

DE PSY- CHO- LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN

JAARGANG 51 • NR 4 • APRIL 2016

GEESTELIJKE GEZONDHEID ALS POSITIEVE UITKOMST VAN BEHANDELING: EEN EMPIRISCHE VERGELIJKING VAN DRIE MEETINSTRUMENTEN • FORUM: EEN GOEDE DOOD IN PSYCHOLOGIE EN PSYCHIATRIE • GASTCOLUMN PARA-PSYCHOLOOG DICK BIERMAN: NAAST OF TEGEN ... • INSPIRATIE: SABINE MUR • REPORTAGE LEGER DES HEILS: 'DIT IS GEEN RUSTGEVENDE PLEK' • IN SPE: SIMONE VERHAGEN • DANIËL LAKENS: ILLEGAAL KENNIS DOWNLOADEN

BODEMSCHATTEN VAN DENNY BORSBOOM

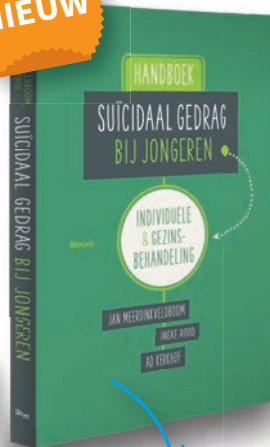


Bestel uw vakliteratuur in de NIP boekenclub



Ontwikkelingen en
functie, diagnose
en therapie

NIUW

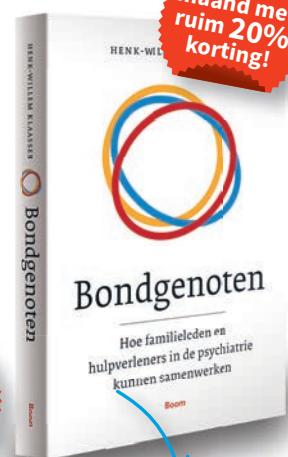


Individuele en
gezinsbehandeling



Zelfzorg voor
professioneel
begeleiders

**Deze
maand met
20%
korting!**



Hoe familie en hulp-
verleners in de psychiatrie
kunnen samenwerken

**Deze
maand met
ruim 20%
korting!**

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

**Boom | Psychologie
& Psychiatrie**

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

Geen verzendkosten
binnen Nederland
vanaf € 20,-

Nieuwe inspiratie opdoen?

Een greep uit ons **NIEUWE** opleidingsaanbod:

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



- Opleiding tot psychotraumatheapeut
- Postmaster opleiding medische psychologie
- Opleiding tot Infant Mental Health generalist of specialist

**BEKUK HET
NIEUWE AANBOD
VOOR 2016/2017 OP
WWW.RINOGROEP.NL**



MENSENKENNIS

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

- 10 BODEMSCHATTEN: WAT GRONDSLAGENONDERZOEK DE PSYCHOLOGIE TE BIEDEN HEEFT** – ‘Vandaag neem ik u mee op een graafexpeditie, om u te laten zien wat er schuilgaat onder de oppervlakte van ons wetenschapsgebied, en wat daar voor bodemschatten te vinden zijn.’ Dat hield Denny Borsboom zijn gehoor voor in de aula van de Universiteit van Amsterdam bij de aanvaarding van zijn leerstoel ‘Grondslagen van de psychologie en de psychometrie’. ‘De psychologische test is voor de psychologie wat de atoombom is voor de natuurkunde.’
- 22 EEN GOEDE DOOD IN PSYCHOLOGIE EN PSYCHIATRIE** - Ton Vink bespreekt twee recente zelfdodingen van jonge psychiatrische patiënten en eindigt met een – voorzichtige – suggestie binnen een zeer lastige problematiek. Volgens Vink zijn er drie routes naar een zelfgekozen dood: de ‘harde’, de ‘formele’ en de zelfbezorgde goede dood onder eigen regie. Jos de Keijser dient hem van repliek.
- 46 GEESTELIJKE GEZONDHEID ALS POSITIEVE UITKOMST VAN BEHANDELING** – Wat zijn goede instrumenten om welbevinden te meten? Ernst Bohlmeijer en collega’s presenteren drie instrumenten die subjectief welbevinden en vooral ook psychologisch welbevinden meten. De uitkomsten van dit onderzoek kan de psycholoog helpen bij een goede keuze voor een vragenlijst die welbevinden meet.



HSK is dé toonaangevende, landelijke organisatie in de psychische zorg. We onderzoeken en behandelen mensen met psychische klachten. Onze werkwijze is snel, transparant en bewezen effectief. HSK is een commerciële zorginstelling met ongeveer 400 medewerkers verspreid over 28 locaties in het gehele land. Het plannings- en de administratieproces van al onze psychologen vindt plaats vanuit de vier servicedesks. Het hoofdkantoor is gevestigd in Arnhem. Werken bij HSK betekent werken met en voor mensen. Door onze enthousiaste en gedreven medewerkers, zijn wij in staat de beste zorg te bieden.

www.hsk.nl

GZ-PSYCHOLOGEN (m/v)

(diverse locaties, verspreid over het hele land)

De HSK Groep maakt momenteel een enorme groei door. Het aantal aanmeldingen stijgt en dan kan het personeelsbestand niet achterblijven. Daarom zijn wij per direct op zoek naar meerdere GZ-psychologen die onze teams willen komen versterken.

Naar wie zijn we op zoek?

Een BIG-geregistreerd GZ-psycholoog die zich aangetrokken voelt tot een gevarieerd takenpakket met onder andere taken als:

- Verrichten van diagnostiek en het geven van behandelingen;
- Regie- en hoofdbehandelaarschap;
- Geven van supervisie en werkbegeleiding;
- Zorgdragen voor je eigen ontwikkeling;
- Het betrekken van het werk en de werkgever in de behandeling en begeleiding van de cliënt, met als doel een snelle en duurzame re-integratie.

Wat bieden we jou?

Je maakt deel uit van een enthousiast team in een dynamische werkomgeving. Je ontvangt een marktconform salaris passend bij de zwaarte van de functie en een aantrekkelijk arbeidsvoorwaardenpakket, waaronder opleidingsmogelijkheden t.b.v. de herregistratie. Daarbij bieden we flexibiliteit op het gebied van arbeidsduur- en indeling.

Meer informatie?

Wij je meer informatie over deze uitdagende functie, bel dan naar Attila Kladler, manager behandelzaken, tel. 06 - 53 72 59 66. Voor uitgebreide informatie over deze vacature en onze organisatie, verwijzen wij je graag naar onze website.

**Meld u nu aan voor
de modules van 2016!**

Binnenkort starten o.a. de volgende opleidingen:

MINDER VASTLOPEN BIJ EEN COMPLEXE SCHEIDING

Start 12 mei 2016

Scheidingen komen vaak voor, meer dan een op de drie huwelijken leidt tot een echtscheiding. Scheiding is een transitie en een indringende levensgebeurtenis met een grote impact. Veel scheidingen verlopen redelijk, maar er zijn het laatste decennium steeds meer problemen rondom complexe of conflictueuze scheidingen.

SUPERVISIE ALS BRON VOOR LEREN

Start 27 mei 2016

In post-master opleidingen voor gedragswetenschappers, is supervisie een belangrijk onderdeel van het opleidingstraject, naast opleidingsdagen en praktijkervaringen. Door supervisie, praktijk en theorie te integreren, ontwikkelen je jezelf tot professioneel reflecterende generiek inzetbare gedragswetenschapper.

JONGEREN EN MIDDELENGEBRUIK

Start 17 juni 2016

Vergroot met deze specialistische module uw kennis en vaardigheden op het gebied van de diverse middelen (alcohol en drugs) en de gedragsverslavingen zoals gamen, gokken en porno. Krijg meer zicht op de diagnostiek, de behandeling van middelengebruik en de implicaties die dit heeft voor de jongere zelf, het gezin, school of andere systeemleden.

Leren maakt beter

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

www.rinozuid.nl

RUBRIEKEN

Redactioneel

- 6 NIEUWS
- 9 COLUMN: Daniël Lakens
- 31 BOEKEN EN MEDIA
- 36 IEDER MENS DOET AAN
PSYCHOLOGIE: Walter Jansen
- 38 REPORTAGE: Het Leger des Heils en
de opvang van verwarde personen
- 44 INSPIRATIE: Sabine Mur
- 55 GASTCOLUMN: Dick Bierman
- 56 IN SPE: Simone Verhagen

COLOFON

De Psycholoog is het maandblad van het Nederlands Instituut van Psychologen, de beroepsvereniging van psychologen. *De Psycholoog* verschijnt elke eerste week van de maand (behalve in augustus) in een oplage van 12.600 exemplaren. **Redactie bureau:** Vittorio Busato (hoofdredacteur), Jeroen van Goor (redacteur) en Geertje Kindermans (schrijvend redacteur), e-mail: redactie@psynip.nl. ISSN: 0033-3115. **Redactieraad:** Marrie Bekker, Sonja Borgsteede, Angélique Cramer, Miriam de Graaff, Dennis Hernaus, Sabine Hunnius, Eveline de Kam, Sarah Prins, Wouter Schoonman, Wilmar Schaufeli, Bart Schutz, Annelies Spek, Giovanni Timmermans, Marcel Veenman, Anneke Vinke, 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. **Uitgave en ledenadministratie:** NIP-bureau, Postbus 2085, 3500 GB Utrecht. Telefoon 030-8201500 (9.00-17.00 uur). IBAN code: NL81INGB00003788 02, SWIFT code: INGBNL2A. www.psynip.nl, e-mail: info@psynip.nl.

Coverfoto Denny Borsboom: Peter Valckx
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
reageer op Twitter (@RedactieDP).

DE
PSY-
CHO-
LOOG

VOORSPELLEN

‘Als ik iets weet, kan ik iets voorspellen; kan ik niets voorspellen, dan weet ik niets.’ Dit adagium van de Amsterdamse methodoloog Adriaan de Groot is van significante invloed geweest op de empirische traditie in de Nederlandse psychologie. Als hoogleraar in zowel de statistiek als in de toegepaste psychologie was De Groot in de jaren vijftig van de vorige eeuw oprichter van de vakgroep Methodenleer aan de UvA.

Ruim een halve eeuw later is Denny Borsboom aan diezelfde vakgroep, thans de Programmagroep Psychologische Methodenleer geheten, benoemd tot hoogleraar in de Grondslagen van de Psychologie en de Psychometrie. Voor dit nummer bewerkte hij zijn prikkelende oratie tot een artikel waarin hij onder meer de psychologische test een van de belangrijkste wetenschappelijke uitvindingen van deze eeuw noemt. ‘Het idee dat de mens een onderwerp kan zijn van wetenschappelijke studie, en dat je menselijke eigenschappen kunt meten heeft ons zelfbeeld en onze maatschappij diepgaand veranderd.’

Het mooie aan het onderzoek van Borsboom en zijn collega's is, vind ik, dat het en fundamenteel is en een brug slaat naar de praktijk. Bijvoorbeeld hun netwerkbenadering van psychopathologie en de ontwikkelde methodologie om netwerkstructuren te analyseren en representeren, krijgt wereldwijd steeds meer impact. Sta eens wat langer stil bij hoe de netwerkstructuur van zoiets complex als de DSM in een ogenschijnlijk simpel model is weergegeven in figuur 1 in het stuk van Borsboom. Het klinkt ook zo aannemelijk: mentale stoornissen ontstaan uit interacties tussen de symptomen van die stoornissen. Comorbiditeit als essentie van psychopathologie!

Toegepast op depressie: ‘Wie niet slaapt wordt moe; wie moe is, kan zich slecht concentreren; wie zich slecht kan concentreren komt nergens toe; wie nergens toe komt, voelt zich neerslachtig, en gaat misschien 's nachts piekeren, waardoor de slaapproblemen weer verergeren. Zo vormen symptomen van mentale stoornissen vicieuze cirkels van problemen, die kunnen culmineren in een neerwaartse spiraal waaruit ontsnappen moeilijk is, en in sommige gevallen zelfs onmogelijk.’

Als ik iets mag voorspellen: deze netwerkbenadering gaat het denken over psychopathologie én de behandeling ervan de komende decennia diepgaand veranderen ($p < .01$).

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

VOLLEDIG GEBREK AAN CONTROLE

BEUNHAZEN EN DE DIAGNOSTIEK VAN DYSLEXIE

Jongeren die dyslexie faken en na een test van een kwartiertje weer buiten staan met een dyslexieverklaring.

Het kán, liet televisieprogramma Rambam zien. Het Nationaal Referentiecentrum Dyslexie (NRD) en het Regionaal Instituut voor Dyslexie (RID) hebben geen goed woord over voor de meewerkende 'deskundigen'.

