik goed, wat doe ik niet goed?' In de zorg draait alles om het wegnemen van ziekte, maar Huber had geleerd dat je daarnaast zelf dingen kunt doen om je gezondheid te bevorderen. Daarom definieerde ze positieve gezondheid als 'het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'. Voor deze algemene omschrijving van gezondheid vond Huber tijdens haar promotieonderzoek draagvlak onder uiteenlopende groepen, waaronder patiënten, verzekeraars en beleidsmakers. Maar over wat nu precies wel en niet onder gezondheid valt, liepen de meningen uiteen. Patiënten hanteerden, samen met verpleegkundigen, de meest brede, zesdimensionale definitie. Voor hen omvat gezondheid niet alleen lichamelijk en mentaal functioneren, maar ook spiritualiteit, kwaliteit van leven, maatschappelijke participatie en algemeen dagelijks functioneren. Deze brede gezondheidsopvatting neemt Huber, na een onderzoeksloopbaan van dertig jaar bij het Louis Bolk Instituut, nu als vertrekpunt voor een nieuw avontuur. Vanuit haar eigen Institute for Positive Health wil ze in Nederland gezondheidsbevordering in de zorg, het onderwijs en het bedrijfsleven op de kaart zetten. Het spinnenwebdiagram is daarbij een praktisch hulpmiddel dat in één oogopslag duidelijk maakt hoe hoog iemand scoort op de zes gezondheidsdimensies. 'Het is geen externe norm,' waarschuwt Huber, 'alleen als mensen zelf iets echt belangrijk vinden, zoals hun kleinkinderen zien opgroeien, zijn ze bereid hun gedrag te veranderen en bijvoorbeeld te stoppen met roken. Zingeving is de sterkste gezondheidsmakende factor.'

Ook het medisch genogram, het onderwerp van de eerste workshop die ik bezoek, kan mensen een stukje regie over het eigen leven teruggeven. Het is een familiestamboom die niet alleen inzicht geeft in terugkerende gedragspatronen, maar ook in somatische en psychiatrische ziektebeelden over generaties heen. Op Altrecht Psychosomatiek

Eikenboom gebruiken psychiater Martina Bühring en internist Myriam Lipovsky het medisch genogram standaard in de behandeling van mensen met zeer ernstige psychosomatische klachten. 'Vaak vinden onze patiënten dat ze persoonlijk hebben gefaald. Door het genogram gaan ze de herkomst van hun klachten begrijpen en de manier waarop ze ermee om hebben leren gaan,' legt Lipovsky uit. 'Het genogram heeft een verontschuldigend effect. Niet ik, maar onze hele familie gaat altijd maar door.'

Een somatische ziekte heeft een binnenkant

Dan moeten we als workshopdeelnemers in tweetallen zelf aan de slag. Ik voel de nodige weerstand, maar met een stuk papier waarop de vierkantjes mannen en de rondjes vrouwen zijn, blijkt het een stuk makkelijker om met een wildvreemde over gevoelige onderwerpen te praten.

COMMUNICATIESTOORNIS

De tweede keynote spreker, Boudewijn van Houdenhove, komt uit België. Hoewel hij daar naar eigen zeggen bekend staat als een oude professor die zich al zijn hele leven bezighoudt met een rare