De makers van Rambam deden zich voor als studenten en lieten zien hoe gemakkelijk het is om aan een dyslexieverklaring te komen. Ze maakten expres een paar schrijffouten of ze lazen langzaam, en hup, de verklaring was binnen. Sommige bureaus gaven zelfs verklaringen af zonder de student in kwestie te hebben gezien. Zo ritselden de Rambammers ook een dyslexiever-

klaring voor 'student' minister Bussemaker. Gewoon een paar gegevens doormailen en klaar is Kees.

'Iedereen die een dyslexieverklaring afgeeft zonder goed te onderzoeken wat er aan de hand is, licht de boel op,' stelde Patty Gerretsen, directeur van het RID. Volgens haar is het 'totaal onmogelijk' om binnen enkele uren vast te stellen of iemand dyslexie heeft. Niet iedereen met lees- en schrijfproblemen heeft namelijk dyslexie. Probleem is dat elke orthopedagoog of psycholoog zichzelf dyslexiedeskundige kan noemen, en zelf kan bepalen wat voor testjes hij afneemt en welk tarief hij daarvoor hanteert. Er is dus geen enkele controle. Het NRD en RID willen dat de wildgroei aan dyslexiebureaus wordt ingedamd en dat alleen

geaccrediteerde zorgverleners dyslexieverklaringen mogen afgeven. Onderwijsinstellingen zouden alleen die verklaringen moeten accepteren.

Een goed plan, al is het alleen maar omdat dyslexie de samenleving natuurlijk geld kost. Denk aan behandeling van dyslexie, ondersteuning van dyslectische leerlingen op school en de 1230 euro aan studieschuld die dyslectische studenten wordt kwijtgescholden. Die maatregelen moeten wel ten goede komen aan échte dyslectici.

Dat vond ook minister Bussemaker, aan wie de Rambammers uiteindelijk haar dyslexieverklaring overhandigden. 'De goeden moeten niet onder de kwaden lijden.' (ID)

SJOEMELLEN MET TARIEFGRENZEN

ZORGEN OVER DE ZORG

Therapeuten zijn net mensen. De meesten houden cliënten net even wat langer in behandeling als hen dat extra geld oplevert. Waar prestatiebekostiging in de zorg toe kan leiden.

Het leek zo'n goed idee. Door psychologen en psychiaters niet per uur maar per behandeling te betalen, worden zorgkosten beter beheerst. Een trapsgewijze beloning leek daarbij essentieel: voor behandelingen tot respectievelijk 250, 800, 1800, 3000 en 6000 uur krijgen hulpverleners hetzelfde vergoed. Een psycholoog die 801 minuten zorg

verleent verdient dus evenveel als een psycholoog die een behandeling van 1800 minuten aanbiedt. Pas bij 1801 minuten valt hij of zij in een hoger tarief. Het idee van dit systeem is dat zorgverleners niet onnodig lang blijven behandelen: dat levert niets extra's op.

Maar het systeem heeft ook nadelen. Komt namelijk de tariefgrens in beeld terwijl een behandeling kan worden afgesloten, dan trekt driekwart van de therapeuten nog eens de agenda voor een nieuwe afspraak. De hogere tariefgrens lonkt. Dat blijkt uit onder-

zoek van het Cultureel Planbureau onder 1440 vrijgevestigde ggz-therapeuten. Tezamen voerden deze psychologen en psychiaters van 2008 tot en met 2010 zo'n 188.000 behandelingen uit. De onderzoekers brachten de duur ervan voor elke hulpverlener afzonderlijk in kaart. Wat bleek? Een kwart van de hulpverleners trok zich niets aan van de tariefgrenzen, en sloot een therapie af wanneer dat nodig was. De rest zette een behandeling nog even door als de tariefgrens naderde. En spekte dus de eigen portemonnee. Gemiddeld duurden behandelingen bij deze meer extrinsiek gemotiveerde hulpverleners zo'n 200 minuten langer. Daarmee

SCHAP

SIZE IS IN THE EYE OF THE BEHOLDER

SPINNENANGST GAAT SAMEN MET VERTEKENDE WAARNEMING

Wie angstig is voor spinnen, percipieert die dieren als groter dan ze feitelijk zijn.

Dat concluderen onderzoekers aan de Israëliëse Ben Gurion Universiteit. Hoofdonderzoeker Tali Leibovich, zelf arachnofoob, stelde zich de vraag of bij spinnenangst een samenhang bestaat tussen de perceptie van de grootte van de spin en de emotionele waarde die deze heeft voor de waarnemer. Leibovich c.s. zetten twee experimenten op. Met behulp van een vragenlijst gingen de onderzoekers na of en hoezeer de 27 deelnemers bang waren voor spinnen. Vervolgens lieten ze hen plaatjes zien van spinnen, vogels en vlinders. Daarbij

was de opdracht de omvang van de dieren in vergelijking met elkaar te schatten. Hoewel alle participanten spinnen onaangenaam vonden, schatten alleen de zeer angstige deelnemers deze in als groter dan de vlinders.

Een tweede test – 77 deelnemers, 44 met spinnenangst – moest uitwijzen of vertekening van omvang ook optreedt bij een stimulus die onplezierig maar irrelevant is, dus niet dezelfde angstgevoelens oproept als spinnen. Aan de plaatjes was nu een afbeelding toegevoegd van een wesp. Als de vertekening uitsluitend optreedt bij relevante stimuli zouden mensen die bang zijn voor spinnen de omvang van wespen

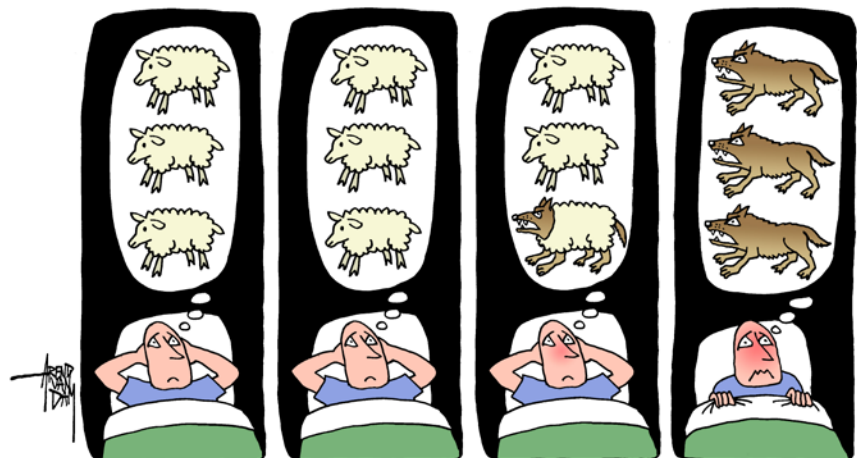
niet anders moeten beoordelen dan mensen zonder spinnenangst.

Die vooronderstelling bleek juist. De resultaten van de tweede test bevestigden niet alleen die van de eerste, maar lieten bovendien zien dat de mensen met spinnenangst de grootte van de wespen relatief juist inschatten en daarin niet verschilden van hun niet-arachnofobische groepsgenoten. Kennelijk is niet alleen *beauty*, maar ook *size* 'in the eye of the beholder'. (EdJ)

Bron: T. Leibovich et.al. (2016). Itsy bitsy spider? Valence and self-relevance predict size estimation. *Biological Psychology*. doi:10.1016/j.biopsycho.2016.01.009

bewezen zij hun cliënten geen dienst. In psychisch, sociaal en/of beroepsmatig opzicht waren zij er na afloop van de behandeling significant slechter aan toe dan de cliënten wiens therapeuten zich niets aan de tariefsgrenzen gelegen hadden laten liggen. Terwijl beide groepen bij aanvang van de behandeling niet verschilden. De best betaalde therapeuten zijn dus niet zonder meer de beste. (ID)

Bron: Douven, R. et al. (2016). Gedragsreacties van ggz-aanbieders op financiële prikkels. *Economisch Statistische Berichten*, 101(4728).



slapeloosheid en depressie

PROMOTIES

LICHAAMSGEVOEL

We hebben geen enkele moeite ons eigen lichaam te onderscheiden van dat van anderen. Je lichaamsgevoel vertelt dat je lichaam van jou is. Cognitief psycholoog Ke Ma ontdekte echter dat mensen in dat lichaamsgevoel ook gemakkelijk objecten kunnen integreren. Het gevoel om een virtueel lichaamsdeel aan te sturen – bijvoorbeeld een rubberen hand – geeft het idee dat die nethand ook daadwerkelijk van jou is. Wanneer een virtueel persoon licht op hetzelfde moment als een echt persoon, kan dat zelfs je stemming beïnvloeden. Ma: 'Nu we daar meer duidelijkheid over hebben, kunnen we fantastische applicaties bedenken. We laten bijvoorbeeld mensen denken dat ze vreemde lichaamsdelen hebben.' Zou de uitkomst van dit onderzoek medisch toepasbaar kunnen zijn? Ma: 'Zelfs nu we alleen onderzoek hebben gedaan met gezonde proefpersonen, zou ik zeggen dat zoiets kan werken. Moeilijk is het wel, want je moet heel veel expertise en techniek combineren.'

Ke Ma, The virtual-hand illusion: effects of impact and threat on perceived ownership and affective resonance. Leiden University, 18 februari. Promotor: prof. dr. B. Hommel

APNEU EN PSYCHISCHE KLACHTEN

Slaapapneu is een slaapstoornis waarbij er sprake is van het herhaald optreden van ademstilstanden tijdens de slaap. Bij de meest voorkomende vorm worden de apneus veroorzaakt door een afsluiting van de luchtweg. Dit gaat onder andere gepaard met vermoeidheid, cognitieve stoornissen en depressie. Justine Aaronson richt zich met haar onderzoek op de behandeling van obstructief slaapapneu-syndroom (OSAS) en revalidatieresultaat bij patiënten met een beroerte (CVA). Doel van haar onderzoek is het verbeteren van de kennis over de effecten van OSA en over de behandeling met Continuous Positive Airway Pressure (CPAP), een behandeling waarbij via een masker lucht in de neus of mond wordt geblazen. Het blijkt dat CPAP het ademhalingspatroon verbetert, waardoor de luchtweg geopend blijft en de apneus verdwijnen.

Mw. J.A. Aaronson, Sleep Apnea in Stroke. Diagnosis, Consequences & Treatment. Universiteit van Amsterdam, 22 januari 2016. Promotoren: prof. dr. B.A. Schmand en prof. dr. C.A.M. van Bennekom

SOCIALE UITSLUITING IN DE KLAS

Gedragsafstemming speelt een belangrijke rol bij het buitensluiten van leerlingen in een klas. Leerlingen die niet proberen zich aan de groep aan te passen, kunnen worden buitengesloten. Bovendien: alle medeleerlingen doen daaraan mee. Dit ontdekte Petra de Bil toen zij een schooljaar lang een brugklas volgde voor haar onderzoek naar groepsvorming en sociale uitsluiting. De meeste onderzoeken naar deze onderwerpen vinden schriftelijk plaats. Gevraagd naar hoe zij reageren op sociale uitsluiting, schrijven bijna alle jongeren dat zij zich er ofwel niet mee zouden bemoeien, ofwel zouden opkomen voor het slachtoffer en deze op zouden nemen in de groep. Het onderzoek van De Bil, waarbij zij observeerde, interviewde, fotografeerde en filmde, laat evenwel heel andere resultaten zien.

Petra de Bil, Tune in, or be left out. The Role of Social Tuning in Group Formation Processes during the First Year of Secondary School. Open Universiteit, 26 februari 2016. Promotoren: prof. dr. R. van Hezewijk en dr. T. Verheggen

J. Wieland, Psychopathology in borderline intellectual functioning. Leiden University, 1 maart 2016.

Promotor: prof. dr. F.G. Zitman

Pia Zeinoun, Personality and Culture in the Arab-Levant. Tilburg University, 19 februari. Promotor: prof. dr. A.J.R. van de Vijver

Elisabeth Maria van Dijk-Lokkart, Physical exercise and psychosocial intervention in children with cancer: the psychological perspective. Vrije Universiteit, 19 april 2016. Promotor: prof. dr. G.J.L. Kaspers

Renske Schappin, Parenting NICU graduates. Universiteit Utrecht, 12 maart 2016. Promotor: prof. dr. M.J. Jongmans



ILLEGAAL KENNIS DOWNLOADEN

Stel, je kind heeft een zeldzame geboortefwijking. Als bezorgde ouder wil je op de hoogte blijven van wat wetenschappers over deze afwijking ontdekken. Dat kan. Voor \$30 per artikel kun je de nieuwste wetenschappelijke kennis kopen van een uitgever. Sinds kort kun je deze artikelen ook illegaal downloaden. Mag dat?

Het lijkt wel een moderne versie van Kohlbergs klassieke werk over de ontwikkeling van moraliteit¹. Hij gebruikte in zijn onderzoek het 'Heinz Dilemma'. De vrouw van Heinz gaat dood, tenzij Heinz een medicijn koopt. Het medicijn wordt voor \$2000 verkocht, maar kost slechts \$200 om te maken. Heinz heeft \$1000. Mag Heinz het medicijn stelen? Wat Kohlberg hier van belang vindt, is niet of je vindt dat Heinz mag stelen, maar *waarom* je dat vindt.

Wetenschappers worden veelal betaald van belastinggeld. Ze doen onderzoek, schrijven artikelen, en geven die dan gratis aan uitgevers. Die krijgen het copyright, laten het artikel voor twaalf cent controleren en opmaken door iemand in India, en verkopen de artikelen massaal voor enkele tonnen per jaar aan de bibliotheek van de universiteit van de onderzoeker. In 2014 maakte Elsevier hiermee 37% winst op ruim 2 biljoen aan inkomsten².

Onze bezorgde ouder heeft geen toegang tot een universiteitsbibliotheek. Ouders kunnen het artikel wel direct van de uitgever kopen, maar dat is wat vreemd, aangezien ouders dit onderzoek zelf gefinancierd hebben van hun belastinggeld. En daar komt een nieuwe website om de hoek kijken: <http://www.sci-hub.io/>. Browse naar de website, kopieer de link naar het artikel dat je wilt hebben, en voilà: vrijwel elk wetenschappelijke artikel is gratis te downloaden. Maar: het is volstrekt illegaal.

De maakster van de site, de Kazachse Alexandra Elbakyan, vindt het onethisch dat het delen van wetenschappelijke informatie verboden kan worden. Kohlberg definieerde drie hoofdstadia van morele ontwikkeling. Pre-conventioneel (Wat zijn de gevolgen als ik het doe? Krijg ik straf?), conventioneel (Vinden anderen dat dit mag? Wat zijn de normen?) en post-conventioneel. Alexandra bevindt zich duidelijk in dit laatste stadium: Je moet leven volgens je eigen principes, zelfs als dat tegen de huidige regels van de maatschappij ingaat.

Er is weinig discussie over of wetenschappelijke kennis vrij toegankelijk moet zijn. Nederland is voorzitter van de EU en vrije toegang tot kennis, of *open access*, is een speerpunt. De vraag is *hoe* dit bereikt kan worden. Het is logisch dat de overheid en uitgevers illegaal downloaden geen structurele oplossing vinden. Maar denk eens aan die bezorgde ouder, aan een docent die studenten wil enthousiasmeren voor de nieuwste wetenschap, aan een psycholoog die wil weten wat recent onderzoek laat zien over de effectiviteit van een behandelmethode. En dan komt Kohlberg met zijn vraag: Maar *waarom* mogen deze mensen niet illegaal wetenschappelijke artikelen downloaden?

¹ Kohlberg, Lawrence (1971). *From Is to ought: How to commit the naturalistic fallacy and get away with it in the study of moral development*. New York: Academic Press

² <https://en.wikipedia.org/wiki/Elsevier>



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

‘Vandaag wil ik u meenemen op een graafexpeditie, om u te laten zien wat er schuilgaat onder de oppervlakte van ons wetenschapsgebied, en wat daar voor bodemschatten te vinden zijn.’ Dat hield Denny Borsboom op 25 november jl. zijn gehoor voor in de aula van de Universiteit van Amsterdam bij de aanvaarding van zijn leerstoel ‘Grondslagen van de psychologie en de psychometrie’. Onderstaande tekst is een bewerking van zijn oratie. ‘Ik durf wel te stellen dat de psychologische test is voor de psychologie wat de atoombom is voor de natuurkunde.’

WAT GRONDSLAGENONDERZOEK

DE PSYCHOLOGIE TE BIEDEN HEEFT

BODEMSCHATTEN

De psychologie is overal. Zonder dat de meeste mensen er erg in hebben, is zij doorgedrongen in alle facetten van ons bestaan. Dat heeft onze wereld diepgaand veranderd. Wie stemmen hoort wordt vandaag de dag niet meer de schedel gelicht, maar naar een ziekenhuis gestuurd. Niet de afkomst van een kind bepaalt zijn of haar schoolopleiding, maar de score op een psychologische test. De meest succesvolle animatiefilm van 2015, *Inside Out*, visualiseert psychologische mechanismen en emoties waar twee eeuwen geleden niet eens een woord voor bestond. Onze maatschappij is doordrenkt van theorieën, ideeën, en termen die ontleend zijn aan de psychologie. Woorden als 'autistisch', 'IQ', 'onbewust', 'cognitieve dissonantie', of 'aangeleerd hulpeloos', zouden iemand die in de negentiende eeuw leefde als koeterwaals zijn voorgelaten, maar zijn nu onderdeel van het dagelijks taalgebruik.

De wetenschappelijke psychologie, die ons dit alles opgeleverd heeft, bestudeert menselijk gedrag, de processen die aan dat gedrag ten grondslag liggen, en de factoren die erop van invloed zijn. Je kunt over die wetenschap allerlei vragen hebben. Stel: u voelt zich ellendig, en u wordt door de huisarts doorverwezen naar een psycholoog. De psycholoog diagnosticeert een depressie en start een psychotherapeutische behandeling. U zou zich dan kunnen afvragen, waarop deze behandeling is gebaseerd. Voor het antwoord op die vraag zou u te rade moeten gaan bij de klinische psychologie – het vakgebied dat zich bezighoudt met psychische problematiek. Of misschien bent u geïnteresseerd in de hersenprocessen en genen die geassocieerd zijn met depressie. Dan moet u zich verdiepen in de biologische psychologie – het

vakgebied dat de biologische kant van psychologische processen onderzoekt. Mocht u daarentegen willen weten waarom mensen met een depressie zo gemakkelijk sociaal geïsoleerd raken, dan zou u zich kunnen wenden tot de sociale psychologie – het vakgebied dat zich bezig houdt met sociale processen en interacties tussen mensen. Zo is de psychologie opgedeeld in allerlei deelgebieden, die zich ieder met een specifiek onderdeel van menselijk gedrag bezig houden.

Maar je kunt je ook nog een heel ander soort vragen stellen. Een soort vragen dat misschien niet meteen betrekking heeft op één bepaald stukje van de psychologie, maar dat het algemene fundament van een begrip als depressie bevraagt. Wat is depressie eigenlijk voor iets? *Bestaat* depressie echt, zoals stoelen of magnetische velden of lichtbundels, of is het uiteindelijk maar een verzinsel, een etiket dat we gebruiken om bepaalde problemen te benoemen? Kunnen we depressie *meten*, zoals je gewicht of lengte meet, of is dat maar bij wijze van spreken? Is zoiets als depressie, dat een uiterst subjectief fenomeen lijkt te zijn, eigenlijk wel *toegankelijk* voor wetenschappelijk onderzoek, dat naar haar aard mikt op objectivering en kwantificering?

Deze vragen gaan over de grondslagen van de psychologie. Ze lijken op de vragen waarmee kinderen hun ouders tot waanzin brengen, als ze in de 'waarom'-fase zitten. Het zijn vragen die de diepte in willen, die niet zozeer de wetenschap maar de aannames *achter* de wetenschap willen verhelderen. Het zijn vragen die graven.

PSYCHOLOGISCHE TESTS

Wetenschappelijke ontwikkelingen beginnen vaak met een

kleine uitbreiding van onze waarnemingsmogelijkheden. De uitvinding van de telescoop bijvoorbeeld, waarmee Galileo net iets verder kon kijken zodat hij de manen van Jupiter kon zien. Als je het hebt over zulke uitbreidingen van ons waarnemingsvermogen, dan gaat het al snel over thermometers, microscopen, deeltjesversnellers, en fMRI-apparaten. Het komt niet vaak voor dat iemand in zo'n rijtje ook de psychologische test plaatst.

Dat komt omdat de meeste mensen psychologische tests banaal vinden. Ze zien er bijvoorbeeld nooit erg bijzonder uit. Meestal gaat het om een lijstje vragen die in doodgewone inkt op doodgewoon papier zijn afgedrukt, of om een paar puzzeltjes, zoals bij de IQ-test. Heel wat minder imponerend dan een fMRI-scanner of de deeltjesversneller in Genève.

Toch is de psychologische test een van de belangrijkste wetenschappelijke uitvindingen die er bestaan. Met de ontwikkeling van de psychologische test richtte de mens voor het eerst de wetenschappelijke methode op zichzelf. Dat heeft enorme consequenties gehad. Het idee dat de mens een onderwerp kan zijn van wetenschappelijke studie, en dat je menselijke eigenschappen kunt meten heeft ons zelfbeeld en onze maatschappij diepgaand veranderd.

In mijn onderwijs gebruik ik om dit duidelijk te maken altijd het voorbeeld van de onderzoeker Gustave Le Bon, die in 1879 uitlegde waarom een intelligentie-onderzoeker geen vrouwen hoeft te bestuderen: 'Alle psychologen die de intelligentie van de vrouw hebben bestudeerd [...] erkennen vandaag de dag dat zij de meest inferieure vorm van menselijke evolutie representeert, en dat zij dichterbij kinderen en wilden staat dan bij de volwassen, beschaafde man. Ze blinkt uit in wispelturigheid, inconsistentie, gedachtenloosheid, afwezigheid van logica, en ze kan niet redeneren. Zonder twijfel bestaan er enkele uitzonderlijke vrouwen, die superieur zijn aan de gemiddelde man, maar zij zijn zo uitzonderlijk als een monstreuze misgeboorte, vergelijkbaar met een gorilla met twee hoofden, en derhalve kunnen wij ze volstrekt negeren' (Le Bon, 1879, geciteerd in Gould, 1980, p. 155, mijn vertaling).

Dat is waar wij vandaan komen, als het gaat om psychologie. Het is van belang even te noteren hoe ontzettend kort geleden het is dat Le Bon dit kon zeggen. Le Bon is nog geen honderd jaar dood. Uw grootmoeder had hem de hand kunnen schudden – of een knietje kunnen geven.

Als we Gustave Le Bon hierheen zouden kunnen halen met een teletijdmachine, en we konden hem even bijpraten over de stand van zaken in de wetenschappelijke psychologie, dan zou hij steil achterover slaan. Want vandaag de dag

blijken vrouwen helemaal niet dommer dan mannen. Het is nog geen honderdvijftig jaar geleden dat de eerste vrouw een universiteit betrad, maar er stromen inmiddels systematisch meer meisjes dan jongens in aan de universiteit.

De psychologische test zou in dat gesprek tussen ons en meneer Le Bon een centrale rol moeten spelen. Het is immers de intelligentietest die ons geleerd heeft dat de verschillen tussen mannen en vrouwen veel kleiner zijn dan vroeger aangenomen werd. Ik wil natuurlijk niet beweren dat de IQ-test in zijn eentje de seksediscriminatie verholpen heeft, maar de emanciperende werking van dit soort instrumenten moet ook zeker niet worden onderschat.

Ook in het doorbreken van klassenverschillen heeft de gestandaardiseerde test een belangrijke rol gespeeld. De allereerste intelligentietest, van de Fransman Alfred Binet, werd onder andere ontwikkeld omdat menselijke beoordelaars zich vooral lieten leiden door het voorkomen, de kleding, en de goede naam van de families van op intelligentie beoordeelde mensen. In ons land heeft de CITO-toets waarschijnlijk een belangrijke rol gespeeld in de emancipatie van kinderen uit achterstandsmilieus, die op basis van de subjectieve inschatting van de leraar nooit hadden kunnen doorleren, omdat een dubbeltje nu eenmaal nooit een kwartje kan worden.

Dat is actueel. In huidige discussies over testwoede en rendementsdenken worden gestandaardiseerde metingen soms ideologisch verdacht gemaakt, en wordt gemakkelijk gesuggereerd dat de ongeleide subjectieve beoordeling van leerkrachten en visitatiecommissies eigenlijk geschikter zijn om beoordelingen op te baseren. De reden dat een test als de CITO-toets überhaupt bestaat is echter, dat mensen op dit punt niet altijd even betrouwbaar blijken, omdat zij hun medemens – gewild of ongewild – beoordelen naar zijn of haar lidmaatschap van allerlei irrelevante categorieën: man of vrouw, rijk of arm, Nederlands of Marokkaans. Gestandaardiseerde tests hebben daar minder last van: het maakt de CITO-toets niet uit of een kind 'wc' zegt of 'toilet', als het maar weet hoe je het spelt.

Ik durf wel te stellen dat de psychologische test is voor de psychologie wat de atoombom is voor de natuurkunde: een toepassing van het vakgebied die geen vezel in het weefsel van onze samenleving ongemoeid heeft gelaten.

PSYCHOMETRIE

Een uitbreiding van onze waarnemingsmogelijkheden, zoals de psychologische test in de psychologie realiseerde, gaat altijd samen met de vraag hoe de nieuwe instrumenten

werken. Dat is het domein van de psychometrie: de tak van wetenschap die zich bezighoudt met het meten van psychologische eigenschappen.