ziekte, ontvangt hij vandaag voor zijn onderzoek de NOLK-jaarprijs 2015. 'CVS/ME: SOLK? SEID? SAM? Het is ingewikkelde materie,' zegt van Houdenhove, zich verontschuldiging voor zijn cryptische titel, 'want iedere patiënt met het Chronisch Vermoeidheid Syndroom (cvs) heeft zijn eigen unieke combinatie van factoren die van invloed is op het ontstaan en het beloop van de ziekte.' Van Houdenhove vindt het niet handig om cvs – veel patiënten prefereren de naam myalgische encefalomyelitis (ME) – te beschouwen als een onverklaarbare ziekte. In de eerste plaats stuit je als behandelaar op heel veel weerstand wanneer je het lichamelijke karakter van de ziekte ontkent en je je alleen richt op psychologische factoren, zoals periodieke overactiviteit. In de tweede plaats is er steeds meer wetenschappelijk bewijs dat er wel degelijk iets mis is met het immuunsysteem van cvs-patiënten. Daarom gaf de Amerikaanse National Academy of Sciences in februari 2015 de ziekte een andere naam: Systemic Exertion Intolerance Disease (SEID). Van Houdenhove is blij met de nieuwe ziektecriteria; zo doet een abnormaal snelle vermoeibaarheid beter recht aan de essentie van de ziekte dan chronische vermoeidheid. Tegelijkertijd vindt hij de biomedische benadering van zijn Amerikaanse collega's eenzijdig. Ook psychologische factoren zoals overbelasting en stressgevoeligheid zijn belangrijk, concludeerde Van Houdenhove na meer dan vijfduizend gesprekken met patiënten. 'Ze verhogen iemands kwetsbaarheid voor de ziekte, die vervolgens vaak in gang wordt gezet door een somatische trigger, bijvoorbeeld een operatie.' Er bestaat inmiddels consensus dat een communicatiestoornis tussen het stress-, het immuun- en het pijnsysteem ten grondslag ligt aan cvs; volgens het Stress Adaptatie Model (SAM) van Van Houdenhove begint deze communicatiestoornis met een ontregeld stresssysteem. Het is heel belangrijk dit goed aan patiënten uit te leggen, want een aanvaardbare ziekte-theorie maakt het voor patiënten makkelijker om hun ziekte te accepteren en hun levensdoel op lange termijn bij te stellen.

Niet zelden leiden trauma's tot onverklaarde klachten. Dat verband verklaart misschien de aanwezigheid op dit congres van de workshop over sensorimotor psychotherapie: een nieuwe therapievorm voor de behandeling van

Het online platform is gevuld met practice-based-evidence

(vroegkinderlijke) trauma's. De eerste lichting Nederlandse therapeuten is pas onlangs gecertificeerd en onze workshopbegeleiders Anneke Vinke en Puck van Groningen staan te trappelen tot het hun beurt is. Sensorimotor therapie is een zogeheten bottom up benadering; er wordt weinig gepraat en veel gedaan. 'De eerste stap is contact leggen met het huidige moment,' vertelt Vinke. 'Daarna verplaats je als therapeut de aandacht van het kind naar iets dat je opvalt, bijvoorbeeld afhangelende schouders, en vraag je aan het kind om heel precies te beschrijven hoe dat voelt.'

'Vervolgens verzijn je samen met het kind een nieuwe houding, vaak een uitbreek- of wegduwbeweging die laat zien: ik kan het wel,' vult van Groningen aan. Wanneer het kind zo'n beweging twee weken lang oefent, ontstaan in de hersenen nieuwe verbindingen waardoor de klachten verminderen.

GRIP OP SOLK

Lange wachttijden, een versnipperde financiering en willekeur in de behandeling; voor al deze knelpunten in de SOLK-zorg kan een innovatief e-health-internetsysteem uitkomst bieden. Enthousiast vertelt hoogleraar Psychosomatiek Judith Rosmalen over het online platform 'Grip op klachten' dat gevuld is met practice-based evidence, aansluit bij bestaande SOLK-richtlijnen en een centrale rol inruimt voor de huisarts. Grip op klachten bestaat uit drie onderdelen: screening, behandeling (met zowel zelfhulp, online cognitieve gedragstherapie als doorverwijshulp) en monitoring. Het platform biedt iedere gebruiker gepersonaliseerde zorg. Zo ontvangen patiënten in de zelfhulpmodule adviezen die zijn afgestemd op door hen ingevulde vragenlijsten en dagboeken. Met ingewikkelde algoritmen, vergelijkbaar met de algoritmen die worden gebruikt om het weer