Als de psychologische test de atoombom van de psychologie is, dan is de psychometrie haar kernfysica. De psychometrie levert de statistische modellen waarmee psychologische tests gemaakt, geanalyseerd, en beoordeeld worden. De psychometrie is daarmee het brandpunt van de psychologie, want vrijwel al het psychologisch onderzoek maakt gebruik van testcores. Wie iets wil weten over mensen moet daarom ook iets willen weten over statistiek – je kunt zelfs volhouden dat wie helemaal niets wil weten van statistiek eigenlijk ook niet echt geïnteresseerd is in de psychologie.

De allereerste psychometricus was Francis Galton. Galton was geïnteresseerd in het meten van individuele verschillen in intelligentie. Hij dacht dat die verschillen verankerd

waren in onze biologie. Zo zouden mensen bij wie informatie sneller door de zenuwbanen reist intelligenter zijn. In zijn antropometrisch laboratorium probeerde Galton daarom intelligentie te meten door mensen allerlei elementaire, biologisch geïnspireerde taakjes te laten doen, vooral op het gebied van de sensorische discriminatie: hoe snel kan iemand bijvoorbeeld onderscheid maken tussen twee naast elkaar liggende kleuren? Galton dacht dat verschillen in intelligentie uiteindelijk terug te voeren waren op verschillen in zulke basale, biologisch geïnspireerde variabelen.

Het werd een ramp. Galton was de eerste die de harde les leerde die ook zoveel onderzoekers na hem moesten ervaren: als het om menselijk gedrag gaat is de biologie niet hard, maar boterzacht. De samenhang tussen biologisch gemeten variabelen en psychologisch gemeten variabelen is doorgaans zó zwak, dat er in de hele geschiedenis van de psychologie geen enkel voorbeeld bestaat van een psychologisch relevante variabele die betrouwbaarder gemeten kan worden met een biologische dan met een psychologische maat. Ook vandaag moeten we dat, ondanks de grote woorden die regelmatig vallen in de neurowetenschap, gewoon weer concluderen. Een simpele vraag als 'Bent U vaak moe?'

verklaart bijvoorbeeld al snel duizend keer zoveel variantie in relevante uitkomstmaten op het gebied van depressie, dan het nieuwe depressiegen dat eerder in dit jaar in de literatuur opdook (Cai et al., 2015). Wanneer u iemand hoort beweren, dat hij op basis van biologische metingen kan achterhalen wat u kunt, denkt, voelt, of wilt, heeft u van doen met iemand die het verschil tussen wetenschap en science fiction niet helder voor de geest heeft.

Dat was honderd jaar geleden ook al zo en daarom zat Galton dus in de penarie. Het intelligentieproject werd gered door de eerder genoemde Binet, die een even praktische als briljante oplossing voor het meetprobleem introduceerde. In plaats van zich te richten op biologisch geïnspireerde maten, legde Binet mensen gewoon een aantal puzzeltjes van verschillende aard voor. Vervolgens telde hij hoeveel puzzeltjes ze konden oplossen: hoe meer puzzeltjes goed,

hoe slimmer (Brybaert & Rastle, 2013).

Het idee, dat je het aantal opgaven dat iemand goed maakt kunt tellen, en dat die simpele telling een maat is voor iemands vaardigheid, dat is echt een heel goed idee. Beter dan het onbewuste van Freud of de leertheorie van Skinner. Misschien wel het belangrijkste idee in de geschiedenis van de psychologie.

De telling in kwestie heet in de psychometrie de somscore. De somscore is berucht en gevreesd.

Eens in de zoveel tijd komt er

weer iemand die een manier gevonden heeft om tests op een andere manier te scoren. Dan worden er subscores vernieuwvuldigd en gedeeld, er worden ingewikkelde schattingsalgoritmen gebruikt om allerlei wegingsfactoren te schatten. Dat werkt bijna nooit. De somscore wint vrijwel altijd, en die ene keer dat hij verliest is het verschil zó klein, dat het de moeite niet waard is.

Waarom werkt de somscore zo goed? Dat komt omdat de correlaties tussen testcores die met hetzelfde inhoudelijk domein te maken hebben een zogenaamde positieve topologische ruimte vormen. In de psychometrische volksmond wordt die ruimte aangeduid met de Engelse term *positive manifold*. In het geval van intelligentie houdt de *positive manifold* in dat verschillende soorten puzzeltjes altijd positief correleren. Dat wil zeggen: wie beter is dan

De psychologische
test is een van
de belangrijkste
wetenschappelijke
uitvindingen die
er bestaan

gemiddeld in ruimtelijke rotatie, is waarschijnlijk ook iets beter dan gemiddeld in spelling, en ook iets beter dan gemiddeld in rekenen. De positive manifold van intelligentie werd begin twintigste eeuw ontdekt door de Brit Charles Spearman (Spearman, 1904). Er zijn, naast de positive manifold van intelligentietests, in de psychologie nog andere voorbeelden van positive manifolds, zoals die van persoonlijkheid (alle 'gunstige' persoonlijkheidstrekken hangen positief samen) en psychopathologie (hoe meer problemen op het ene vlak, hoe meer problemen op het andere vlak).

Doordat in een positive manifold verschillende scores positief samenhangen, geeft de somscore al snel een goede samenvatting van de algemene toestand van een persoon op een domein, vooral als alle correlaties ongeveer in dezelfde orde van grootte zijn. Dit is een krachtig principe, dat de basis vormt voor eigenlijk alle metingen in de psychologie. Vrijwel alle theoretische constructen in de psychologie worden geoperationaliseerd met een somscore die gedefinieerd is op een positive manifold: intelligentie, persoonlijkheid, mentale stoornissen, attitudes, noem maar op. Van meegaandheid tot emotionele intelligentie en van depressie tot kwaliteit van leven: het zijn in de praktijk allemaal, zonder uitzondering, somscores.

De somscore is dus de Popeye van de psychometrie, en de positive manifold is zijn spinazie: Als Popeye maar voldoende spinazie te eten krijgt, dan is hij onverslaanbaar.

THEORETISCHE VERANKERING

De operationalisatie van psychologische begrippen met gestandaardiseerde tests, die gescoord worden met somscores, is in principe een heel goed idee. De psychometrie heeft de afgelopen eeuw, in allerlei schitterende wiskundige afleidingen, de basis onder deze praktijk uitgewerkt met meetmodellen. Met behulp van nieuwe technieken kan het psychometrisch gekwantificeerde mensbeeld nu ook gerelateerd worden aan hersenscans en genetica. Alle ingrediënten voor een succesvolle wetenschap zijn aanwezig. Er is maar één probleem. Het werkt niet.

Ondanks het ontegenzeggelijke belang van psychologische tests in de samenleving, en ondanks de prachtige psychometrische modellen die de afgelopen honderd jaar zijn opgesteld, moeten wij constateren dat de psychologie als wetenschap betrekkelijk weinig baat heeft gehad bij de standaardmethodes om psychologische constructen te meten. De precisie, voorspellende kracht, en controlemogelijkheden die worden uitgedrukt in de slogan 'meten is weten', die zijn in de psychologie zelden gerealiseerd.

Ik denk dat dit komt omdat wij er niet in geslaagd zijn een overtuigende theoretische verankering voor onze metingen te vinden. We weten eigenlijk niet goed wat onze tests meten, hoe ze werken, of welke psychologische processen ze oproepen, en we hebben daar ook nauwelijks theorieën over ontwikkeld. Dat is op zijn beurt een symptoom van een dieper probleem; namelijk, dat de psychologie er überhaupt niet in slaagt overtuigende wetenschappelijke theorieën op te stellen.

Het is niet mijn bedoeling hiermee mijn collega's te beledigen. Ik ken mijn eigen werk, dat voor een groot deel uit pogingen tot theorievorming bestaat, zonder meer dezelfde status toe. In mijn ogen zijn grote delen van de psychologie, waaronder ook mijn werk valt, nog steeds in een fase die de



wetenschapsfilosoof Kuhn als 'prewetenschappelijk' aanduidde, juist omdat de psychologie geen theoretische richting kent. De grote theoretische kaders in de psychologie – behaviorisme, psychoanalyse, biologisch reductionisme – hebben stuk voor stuk gefaald, en er is niets voor in de plaats gekomen. Daardoor ontbeert de psychologie een richtinggevend kader, zoals de natuurkunde dat vond in het werk van Newton, de biologie in de evolutietheorie van Darwin, en de computerwetenschap in het idee van de Turing-machine.

Als ik over dit soort zaken vertel, zakken sommige studenten en onderzoekers langzaam weg in een depressieve toestand. Is het allemaal wel ergens goed voor? Moet ik niet toch maar iets anders gaan doen met mijn leven?

Daar heb ik geen last van, en ik vind het ook onterecht.

Menselijk gedrag is, om met Skinner te spreken, 'het moeilijkste onderwerp dat ooit aan een wetenschappelijke analyse is onderworpen' (Skinner, 1987, p. 780). Zelfs de meest eenvoudige vragen die je

over mensen kan stellen, leiden tot moeilijkheden die onze collega's in de exacte wetenschappen zich nauwelijks voor kunnen stellen. Ik zou onze psychometrische problematiek bijvoorbeeld zonder enige aarzeling uitruilen tegen het beruchte meetprobleem in de kwantummechanica. Subatomaire deeltjes die uit hun superpositie vallen zijn ongetwijfeld ingewikkeld, maar ze vragen zich niet af wat de onderzoeker toch van ze wil met al die ingewikkelde proefopstellingen. Mensen doen dat wel.

Een tijdje geleden moest ik bij de avondapotheek een medicijn halen. Er stond een lange rij. Achteraan was een man stennis aan het schoppen. Hij had zijn medicijnen nú nodig, schreeuwde hij. De apotheker vertelde hem, dat hij net als de anderen op zijn beurt moest wachten. 'Maar dat kan ik nou juist niet' riep de man, 'want ik heb ADHD! Daarvoor moet ik juist die medicijnen hebben!' De man verklaarde zichzelf dus aan de hand van een stoornis die de wetenschappelijke psychologie hem heeft aangeleverd, en rechtvaardigde zijn gedrag daarmee. Zo hebben de categorieën, die de psychologie bedenkt om menselijk gedrag in te delen, weer invloed op datzelfde gedrag. Door het ongekende zelfreferentiële vermogen van de mens doet de psychologie

denken aan de mystieke slang Ouroboros, die zichzelf in de staart bijt. Niets in de ons bekende natuur bezit ook maar bij benadering zo'n diepgaande complexiteit. De mens is het moeilijkste onderzoeksobject dat er bestaat.

Het is dus misschien niet zo gek dat de psychologie, met haar krankzinnig ingewikkelde onderzoeksobject, na honderdvijftig jaar onderzoek nog weinig overtuigende theorie heeft opgeleverd. Toch maak ik me op dit punt zorgen. Het lijkt soms namelijk, alsof de psychologie het gevecht een beetje heeft opgegeven. Alsof men genoeg

neemt met de documentatie van basale effecten en relaties tussen variabelen. Daar ga ik niet mee akkoord. Ik denk, of weet eigenlijk wel zeker, dat er op het gebied van theorievorming in de psychologie veel meer mogelijk is dan men nu denkt. Ik zal nu een voorbeeld geven van hoe ik denk dat de psychologen theorievorming kunnen aanpakken.

Het maakt de CITO-toets niet uit of een kind 'wc' zegt of 'toilet', als het maar weet hoe je het spelt

LATENTE VARIABELEN EN ECOSYSTEMEN

Eerder heb ik het gehad over de positive manifold: het fenomeen dat gelijksoortige eigenschappen of vaardigheden in de psychologie doorgaans positief samenhangen. Zo zijn vrijwel alle psychische klachten waarmee een mens te maken kan hebben – van het horen van stemmen tot depressie en van verslaving tot angstigheid – positief gecorreleerd. Mensen met meer problemen van het ene soort, hebben ook meer problemen van het andere soort.

Maar hoe komt zo'n positive manifold nu tot stand? *Waarom* hangen gelijkaardige testcores positief samen? Daarop had de psychologie tot een paar jaar geleden eigenlijk maar één antwoord: *omdat zij hetzelfde meten*.

Dit verklaringsschema berust op een analogie. Geobserveerde variabelen worden namelijk opgevat als metingen van hetzelfde, net als bijvoorbeeld de uitslagen van verschillende thermometers allemaal afhangen van dezelfde grootte, namelijk de omgevingstemperatuur. Gaat die temperatuur omhoog, dan reageert iedere individuele thermometer daarop door te stijgen. Daardoor zullen de thermometerstanden een patroon van positieve correlaties vertonen: een positive manifold dus.