of de beurskoersen te voorspellen, geven deze dagboekgegevens inzicht in de klachtendynamiek. Dan wordt bijvoorbeeld duidelijk dat bij patiënt A piekeren leidt tot een verergering van de pijnklachten, maar dat het omgekeerde verband niet geldt. Patiënten met onbegrepen pijn- en vermoeidheidsklachten en hun huisartsen kunnen al gebruik maken van Grip op klachten, maar het systeem is nog niet af. Daarom besluit Rosmalen te profiteren van de expertise die op dit congres volop aanwezig is. Ze is op zoek naar eerstelijnspsychologen om het intakerapport dat door Grip op klachten wordt gegenereerd te valideren aan de hand van

een klinisch oordeel, en ze nodigt fysiotherapeuten uit om de database in Grip op klachten te vullen met beweegadviezen. Ik ben onder de indruk van de oplossingsgerichte houding van Rosmalen. 'We hoeven klachten niet te kunnen verklaren om ze te kunnen behandelen,' besluit de Groningse hoogleraar haar betoog.

Dat lijkt me, zowel voor behandelaars als patiënten, een mooi houvast.

OVER DE AUTEUR:

Annemarie Huiberts is psycholoog en journalist. E-mail: annemarie_h@live.nl.

ADVERTENTIE

GEACCREDITEERD 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!

Deze actie is geldig tot 11 februari 2016.

Lezers ontvangen
€ 85,-
VROEGBOEK KORTING!



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."

*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

NEERLANDS
HERSENINSTITUUT
Master the mind

EOS
WETENSCHAP

PSYCHE
& BREIN

Nederlands Instituut van Psychologen
NIP

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

GEEN SCHOOLPSYCHOLOGIE? HOEZO?

Lang heb ik me voor schoolpsychologie beijverd, in academisch (UvA) en postacademisch onderwijs (RINO, Amsterdam). Maar volgens mijn leermeester Duijker bestaat er geen schoolpsychologie. Toch onderschrijf ik met hem dat er of één psychologie is of geen, en ook dat er vijf 'leren' onder vallen: gedragsleer, functioneleer, persoonlijkheidsleer, ontwikkelingsleer en methodenleer. Ook vind ik, net als hij, dat de psychologie per definitie empirisch is. En net zo min als hij onderscheid ik 'praktische' van 'theoretische' psychologie. Maar zijn conclusie dat er geen schoolpsychologie bestaat, leg ik naast me neer.

Waarom toch 'schoolpsychologie'? Vanwege de schoolpsycholoog die nu eenmaal in een zeer speciale situatie de psychologie beoefent. Ook Duijker erkent dat. 'De schoolpsycholoog,' stelt hij, 'is een psycholoog die in of voor de school werkt, iemand met een specifieke maatschappelijke taak, die een min of meer specifieke selectie van problemen te onderzoeken krijgt en specifieke ervaring heeft met het milieu waarbinnen hij zijn taak vervult.'

Over de aard ervan weidt hij niet uit. Die taak is in zijn algemeenheid te herleiden tot: het optimaliseren van het functioneren van leerlingen. Waarbij het om alle leerlingen gaat, dus niet slechts om probleemleerlingen. Het *functioneren* van leerlingen betreft hun leren en de omgang met anderen. Het *optimaliseren* bewerkstelligt de schoolpsycholoog direct en indirect via alle betrokkenen op en bij school.

Het proces van optimaliseren is voor te stellen als het toepassen van een empirische cyclus: signalering, diagnostiek, indicatiestelling/advies, interventie en evaluatie. Die past de schoolpsycholoog toe op al degenen die bij leerlingen en school betrokken zijn. Op het individuele niveau zijn dat de ouders/verzorgers, leerlingen en individuele leerkrachten, zorg- en steunverleners zoals ambulante en interne begeleiders, remedial teachers en klasse-assistenten. Op groepsniveau: ouders als groep, de schoolklas, het lerarenteam, begeleiders en assistenten als groep. Op overkoepelend niveau: samenwerkingsverband, schoolbestuur, de directie, en maatschappelijke groepen die bij leerlingen of school betrokken zijn.

De diagnostische cyclus beperkt zich daardoor niet tot individuen, zoals in de GZ vaak het geval is. Signaleren en diagnosticeren hebben niet als doel een typering van de problematiek van moeilijk lerende Jantje, die staan in het teken van het type leerstof en de lesaanpak waar Jantje baat bij heeft. Interventie is niet beperkt tot een doorverwijzing naar een psychotherapeut, maar die omvat ook een schoolbrede aanpak tegen pesten en vóór goed burgerschap, waar ook ouders, leraren en teams in meespelen. Dit alles zoveel mogelijk 'evidence based' en voor zover niet voorhanden, dan anderszins systematisch geëvalueerd.

Weliswaar ziet Duijker dit niet als aparte psychologie, maar hij heeft niets tegen de benaming: 'psychologie ten dienste van de school'. Zelf erkent hij: 'Zo'n omschrijving is wel een mond vol.' Hij voorziet dan ook dat mensen het gemakkelijker zullen vinden er één woord aan te geven, *schoolpsychologie*, ook al gaat dat volgens hem ten koste van de exactheid.

Daar neem ik genoeg mee. Verder lijkt er niets op tegen het hele s-woord te gebruiken. Als men maar beseft dat schoolpsychologie om de ene ondeelbare, vijfkoppige psychologie gaat, ten dienste van leerlingen.



SELFIE

Dr. Margot Taal

is schoolpsycholoog. Tot haar pensionering was zij verbonden aan de Programmagroep Ontwikkelingspsychologie van de Universiteit van Amsterdam. Zij is nog werkzaam voor het RINO Amsterdam. E-mail: margottaal@gmail.com.

* Duijker, H.C.J. (1959). Nomenclatuur en systematiek der psychologie. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en haar Grensgebieden*, 14, 172-204. Citaat p.181.



Word Cogmed Coach

Wilt u kinderen en volwassenen met concentratieproblemen helpen hun concentratievermogen te vergroten? Of mensen met AD(H)D, burnout klachten of leerproblemen helpen hun aandacht te verbeteren? Dan is de rol van Cogmed Coach wellicht iets voor u.

Cogmed is een online Werkgeheugen Trainingsprogramma waarbij meetbare effecten worden bereikt, mede dankzij de ondersteuning van en motivatie door de professionele gekwalificeerde Cogmed Coaches. In de vernieuwde opleiding tot Cogmed Coach die u al voor € 495 volgt, wordt een deel als e-learning aangeboden waardoor u zelf kunt bepalen waar en wanneer u deze volgt.



Voor meer informatie over de Cogmed Werkgeheugen training bezoek de website www.cogmed.nl



PEARSON | academy

De voordelen van de opleiding zijn:

- 1 Maak uw praktijk onderscheidend door een werkgeheugenprogramma aan te bieden dat de hersenen werkelijk fysiek verandert.
- 2 Bied uw cliënten de mogelijkheid om significant en voor lange duur de aandacht en concentratie te verbeteren.
- 3 Bied uw cliënten niet alleen assessments of diagnostiek maar ook oplossingen.

Meer informatie over de data, kosten en inhoud van de opleiding kunt u vinden op www.pearsonacademy.nl/cogmed

ALWAYS LEARNING

PEARSON



Rijksoverheid

Zorg jij voor optimale behandeling van onze patiënten?

Werken bij de Rijksoverheid betekent een bijdrage leveren aan een beter Nederland. Je werkt mee aan rechtvaardigheid door vrijheidsstraffen ten uitvoer te brengen en door ingesloten personen een kans te bieden op een maatschappelijk aanvaardbaar bestaan. Thema's die zorgen voor een veilige en rechtvaardige samenleving Nederland.