In de psychometrie worden correlaties op soortgelijke

wijze verklaard. Waarom zien wij een positieve samenhang tussen verschillende maten voor probleemoplossend vermogen? Omdat er een algemene intelligentiefactor is, die al die prestaties bepaalt. Waarom zien wij een positieve samenhang tussen symptomen van depressie? Omdat al deze symptomen worden veroorzaakt door dezelfde onderliggende stoornis. Waarom zien wij een positieve samenhang tussen verschillende soorten evaluaties van politieke partijen? Omdat al die evaluaties dezelfde attitude meten. Iedere keer wordt de samenhang tussen observeerbare variabelen verklaard met een zogenaamde latente variabele: een onderliggend construct dat als gemeenschappelijke oorzaak van die observeerbare variabelen fungeert.

In de afgelopen eeuw heeft psychologie ontzettend hard geprobeerd zulke latente variabelen ook empirisch te identificeren. Voor bijvoorbeeld depressie heeft men geprobeerd de centrale oorzaak van depressiesymptomen te identificeren met aangeleerde hulpeloosheid, verdrongen trauma's, hormonale disbalansen, chemische abnormaliteiten in het brein, en een stoet andere variabelen. Soortgelijke rijtjes kan men opstellen voor andere psychologische stoornissen, maar ook voor intelligentie en persoonlijkheid.

Deze benadering is mislukt. Er is, ook na een eeuw onderzoek, in vrijwel geen enkel geval een serieuze aanwijzing dat de in het psychometrisch model gepostuleerde gemeenschappelijke oorzaak ook echt bestaat. Maar waar komen al die positieve correlaties *dan* vandaan?

Daar heb ik jaren mijn hoofd over gebroken. Tot op een goede dag mijn collega Han van der Maas mijn kamer binnenkam, zwaaiend met een papiertje waarop hij allemaal rondjes met pijltjes ertussen had getekend. Hij lanceerde de hypothese dat de positive manifold ontstaat omdat verschillende IQ-subtests processen meten die elkaar direct beïnvloeden. Een beter werkgeheugen zorgt er bijvoorbeeld voor dat een kind meer strategieën kan gebruiken om rekensommen op te lossen, en toepassing van die strategieën verbetert weer het werkgeheugen. Dus waar hadden we die hele latente variabele dan eigenlijk voor nodig? Was het niet voldoende om aan te nemen dat er directe interacties bestonden tussen de betrokken processen, die ervoor zorgen dat zij als het ware verknoopt raken?

Dat zijn wat mij betreft de mooiste momenten in het wetenschapsbedrijf: dat iemand een figuurtje op papiertje tekent, waarna zich ineens een hele wereld van onderzoeksmogelijkheden opent.

Een psychologisch construct zou, als dit model klopte, immers helemaal niet als gemeten onderliggende variabele

Als het om menselijk gedrag gaat is de biologie niet hard, maar boterzacht

fungeren. Beter past een alternatieve analogie, die gebaseerd is op het idee van een ecosysteem. In een ecosysteem als een bos leven allerlei diersoorten, die van elkaar afhankelijk zijn. Als de konijnenstand stijgt, dan groeit het aantal vossen, want vossen eten konijnen. Deze directe causale interacties leiden ertoe dat diersoorten met elkaar verknoopt raken in een dynamisch systeem. De toestand van het gehele systeem – in ons geval zou dat bijvoorbeeld iemands algemene intelligentie kunnen zijn – *emergeert* uit die lokale interacties, maar is *niet* de oorzaak van de positive manifold. Dat is een heroverweging van het psychometrisch fundament waarop de psychologie rust, oftewel van de grondslagen van de psychologie.

NETWERKEN

In 2008 begon ik met een klein groepje onderzoekers, onder wie Lourens Waldorp, Angélique Cramer, Verena Schmittmann en Sacha Epskamp de mogelijkheden van complexe netwerkbenaderingen te verkennen. Al snel werd duidelijk dat het toepassingsgebied van netwerken veel breder is dan intelligentie alleen. Ook constructen in de psychopathologie, persoonlijkheid, en in het attitudeonderzoek leken zich eigenlijk beter te lenen voor netwerkbenaderingen dan voor het klassieke latente variabelenmodel. Daarom vatten wij het plan op om een algemeen bruikbare methodologie te ontwikkelen, die door onderzoekers gebruikt kan worden om netwerkstructuren te analyseren en representeren.

Die methodologie bestaat inmiddels. We hebben data-analytische methoden ontwikkeld om op basis van allerlei soorten data netwerken te schatten, te simuleren, en te analyseren. Deze methodologie is geïmplementeerd in de programma's *qgraph* (Epskamp et al., 2012) en *IsingFit* (Van Borkulo et al., 2014), en wordt nu wereldwijd gebruikt door onderzoekers in allerlei onderzoeksgebieden. Netwerkbenaaderingen zijn succesvol toegepast op onderwerpen als posttraumatische stress (McNally et al., 2015), autisme (Ruzzano et al., 2014), attitudes (Dalege et al., 2015), depressie (Cramer et al., 2012), kwaliteit van leven (Kossakowski et al.,

2015), complexe rouw (Robinaugh et al., 2014), en persoonlijkheid (Cramer et al., 2012).

Het grootste succes van deze benadering tot zover ligt echter op het gebied van de psychopathologie. Daar bleek de koppeling tussen netwerken en mentale stoornissen zo sterk, dat zich – tot mijn verbazing, trouwens – als vanzelf een principiële theorie ontwikkelde over wat stoornissen eigenlijk zijn (Cramer et al., 2010). In deze opvatting ontstaan mentale stoornissen als depressie, gegeneraliseerde angststoornis, of posttraumatische stressstoornis uit interacties tussen de symptomen van die stoornissen. Dat zulke interacties bestaan is zeer plausibel en inmiddels ook

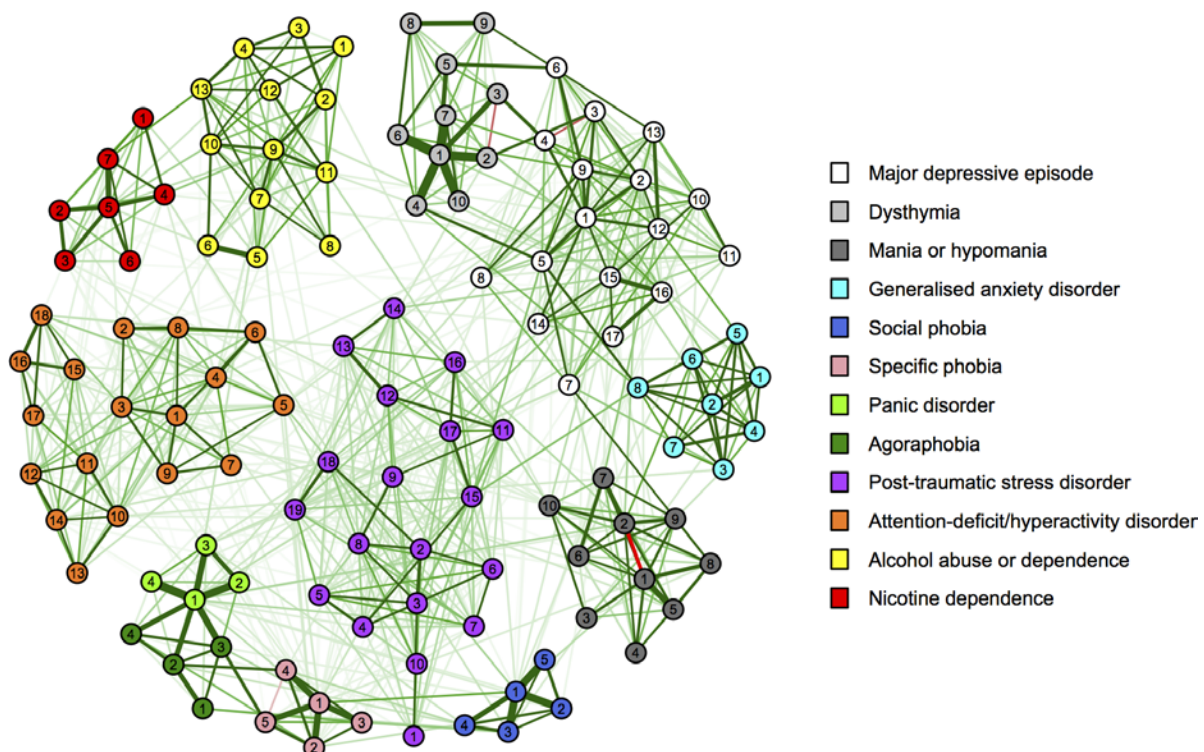
empirisch ondersteund. Bekijken wij de symptomen van depressie, dan vinden wij daar bijvoorbeeld onder andere: slaapproblemen, vermoeidheid, concentratieproblemen, en neerslachtigheid. Welnu: wie niet slaapt wordt moe; wie moe is, kan zich slecht concentreren; wie zich slecht kan concentreren komt nergens toe; wie nergens toe komt, voelt zich neerslachtig, en gaat misschien 's nachts piekeren, waardoor de slaapproblemen weer verergeren. Zo vormen symptomen van mentale stoornissen vicieuze cirkels van problemen, die kunnen culminereren in een neerwaartse spiraal waaruit ontsnappen moeilijk is, en in sommige gevallen zelfs onmogelijk.

FIGUUR 1

Figuur 1. De netwerkstructuur van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV* zoals bepaald in een steekproef van ruim 34.653 inwoners van de vs. Ieder element in het netwerk representeert een symp-

toom. Positieve (negatieve) relaties tussen symptomen zijn weergegeven met groene (rode) connecties. Symptomen zijn gekleurd naar de DSM-IV-stoornis waarbij zij horen. De figuur is gebaseerd op: Boschloo et

al. (2015) The Network Structure of Symptoms of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *PLoS ONE*, 10 (9): e0137621.



Wie de diagnostische handboeken doorwerkt, die kan er eigenlijk niet omheen dat dit soort interacties tussen symptomen bestaan. Vaak zijn ze zelfs met zoveel woorden in de diagnostische criteria opgenomen. Overmatig handwassen telt bijvoorbeeld alleen als symptoom van obsessief compulsieve stoornis indien het veroorzaakt wordt door een ander symptoom, namelijk het gevoel vies te zijn; roekeloos gedrag in het verkeer telt alleen als symptoom van alcoholverslaving als het veroorzaakt wordt overmatig alcoholgebruik – een variabele die zelf ook weer als symptoom wordt opgevoerd. Dat er hier sprake is van systemen van variabelen die elkaar beïnvloeden kan dus eigenlijk niet serieus ter discussie staan. De ecosysteemanalogie past daardoor *a priori* al vele malen beter dan het latente-variabelenmodel, waarin de correlatie tussen bijvoorbeeld slaapgebrek en vermoeidheid verklaard moet worden door hun gemeenschappelijke afhankelijkheid van een latente stoornis – een tamelijk vergezocht idee.

Met de technieken die wij ontwikkeld hebben kan de netwerkstructuur van de interacties tussen symptomen uit onderzoeksgegevens geschat worden. Een voorbeeld van zo'n netwerkstructuur staat in Figuur 1. Deze figuur is afkomstig uit een recent artikel van Lynn Boschloo en collega's (2015). Het netwerk geeft ieder symptoom uit de vierde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* weer als een bolletje. Een groene verbinding tussen twee bolletjes betekent dat de symptomen in kwestie een positieve correlatie vertonen, die niet weg te krijgen is door rekening te houden met de aanwezigheid van andere symptomen. Dit is een aanwijzing dat er tussen de twee symptomen een causaal verband zou kunnen bestaan, hoewel dit type netwerk niet aangeeft wat de aard of richting van dat verband is. Een rode verbinding geeft een negatieve relatie aan. De meeste verbindingen in de figuur zijn groen, en dat verklaart de positieve manifold: problemen veroorzaken vaak andere problemen, maar heffen die zelden op. Ook zijn in het netwerk de mentale stoornissen uit de DSM-IV duidelijk terug te zien als eilandjes van wat sterker verbonden symptomen. Dit is een vrij robuuste bevinding in ons onderzoek, die mij wel een beetje verbaasde gezien het ad hoc karakter van de DSM, en gegeven alle kritiek die er op het systeem bestaat.

Blijkbaar correspondeert het boek toch wel redelijk met empirische regelmatigheden.

Wat heb je nu aan zo'n netwerk? Ten eerste biedt het een nieuw perspectief om na te denken over de fundamentele vraag wat mentale stoornissen als depressie eigenlijk zijn. In de huidige literatuur zijn er eigenlijk maar twee kandidaat-antwoorden op die vraag: ofwel stoornissen worden gezien als onderliggende oorzaken van symptomen, ofwel als arbitraire groepen van symptomen; het zijn dan willekeurige etiketten, sociale constructies die geen aanspraak op de realiteit kunnen maken. Het netwerkmodel biedt een derde alternatief: stoornissen zijn groepen symptomen die elkaar zodanig sterk beïnvloeden, dat er vicieuze en zelfversterkende cirkels ontstaan. Dat is een nieuw antwoord op één van de grondslagen-vragen: bestaat zoiets als depressie echt? Ja, maar niet als onderliggende ziekte of biologische abnormaliteit. Depressie is, in de netwerkbenadering, een alternatief evenwicht in een probleemnetwerk, dat ontstaat omdat teveel problemen elkaar te sterk blijven beïnvloeden.