Manager behandeling m/v

Ministerie van Veiligheid en Justitie, centrum voor transculturele psychiatrie
Veldzicht in Balkbrug

Opleiding en salarisspecificatie

Je hebt een opleiding tot klinisch psycholoog afgerond en bent BIG-geregistreerd. Je hebt ruime ervaring als uitvoerend behandelaar en manager en ervaring met het ontwikkelen en implementeren van zorgprogramma's. Je maximale salaris is € 5.837,- bij 36 uur per week.

Je bent lid van het managementteam van Veldzicht en stuurt de (hoofd)behandelaren, de therapeutische dienst & diagnostiek en de maatschappelijk werkers aan. Je bent verantwoordelijk voor optimale kwaliteit en uitvoering van de behandelingen binnen het centrum. Daarnaast ontwikkel en realiseer je veranderingen en verbeteringen in het behandelproces en zorg je dat de wet- en regelgeving wordt nageleefd binnen de behandelsetting. Verder draag je bij aan het beleid van Veldzicht en voer je als hoofdbehandelaar zelf behandelingen uit.

Info www.werkenvoornederland.nl/DJ150483

www.werkenvoornederland.nl

Werken voor **Nederland**

VRAAG & AANBOD

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

VACATURES

Klinisch psycholoog
ROTTERDAM



VACATURES

Gz-psycholoog
ALMERE



VACATURES

Behandelcoördinator
AMSTERDAM, TILBURG EN NIJMEGEN



Gz-psycholoog
BUCHTEN (LIMBURG)



Gz-psycholoog
ZUID-KENNEMERLAND



**Medisch Centrum Leeuwarden heeft
diverse vacatures!**
LEEUWARDEN



Psychotherapeut
DIEREN



**BIG-geregistreerd klinisch
psychologen**
LANDELIJK



CURSUSSEN / WORKSHOPS

MyBrainSolutions Coach
NIJMEGEN



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.



Organiseert per september 2016 (bij voldoende belangstelling)

• Opleiding voor psychoanalytisch psychotherapeut in Amsterdam en Eindhoven

Deze specialistische, gemoderniseerde opleiding bestaat o.a. uit een cursorisch gedeelte (4 resp. 3 jaar) met ruim aandacht voor de theorie en techniek van psychoanalytische evidence based behandelingen en de toepassing hiervan in de huidige GGZ praktijk.

De aanmelding voor de opleiding staat open voor psychotherapeuten, psychiaters en klinisch psychologen (en zij die daarvoor in opleiding zijn).

• Opleiding voor psychoanalytisch kinder- en jeugdpsychotherapeut in Amsterdam

De NVPP biedt dit cursusjaar éénmalig de mogelijkheid aan kinderpsychotherapeuten die al diverse psychoanalytische basismodules in hun psychotherapie-opleiding gehad hebben, om in te stromen in het verkorte tweejarige opleidingstraject van de Psychoanalytische Kinder- en Jeugd Opleiding.

Toegang tot een van deze opleidingen wordt voorafgegaan door een kennismakingsprocedure waarbij o.a. uw vooropleiding, motivatie en persoonlijke geschiktheid voor de opleiding aan bod komen.

Verdere informatie: www.nvpp.nl

Voor belangstellenden organiseren we een voorlichtingsbijeenkomst: in Amsterdam op maandag 21 maart, in Eindhoven op een nog te bepalen datum. U kunt zich hiervoor opgeven via info@nvpp.nl.



PRI in de praktijk:

Obesitas en emotie-disregulatie

Waar DSM IV slechts twee eetstoornissen beschreef, beschrijft DSM V er meerdere. Obesitas is er echter niet in opgenomen ondanks de enorme toename er van. Binsbergen et al. (2010) wijzen op het belang van preventie en behandeling gezien het feit dat obesitas samengaat met een verhoogd risico op mortaliteit en morbiditeit en een afname van kwaliteit van leven.

James is een 48 jarige man die worstelt met pathologisch overgewicht en het lukt hem niet om zijn (eet) patronen te doorbreken. De relatie tussen zijn eetgedrag en zijn emotionele gesteldheid lijkt evident, maar niet voor James. Zijn jeugdervaringen heeft hij naar eigen zeggen goed verwerkt en zijn woedeaanvallen wijt hij aan zijn temperamentvolle karakter. Daarnaast vertelt hij wel last te hebben van angstgevoelens en het gevoel dat er fundamenteel iets met hem mis is. Op advies van zijn huisarts advies zoekt hij psychologische hulp.

Door het lezen van Illusies en De onschuldige gevangene herkent James dat zijn woede en angsten in gang worden gezet door symbolen die hem onbewust herinneren aan zijn verleden. Zijn PRI-therapeut hielp hem zijn verleden écht onder ogen te zien; hoe het voelde om als kind mishandeld te worden en hoe sterk dit doorwerkt in zijn huidige leven.

James integreerde PRI steeds meer in zijn dagelijkse leven. Hij werd meer bewust van de invloed van symbolische situaties op zijn gedrag en door dit verscherpte bewustzijn, leerde hij te voelen waar het nu echt om gaat en de onderliggende pijn los te koppelen van het nu. Naast het overeten bleek James op meerdere manieren de onderliggende pijn uit het verleden te willen verdoven. Gaandeweg kreeg hij grip op deze destructieve gedragingen, viel hij 15 kg af en had hij geen woede, angst en minderwaardigheidsgevoelens meer. Bovendien ontwikkelde hij zich tot een veel gevoeliger vader voor zijn dochters.

Van Binsbergen, J. J., Langens, F. N. M., Dapper, A. L. M., Van Halteren, M. M., Glijsteen, R., Cleyndert, G. A., ... & Van Avendonk, M. J. P. (2010). NHG-standaard obesitas. Huisarts en Wetenschap, 53(11), 609-625.

Wil je als professional kennismaken met PRI?

Kijk op www.prionline.nl bij 'ik wil PRI-therapeut worden' voor meer informatie en meld je aan voor onze nieuwsbrief.

NIP CONGRES PERSONALIZED MENTAL HEALTH

PSYCHOLOGEN OP ZOEK NAAR DE BEST PASSENDE BEHANDELING

Een boeiend congres met een gevarieerd programma voor elke psycholoog werkzaam in de gezondheidszorg.

Met keynotesprekers prof. dr. Marcus Huibers en prof. dr. Trudy Dehue en interessante workshoprondes.

www.psynip.nl/jaarcongresgezondheidszorg

18 Maart
2016
Reehorst,
te Ede



Trudy Dehue



Erwin van Aken



Marcus Huibers

DE GEMIDDELDE CLIËNT BESTAAT NIET

Zowel de toekomstagenda GGZ als de commissie Meurs gaan uit van meer focus op gepast gebruik van zorg. Hoe krijgt het fenomeen **Personalized Mental Health**, afgeleid van de term **personalized medicine** uit de geneeskunde, zijn juiste vertaalslag in de psychologie? Dat vraagt een andere manier van werken door psychologen en het anders inrichten van psychologische zorg.

- Hoe kun jij je behandelingen per cliënt aanpassen zodat ze zo effectief mogelijk zijn?
- Hoe kunnen we meten hoe effectief een behandeling is die toegepast is op één cliënt.
- Hoe houd je rekening met de doelen, ervaring, sociale steun, cultuur en flexibiliteit van een cliënt om zo de beste zorg te bieden?

CONGRES VOOR PSYCHOLOGEN WERKZAAM IN DE GEZONDHEIDZORG