Ook diagnostiek zelf kan terugvoeren in de structuur van het systeem, zoals mij duidelijk werd in de rij bij de apotheek: omdat de man uit dat verhaal zijn stoornis opvoerde als oorzaak van zijn gedrag, ontsloeg hij zichzelf van de plicht om iets aan dat gedrag te doen. Zo werd zijn diagnose onderdeel van zijn probleemnetwerk. In de netwerkbenade-

ring kunnen stoornissen dus tegelijk te maken hebben met de biologie van ons menselijk systeem, met psychologische factoren en de interactie daartussen, én met de verhalen die wij over onszelf vertellen en waarmee we ons gedrag rationaliseren – inclusief het verhaal van de wetenschap zelf. We kunnen met netwerken dus de jacht op de slang Ouroboros openen. Dat is voor het eerst.

Ten tweede stelt de netwerkbenadering ons in staat een nieuw arsenaal aan verklaringsmechanismen op te stellen. Met netwerkmodellen zoals hier afgebeeld kun je de ontwikkeling van stoornissen simuleren. In zulke computersimulaties kunnen we nagaan welke ons bekende fenomenen door het netwerkmodel kunnen worden verklaard en welke niet. Dit is een enorme rijkdom voor een vakgebied als de klinische psychologie, dat tot nog toe vooral aangewezen was op verbale, niet-geformaliseerde theorieën. Simulaties

De somscore is de Popeye van de psychometrie

met het netwerkmodel tonen bijvoorbeeld aan dat stoornissen zich als continua of als categorieën kunnen gedragen, afhankelijk van de sterkte van de interacties tussen symptomen. Dat zeer verrassende resultaat lost een oeroude vraag uit de klinische psychologie op, namelijk of stoornissen nu uitlopers zijn van continue dimensies of discrete ziektebeelden. Dat kan dus allebei: sterk verbonden netwerken vertonen plotselinge, schoksgewijze overgangen, terwijl zwak verbonden netwerken zich continu en lineair gedragen. Ik denk zelf dat de schoksgewijze variant, waarin problemen zo krachtig zijn dat ze elkaar systematisch in stand houden, de echte stoornis verradt en dat het meer continue gedrag hoort bij onze gewone reacties op de ellende die wij meemaken in het leven.

Ook tonen onze simulaties aan dat, als er in netwerken van symptomen plotselinge, niet-lineaire overgangen optreden, deze worden aangekondigd door dezelfde karakteristieke waarschuwingssignalen die men ziet in andere complexe systemen; bijvoorbeeld vlak voordat een regenwoud verandert in een woestijn. Specifiek worden zulke transities vooraf gegaan door een afnemende weerbaarheid, die zich verradt door een vertraging in het herstel van een systeem na toevallige schokken. In het geval van depressie zou dat betekenen dat iemand, die op het punt staat in een depressie te schieten, er merkbaar langer over doet om te herstellen van kleine dagelijkse narigheden. In samenwerking met Marieke Wichers uit Groningen en de groepen van Marten Scheffer in Wageningen en Ken Kendler in Virginia hebben we nu in een aantal studies aannemelijk gemaakt dat zulke waarschuwingssignalen inderdaad te zien zijn, voorafgaand aan het optreden van een depressie (Van de Leemput et al., 2014; Wichers et al., 2016). Dat zou kunnen leiden tot nieuwe technologie om bijvoorbeeld terugval tijdig te detecteren.

Het netwerkmodel biedt ten slotte uitzicht op nieuwe manieren om stoornissen te behandelen. In samenwerking met onderzoekers in de groep van Robert Schoevers in Groningen werken we aan nieuwe methoden om voor individuele cliënten de netwerkstructuur van hun problematiek in kaart te brengen: welke problemen leiden, voor een specifiek individu, tot welke andere problemen (Kroeze et al., *submitted*). Dat doen we door cliënten langere tijd te volgen, om vervolgens patronen van samenhang tussen symptomen te analyseren zoals die zich in de tijd voordoen; een techniek die we samen met Francis Tuerlinckx en Laura Bringmann uit Leuven hebben ontwikkeld (Bringmann et al., 2013). Het is nog te vroeg om te zeggen of zulke benaderingen ook echt

nuttig zijn om behandelingen op te baseren, maar door deze nieuwe technologie zijn de vooruitzichten in mijn ogen nu wel beter dan ze lange tijd geweest zijn.

De ontwikkeling van netwerkmodellen maakt het onderzoekers mogelijk om systematisch aan theorievorming te gaan doen, omdat netwerkmodellen voldoende geformaliseerd kunnen worden om aan te rekenen en aan te simuleren. Maar het maakt ook systematische behandelplanning mogelijk, omdat met een netwerkmodel de effecten van verschillende interventies kunnen worden doorgerekend. Zoals de sociaal psycholoog Kurt Lewin zei: er is niets zo praktisch als een goede theorie.

CONCLUSIE

Er is een groot aantal onderwerpen de revue gepasseerd. Via psychologische tests en psychometrie ben ik uitgekomen bij ecosystemen en psychopathologie. Wat hebben deze onderwerpen nu met elkaar te maken?

Het overkoepelende thema is theorievorming. Theorievorming begint heel vaak met een verbetering in ons waarnemingsvermogen. In ons geval is dat de uitvinding van de psychologische test. Zo'n uitvinding stelt ons in staat om nieuwe empirische fenomenen te detecteren. In ons geval is dat de *positive manifold*. Om zo'n fenomeen te verklaren, zoekt de wetenschappelijk onderzoeker naar analogieën uit andere gebieden, die hij of zij al begrijpt. In ons geval is zo'n analogie de basis voor het psychometrische latente variabelenmodel. Daarin worden geobserveerde scores immers gemodelleerd alsof zij metingen van dezelfde grootheid zijn. De stap van latente variabelenmodellen naar netwerkmodellen was mogelijk omdat wij inzagen dat ook een andere analogie past op de *positive manifold*; namelijk die van een ecosysteem. De daaruit volgende kanteling van ons begrip penapparaat heeft enorme consequenties voor de manier waarop wij denken over bijvoorbeeld stoornissen, en daarmee voor de manier waarop wij die onderzoeken.

In het ontdekken van empirische regelmatigheden, zoals de *positive manifold*, is de psychologie heel erg goed. Maar in het opstellen van theoretische verklaringsmodellen is zij dat niet. Theorievorming in de psychologie is een informele, verbale aangelegenheid die vooral ondernomen wordt door uitgeraasde empirisch onderzoekers op leeftijd, die voor zij met pensioen gaan nog even snel een ei willen leggen. Dat moet veranderen. Theorievorming moet, net als in andere vakgebieden, het domein worden van de allerslimste geesten, in de kracht van hun leven, die waar nodig de meest geavanceerde wiskundige technieken aanwenden voor het

opstellen van theoretische geïnformeerde psychometrische modellen.

Daarvoor moeten we mensen anders gaan opleiden. En dat kan. De strategie van theorievorming door gebruik van analogieën, is bijvoorbeeld heel goed te leren. Je kunt mensen trainen in het opstellen van goede theorieën en je kunt ze feedback geven door te laten zien waar hun analogieën mank gaan. Je kunt er ook onderwijs op inrichten. Je kunt over theorievorming leerboeken schrijven. Waarom bestaan die niet? Dat moet ook veranderen. Zo kunnen we in de toekomst niet alleen mensen opleiden die nieuwe feiten produceren, maar ook mensen die het empirisch materiaal aan elkaar kunnen lijmen.

De netwerkbenadering van psychopathologie illustreert de krachten die kunnen loskomen als inhoudelijke theorie succesvol gekoppeld wordt aan formele psychometrische

modellen. Het is daarbij van belang op te merken dat het geheim van die benadering, ondanks alle statistische en data-analytische toeters en bellen, ligt in een puur grondslagenidee: een heroverweging van wat wij eigenlijk aan het meten zijn en hoe we daarover na moeten denken. Dat illustreert hoe het wroeten in de klamme grondslagenaarde de prachtigste bodemschatten kan opleveren, juist omdat het gaat om zulke fundamentele zaken. Wie iets verandert aan de fundamentele van een gebouw, beïnvloedt alle verdiepingen tegelijk.

OVER DE AUTEUR

Denny Borsboom is hoogleraar 'Grondslagen van de psychologie en de psychometrie' aan de Universiteit van Amsterdam. E-mail: d.borsboom@uva.nl.

Literatuur

- Borkulo, C.D. van, Borsboom, D., Epskamp, S., Blanken, T.F., Boschloo, L. et al. Schoevers, R.A. & Waldorp, L.J. (2014). A new method for constructing networks from binary data. *Scientific Reports*, 4, 5918. doi: 10.1038/srep05918
- Boschloo, L., Borkulo, C.D. van, Rhemtulla, M., Keyes, K.M., Borsboom, D. & Schoevers, R.A. (2015). The network structure of symptoms of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *PLoS One*, 10: e0137621. doi: 10.1371/journal.pone.0137621
- Bringmann, L.F., Vissers, N., Wichers, M., Geschwind, N., Kuppens, P., Peeters, F., Borsboom, D. & Tuerlinckx, F. (2013). A network approach to psychopathology: New insights into clinical longitudinal data. *PLoS ONE*, 8, e60188, 1-13. doi:10.1371/journal.pone.0060188
- Brysbaert, M. & Rastle, K. (2013). *Historical and conceptual issues in psychology*. Harlow: Pearson.
- Cai, N. et al. (2015). Sparse whole-genome sequencing identifies two loci for major depressive disorder. *Nature*, 523, 588-91.
- Cramer, A.O.J., Waldorp, L.J., van der Maas, H. & Borsboom, D. (2010). Comorbidity: A network perspective. *Behavioral and Brain Sciences*, 33, 137-150.
- Cramer, A.O.J., Borsboom, D., Aggen, S.H. & Kendler, K.S. (2012). The pathoplasticity of major depression. *Psychological Medicine*, 42, 957-965. doi:10.1017/S003329171100211X
- Cramer, A.O.J., van der Sluis, S., Noordhof, A., Wicherts, M., Geschwind, N., Aggen, S.H., Kendler, K.S. & Borsboom, D. (2012). Dimensions of normal personality as networks in search of equilibrium: You can't like parties if you don't like people. *European Journal of Personality*, 26, 414-431.
- Dalege, J., Borsboom, D., Harreveld, F. van, Berg, H. van den, Conner, M. & Maas, H.L.J. van der (2015). Toward a formalized account of attitudes: the Causal Attitude Network (CAN) model. *Psychological Review*. doi: 10.1037/a0039802
- Epskamp, S., Cramer, A.O.J., Waldorp, L.J., Schmittmann, V.D. & Borsboom, D. (2012). Qgraph: Network visualizations of relationships in psychometric data. *Journal of Statistical Software*, 48, 1-18.
- Gould, S. J. (1980). *The panda's thumb*. New York: Norton.
- Kossakowski, J.J., Epskamp, S., Kieffer, J.M., Borkulo, C.D. van, Rhemtulla, M. & Borsboom, D. (2015). The application of a network approach to health-related quality of life (HRQoL): Introducing a new method for assessing HRQoL in healthy adults and cancer patients. *Quality of Life Research*. doi: 10.1007/s11136-015-1127-z
- Kroeze, R., Van der Veen, D. C., Servaas, M. N., Bastiaansen, J. A., Oude Voshaar, R., Borsboom, D., Ruhe, H. G., Schoevers, R. A. & Riese, H. (submitted). Personalized feedback on daily dynamics of psychopathology: A proof-of-principle study.
- McNally, R. J., Robinaugh, D. J., Wu, Gwyneth W. Y., Wang, L., Deserno, M. & Borsboom, D. (2015). Mental disorders as causal systems: A network approach to Posttraumatic Stress Disorder. *Clinical Psychological Science*, 3, 1-14.
- Robinaugh, D. J., LeBlanc, N.J., Vulitech, H.A. & McNally, R. J. (2014). Network analysis of persistent complex bereavement disorder in conjugally bereaved adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 123, 510-522.
- Ruzzano, L., Borsboom, D. & Geurts, H.M. (2014). A network analysis of repetitive behaviors in autism and obsessive compulsive disorder: a new perspective. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. DOI: 10.1007/s10803-014-2204-9
- Skinner, B.F. (1987). Whatever happened to psychology as the science of behavior? *American Psychologist*, 42, 780-186.
- Spearman, C. (1904). "General intelligence", objectively determined and measured. *The American Journal of Psychology*, 15, 201-292.
- Van de Leemput, I.A., Wichers, M., Cramer, A.O.J., Borsboom, D., Tuerlinckx, F., Kuppens, P., Nes, E.H. van, Viechtbauer, W., Giltay, E.J., Aggen, S.H., Derom, C., Jacobs, N., Kendler, K.S., Maas, H.L.J. van der, Neale, M.C., Peeters, F., Thiery, E., Zachar, P. & Scheffer, M. (2014). Critical slowing down as early warning for the onset and termination of depression. *National Academy of Sciences. Proceedings*, 111 (1), 87-92.
- Wichers, M., Groot, P. C., Psychosystems, ESM Group & EWS Group (2016). Critical Slowing Down as a personalized Early Warning Signal for depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 114-116.



Nederlands Instituut van Psychologen

NIP

Download nu de gratis app van het NIP: veel voordelen voor leden!



Wij maken het u graag gemakkelijk!

Met onze app kunt u heel eenvoudig gebruikmaken van de voordelen die de app u biedt. Zo kunt u alle artikelen van De Psycholoog op uw tablet of smartphone lezen. Handig ingedeeld per rubriek wanneer u op zoek bent naar een specifiek onderwerp. Fijn voor onderweg!

Bovendien is via deze app het laatste nieuws te vinden. Overzichtelijk en up to date. Via de NIP-agenda mist u niet één belangrijk seminar of workshop en wordt dit met één druk op de knop direct in uw agenda geplaatst.

Laat u overtuigen door onze handige app en download 'm gratis. Exclusief voor leden.



FORUM

EEN GOEDE DOOD IN PSYCHOLOGIE EN PSYCHIATRIE

De forumbijdrage van Ton Vink bespreekt twee recente zelfdodingen van jonge psychiatrische patiënten en eindigt met een – voorzichtige – suggestie voor een zeer lastige problematiek. Volgens Vink zijn er drie routes naar een zelfgekozen dood te onderscheiden. Er is de ‘harde’ route van de sprong voor de trein, verhangings, enzovoort. Daarnaast is er de formele, in wetgeving vervatte route van de artseneuthanasie. En ten slotte is er de zelfbezorgde goede dood onder eigen regie, of zelfeuthanasie. Jos de Keijser dient hem van repliek.



Het confronterende karakter van een 'harde' zelfdoding is met de komst van de Wet Toetsing Levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WtL) niet minder geworden. Het CBS presenteert al jaren stijgende cijfers. De beide casussen van Sanne en Lucas zijn goed gedocumenteerd en door de naasten, nu nabestaanden, naar buiten gebracht. Hieronder volgen eerst de beide casussen. Daarna ga ik in op de betekenis van 'euthanasie' als *goede* dood. Vervolgens bespreek ik zelfeuthanasie en artseneuthanasie en hun (mogelijke) rol binnen de psychiatrie. Ik sluit af met een voorzichtig – en vragenderwijs – pleidooi voor zelfeuthanasie op grond van eigen verantwoordelijkheid en eigen regie.

EUTHANASIE OF GOEDE DOOD

Naast artseneuthanasie – te definiëren als 'opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene op diens verzoek, conform de eisen van de WtL' – kennen we sinds enkele jaren ook de mogelijkheid van zelfeuthanasie – te definiëren als 'opzettelijk levensbeëindigend handelen door de betrokkene zelf,

aan de betrokkene zelf, na een heldere afweging besloten en op zorgvuldige wijze uitgevoerd' (bijv. Chabot 2010; Vink 2013).

Wat maakt dit 'opzettelijk levensbeëindigend handelen' nu tot een *goede* dood? Merkwaardig genoeg wordt daar zelden of nooit naar gevraagd (vgl. Vink, 2014b). Een *goede* dood is hier een dood:

- die vrijwillig en weloverwogen zelf wordt gezocht;
- waartoe na een heldere en bewuste afweging wordt besloten;
- waarin de rol van de betrokkene zo groot mogelijk is;
- die op zorgvuldige wijze en zonder toegevoegd pijn en lijden wordt bewerkt;
- die niet in gedwongen eenzaamheid wordt uitgevoerd;
- die, indien mogelijk, na en in gesprek met naasten plaatsvindt;

- die binnen de mogelijkheden door de betrokkene als waardig wordt gezien;
- die de betrokkene (uiteindelijk) in rust en overgave aanvaardt.

In het geval van zelfeuthanasie komen hier, ter onderscheiding van artseneuthanasie, twee kenmerken bij:

- de dood is niet alleen zelfgezocht, maar tevens zelfbezorgd en zelfbeschikt.

LAATSTE MOGELIJKHEID De mate waarin deze eigenschappen aanwezig zijn, bepaalt in hoeverre en in welke mate er in een individuele casus sprake is van een *goede* dood. Sannes keuze om alleen te sterven, springt er negatief uit. Maar zoals aangegeven is dat vooral te danken aan de opstelling van justitie en politie. Dat klemmt des te meer omdat de laatste mogelijkheid die iemand ervan zou kunnen

SANNE

Vrijdag 24 oktober 2014 berichtte *Trouw* over de levensbeëindiging van Sanne, onder de titel 'Zij putte kracht uit haar besluit' (de citaten in deze paragraaf stammen uit dit artikel). Sanne beëindigde haar leven niet door een sprong voor de trein. Samen met haar vader zocht zij contact met een counselor van Stichting de Einder, onder meer om te overleggen over beschikbare informatie om weloverwogen, onder eigen zeggenschap en regie, zelf haar leven te beëindigen. Omdat Sanne dankzij dat contact 'wist dat ze uit het leven kon stappen

zonder anderen onnodig veel pijn te doen, kwam er rust en ruimte om mooie herinneringen op te halen en afscheid te nemen.'

Sanne was 27 jaar en ondanks deze fraaie woorden behoeft de impact van zo'n stap in de levens van anderen weinig toelichting. Sanne leed aan een borderline-persoonlijkheidsstoornis, chronische depressie en slapeloosheid. Na negen jaar intensieve behandeling zonder resultaat heeft ze besloten niet langer te willen leven. Het verhaal van Sanne wordt door haarzelf en door haar vader verteld in de film 'Ik laat je gaan',

weerhouden zo'n definitieve stap te zetten – de aanwezigheid van een liefhebbende naaste – door de opstelling van politie en justitie wordt bemoeilijkt.

Geheel ten overvloede voeg ik hier nog aan toe dat het feit dat iemand een goede dood sterft, niet wil zeggen dat het goed is dat hij of zij dood is. Het *goede* zit in het *proces*, niet in het *resultaat*.

ZELFEUTHANASIE: GESPREK EN INFORMATIE

Sanne kwam in contact met een van de levenseindecounselors en kon op een andere manier dan Lucas haar leven beëindigen. Over de begeleiding door de counselors gaan allerlei verhalen rond. De *Trouw*-journalist vraagt zich af 'of een gesprek van drie kwartier genoeg is om te bepalen of een psychiatrische patiënt over dodelijke medicatie kan beschikken'.

Nu duurde het contact tussen cliënt en counselor geen drie kwartier. Maar, drie kwartier of drie maanden: het is de verkeerde vraag. De vraag suggereert immers dat de counselor degene is die bepaalt of zijn/haar cliënt wel of niet mag sterven, nadat aan een aantal voorwaarden is voldaan. Dat is een situatie die verwijst naar de WtL en de daarin vervatte zorgvuldigheidseisen waaraan de arts moet voldoen. Voor zover ik dat kan beoordelen, kan daarvan bij Sanne noch bij Lucas sprake zijn geweest.

Maar dat is niet de positie van de counselor ten opzichte van zijn cliënt. De counselor helpt niet bij de zelfdoding en verstrekt evenmin de middelen daartoe. De counselor heeft wel informatie – informatie die voor iedere Nederlander toegankelijk is – die het de cliënt mogelijk maakt de zeggenschap en regie over het

eigen levenseinde in eigen hand te krijgen; als het even kan in gesprek en overleg met naasten, en wel zodanig dat wanneer tot levensbeëindiging besloten wordt, dit kan plaatsvinden op een weloverwogen en zorgvuldige manier.

De betekenis van het voorgenomen besluit voor de naasten en naaste omgeving speelt daarbij zeker een rol, en het is dan ook geen toeval dat Sanne's vader in het contact met de counselor betrokken is. Het belang van het gesprek en contact met de counselor ligt niet zozeer in de informatie over middelen (hoe relevant die overigens ook is), maar in het feit dat er open en zonder vooroordelen *gesproken* kan worden over een voornemen dat in de samenleving voortdurend op vooroordelen stuit en daar uitsluitend onder allerlei beperkende voorwaarden besproken kan worden – als dat al kan.

De uitkomst van de gesprekken

van regisseuse Kim Faber (24 jaar). **KRACHT EN AFSCHIED**
Zoals de titel van het artikel in *Trouw* verwijst naar de kracht die Sanne uit haar besluit kon putten, zo verwijst de titel van de film naar de kracht van Sannes vader om haar te laten gaan. Voor beiden geen eenvoudige zaak.

Het sobere verhaal van zowel artikel als film kan niet verhelen dat het voor Sannes vader een verdrietig afscheid was. Maar de voorbereiding en onderlinge openheid betekende voor hem wel: 'langzaam kunnen wennen aan het idee.'

Na een intense periode van

gezamenlijk terugkijken en afscheid nemen, beëindigde Sanne thuis haar leven.

JUSTITIE

Een instantie die er maar niet in slaagt op een fatsoenlijke manier met dit verschijnsel om te gaan, is justitie (Vink 2012a; 2013). Vandaar dat Sanne besloot haar middelen alleen in te nemen, 'zonder haar vader, omdat ze niemand in de problemen wilde brengen'.

Sanne stierf alleen. Haar counselor heeft haar uitgelegd dat haar vader aanwezig zou kunnen zijn, maar dat

hij dan inderdaad moest rekenen op een emotioneel belastende confrontatie met politie en justitie, ook al zou hij uiteindelijk geen juridisch risico lopen. Sanne wilde hem die confrontatie besparen. Dat siert haar; maar dat het optreden van justitie en politie sommigen tot deze eenzaamheid dwingt, vraagt dringend om verandering. Zelfdoding is niet strafbaar; erbij aanwezig zijn evenmin; dit moet ook bij justitie bekend zijn (bijv. Hoge Raad 1995; Hoge Raad 2005). Terughoudendheid in het optreden, zeker tegenover naasten en nu nabestaanden, is op z'n plaats.

met een counselor komt er in het grootste deel van de gevallen overigens op neer dat de levensbeëindiging niet, of in elk geval voorlopig niet, plaatsvindt. De zekerheid en de rust die eigen zeggenschap en regie – zelfbeschikking, voor wie dat wil – met zich meebrengt, vormt de reden daarachter. Maar er zijn ook gevallen waarin de levensbeëindiging wél volgt; Sanne is daar een voorbeeld van.

ARTSENEUTHANASIE: IS NOODZAKELIJK OOK VOLDOENDE?

In april 2015 is door de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) een zogeheten 'Code of Practice' uitgebracht. Daarin wordt ook afzonderlijk aandacht besteed aan de verzoeken tot levensbeëindiging, in overwegende mate voortkomend uit psychisch lijden (RTE, 2015a, p. 26-27).

De RTE stelt in de *Code of Practice*: 'Veelal gaat het in dergelijke zaken om complexe psychiatrische problematiek en is de inbreng van specifieke deskundigheid vereist.' En dus volgt er een aanvullende aanbeveling: 'De arts moet naast de reguliere consulent die een oordeel geeft over alle zorgvuldigheidseisen genoemd in de par. 3.2 tot en met 3.5 ook een onafhankelijke psychiater raadplegen, ter beoordeling van de wilsbekwaamheid ter zake van het verzoek en de uitzichtloosheid van het lijden van de patiënt. Om onnodige belasting van de patiënt te voorkomen, kan de optie van een (SCEN-)consulent die tevens psychiater is de voorkeur hebben.' Vooral de wilsbekwaamheid en

uitzichtloosheid zijn punt van zorg.

Maar als een arts/psychiater nu conform de zorgvuldigheidseisen van de WtL kan voldoen aan de noodzakelijke voorwaarden om, in de vorm van artseneuthanasie, een verzoek tot levensbeëindiging te kunnen honoreren, voldoet hij daarmee dan ook noodzakelijk aan de voldoende voorwaarde om dat verzoek te honoreren (Vink 2012)? Er is hier in mijn ogen sprake van een merkwaardige verwaarlozing van de betekenis van het verschil tussen het doden van jezelf en het doden van een ander mens (Vink 2014b). Niet alleen bestaat er een

gapende juridische kloof tussen die twee, je zou toch ook verwachten dat de morele kloof tussen die twee zich doet voelen.

Als de arts/psychiater kan voldoen aan de noodzakelijke voorwaarden van de WtL, dan is er bij de psychiatrische patiënt, conform die voorwaarden, sprake van wilsbekwaamheid, vrijwilligheid, weloverwogenheid; van uitzichtloosheid en ondraaglijkheid; het ontbreken van een andere redelijke oplossing.

We hebben het hier binnen de totale groep van gehonoreerde verzoeken conform de WtL bovendien over relatief jonge

LUCAS

Op zaterdag 13 september 2014 bracht de *Volkskrant* het eveneens aangrijpende verhaal van de zelfdoding van de 24-jarige Lucas, psychologiestudent. Lucas' vader, Frits, schreef over de hele gang van zaken een boekje (Woudstra, 2014; 2015). Het artikel in de *Volkskrant*, waaruit ik in deze paragraaf citeer, bevat enkele passages daaruit.

Lucas is al enkele jaren onder behandeling bij een psycholoog en wordt omschreven als 'een zacht-aardige, gesloten jongen. Iemand die liever te weinig zegt dan te veel'. Praten over diagnose, therapie en aanverwante zaken als depressiviteit, deed hij dan ook niet. Lucas ging op zeker moment 'van behandelaar naar behandelaar', een versnippering die uiteindelijk niemand goed doet; Lucas – soms waren er crisisinterventies nodig – al helemaal niet.

Zijn verblijf in een isoleercel (vgl.

ook het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg dienaangaande, 4 juni 2015) tijdens een crisis had een blijvende indruk gemaakt: 'Lucas was panisch voor de crisisdienst. Hij was als de dood dat hij weer in de isoleercel zou komen.'

Uiteindelijk komt hij weer thuis wonen; voor de ouders, met al hun liefde en inzet, een zware opgave. En het gaat dan ook mis.

DAT KAN IK TOCH NIET...

Het verhaal van Lucas leidt naar een dramatische ontknoping, op de ochtend van 17 december 2013. In de beschrijving van de aanloop naar deze ontknoping, bleef ik haken bij een stukje tekst in het verhaal van de vader dat er – in mijn ogen althans – vooral uitspringt. Het gaat om de volgende conversatie:

'Op de avond van 14 december zegt Lucas: "Pap, ik moet iets met je

patiënten; patiënten die behalve wilsbekwaam ook, in de praktische (naast de juridische) betekenis van dat woord, handelingsbekwaam zijn. De patiënt is daarmee bekwaam, in staat, tot het weloverwogen en zorgvuldig voorbereiden en verrichten van handelingen, in dit geval ook: ultieme handelingen die uitmonden in een zelfbezorgde goede dood onder eigen regie (zelfeuthanasie).

CONCLUDERENDE OPMERKINGEN

In 2010 sprak Ad Kerkhof, hoogleraar Suïcidepreventie aan de Vrije Universiteit Amsterdam, over

Dat iemand een goede dood sterft, wil niet zeggen dat het goed is dat hij of zij dood is; het goede zit in het proces, niet in het resultaat

‘een demonstratie van armoede’ naar aanleiding van persberichten dat psychiaters ‘hun patiënten de straat op moeten sturen zodat ze daar een einde aan hun leven kunnen maken’ (*De Stentor* 19 april 2010).

Sindsdien is er niet zo geweldig veel veranderd, behalve dat de

statistieken een gestage stijging van het aantal zelfdodingen laten zien. Daarnaast is er ook wat artseneuthanasie binnen de psychiatrie betreft sprake van een stijging. De cijfers van het Jaarverslag 2013 en 2014 van de RTE laten dat zien (RTE, 2014, p. 58; 2015b, p. 9). Je kunt daaruit

bespreken, maar je moet zweren dat je het geheim houdt.”

Dat doet zijn vader.

“Ik wil ermee knippen,” zegt Lucas.

“Waarmee?” vraagt zijn vader. “Met het leven?”

“Ja,” zegt zijn zoon. “Ja.”

Zijn vader schrikt. Toch blijft hij rustig als Lucas hem vraagt of hij hem wil helpen met medicijnen.

“Pap, ja of nee?” vraagt hij.

“Nee,” zegt Frits. “Ik ben je vader, dat kan ik toch niet.”

Dit korte gesprek – ‘Vanaf dat moment praat zijn zoon er niet meer over’ – is een cruciaal moment. Niet alleen Lucas praat er niet meer over; zijn vader evenmin ‘omdat hij zijn belofte aan Lucas niet wil schenden.’

Maar aan deze gang van zaken hangt wel een prijskaartje dat heel kort daarna op 17 december om 08.30 uur betaald wordt door de machinist

van een intercity-trein. Want: ‘... Lucas wordt verslonden door de stompe neus van de intercity en honderden meters verderop in stukjes teruggevonden’ – dit laatste schrijft Lucas’ vader in zijn verhaal, waarin hij ook de laatste momenten van het leven van zijn zoon probeert te reconstrueren.

MAAR TOCH ZAL IK JE OOK DAN BLIJVEN STEUNEN...

Het is een cruciaal slotzinnetje, de avond van 14 december: “Nee,” zegt Frits. “Ik ben je vader, dat kan ik toch niet.”

Wat nu als het had geluid: ‘Ik ben je vader, dat kan ik toch niet; maar toch zal ik je ook dan blijven steunen?’ Mag je hierover speculeren? Ik wil er de vader van Lucas zeker geen onrecht mee doen. De kwestie echter – zelfdoding binnen de psychiatrie, *en de manier waarop die plaatsvindt* – is belangrijk genoeg.

Een eerste consequentie zou zijn

geweest dat de machinist de ochtend van 17 december een gewone dienst had gedraaid – niet onbelangrijk. Daarna is het onduidelijk. Het kan twee kanten op. Het ‘happy end’ zou zijn dat deze belangrijke steun van vader bij zou dragen aan een op den duur blijvende ommekeer. Maar zo’n ‘happy end’ is absoluut ongewis en wellicht zelfs onwaarschijnlijk – het verhaal van Sanne laat dat zien. Aan de andere kant zou de zelfdoding dan, als het inderdaad zo ver kwam, gebruikmakend van door Lucas verworven medicijnen, een totaal andere vorm hebben gekregen, al was de dood en het afscheid er niet minder definitief om.

Het leven beëindigen in de eigen omgeving, in het eigen bed, als het kan in aanwezigheid van intimi (contra politie en justitie), is van een volstrekt andere orde dan te worden verslonden door de stompe neus van een intercity.

concluderen: dat is de te bewandelen route. De arts of psychiater is de verantwoordelijke. Kan hij na een verzoek om levensbeëindiging van de patiënt aan de voorwaarden van de wet voldoen, dan is het aan de arts/psychiater om die verantwoordelijkheid wel of niet te nemen. De wet levert het kader van de noodzakelijke voorwaarden en de arts bepaalt of er voor hem ook voldoende voorwaarde bestaat.

Mijn – voorzichtige – suggestie betreft een derde weg: zelfeuthanasie. Aan de ene kant zullen we ons met het verschijnsel van 'harde' zelfdodingen, hoe verdrietig ook, moeten leren verzoenen. Dat is niet defaitistisch maar realistisch bedoeld. Aan de andere kant moeten we, ook als het gaat om in overwegende mate psychisch lijden, leren over zelfdoding en suïcidaliteit te praten. En dat ook open en concreet, en, als het ook maar even kan, vooral inclusief

Het belang van het gesprek en contact met de counselor ligt in het feit dat er open en zonder vooroordelen gesproken kan worden over een voornemen dat in de samenleving voortdurend op vooroordelen stuit

betrokkenheid van naasten.

Zou een dergelijke openheid nu niet ook moeten en/of kunnen betekenen: gedocumenteerde doorverwijzing door de psychiater en/of psycholoog naar een van de counselors? Voor gesprek(ken) en informatie – zie de casus van Sanne. Als de patiënt – nu liever: cliënt – dan al tot levensbeëindiging overgaat, dan kan hij of zij daar zelf, in gesprek met naasten, de volledige verantwoordelijkheid

voor dragen en daarbij zorgen voor een zorgvuldige uitvoering van een goede dood.

OVER DE AUTEUR

Dr. Ton Vink is praktijkvoerend filosoof, auteur en counselor (www.ninewells.nl). Hij werkte van 1998 tot 2016 samen met Stichting de Einder en is tevens eindredacteur van *Filosofie & Praktijk*.

E-mail: dr.tonvink@kpnmail.nl.

GEDEELDE BESLUITVORMING BIJ VRIJWILLIGE LEVENSBEEÏNDIGING

In hoofdlijnen is het pleidooi van Ton Vink voor zelfeuthanasie een sympathiek verhaal, waarbij ik me wel afvraag of een 'levenseindecounselor' – even los van de term en de nieuwe professie – nu de oplossing is. Op het internet is immers veel informatie over levensbeëindiging beschikbaar, dus wat voegt een counselor nog toe aan een vriend of familielid. Het gevaar bestaat dat zo'n functionaris de persoon die dood wil (nog) verder weghoudt van zijn directe sociale omgeving. Dat is voor mij een essentieel punt dat Vink onvoldoende belicht. Mensen met doodswensen hebben vaak de neiging zich te isoleren van

hun sociale omgeving en één of twee personen te selecteren die mee gaan in de doodswens. De anderen worden vaak buitengesloten. In geval van Sanne in de bijdrage van Vink begeleidde de vader haar. Maar was er ook een moeder, waren er broers en zusters?

In de gezondheidszorg wordt in de behandelrichtlijnen steeds meer gepleit voor gedeelde besluitvorming. De hoofdbehandelaar (een arts of psycholoog), de patiënt en de familie nemen met elkaar een gedragen beslissing. Dit is absoluut een verrijking voor de gezondheidszorg, zeker ook rond het zelfgekozen levenseinde. Maar zo'n

gedragen beslissing leidt tevens tot allerlei dilemma's, zoals het omgaan met verdeeldheid binnen één familie over de doodswens. Wat te doen met de minderheid die bijvoorbeeld emotionele of principiële problemen heeft? We weten te weinig wat er met deze groep gebeurt. Uit diverse studies (bijv. Swarte et al., 2003) komt naar voren dat het niet kunnen instemmen met euthanasie, zelfdoding of hulp bij zelfdoding bij nabestaanden tot extra problemen leidt bij de verwerking.

Wat te doen bij ongedeelde besluiten? Stel, er zijn vier volwassen kinderen. Eén daarvan, degene die zich

Literatuur

- Chabot, B. & Braam, S. (2010). *Uitweg. Een waardig levenseinde in eigen hand*. Amsterdam: Nijgh & Van Ditmar.
- Hoge Raad Mulder-Meiss, HR 1995, NJ 1996, 322.
- Hoge Raad Muns, ECLI:NL:HR:2005:AR8225.
- RTE (2014). *Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Jaarverslag 2013*. Den Haag. www.euthanasiecommissie.nl.
- RTE (2015a). *Code of Practice*. Den Haag. www.euthanasiecommissie.nl.
- RTE (2015b). *Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Jaarverslag 2014*. Den Haag. www.euthanasiecommissie.nl.
- Vink, T. (2012a). Criminalisering van het sterfbed door justitie en politie. *Nederlands Juristenblad*, 87(5), 320-324.
- Vink, T. (2012b). Reactie op 'Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie; stand van zaken en bespreking van een recente casus'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 763-764. (Gevolgd door een 'Antwoord aan Vink' door De Boer en Oei)
- Vink, T. (2013). *Zelfeuthanasie. Een zelfbezorgde goede dood onder eigen regie*. Budel: Damon.
- Vink, T. (2014a). De gekozen dood is niet altijd een dokterstaak. *Medisch Contact* 69,(24), 1214-1215.
- Vink, T. (2014b). Euthanasie en de waarde(n) van de goede dood. *Streven. Cultureel Maatschappelijk Maandblad*, 81(8), 691-701.
- Woudstra, F.M. (2014). *Blijvend ontgoocheld* (In eigen beheer; uitverkocht).
- Woudstra, F.M. (2015). *Lucas Casimir*, Amsterdam: Thomas Rap.

in het kerngezin vaak geïsoleerd en buitengesloten voelde, heeft moeite met de doodswens van haar zieke moeder. Dan is het onverstandig om democratisch te besluiten de onwillige dochter te isoleren en alleen de meewerkende kinderen bij de gesprekken met de moeder en de artsen te betrekken. Helaas is dit veelal de praktijk. Mogelijk kan een psycholoog, geestelijk verzorger of maatschappelijk werker met systeemtheoretische kennis met de kinderen en de moeder naar overeenkomsten zoeken: waar ligt de onderhandelingsruimte? De moeder wil niet dat één van haar kinderen buiten wordt gesloten.

Mogelijk heeft de betreffende dochter meer tijd nodig om zich voor te bereiden en is moeder in staat met haar die tijd te benutten om tot een gezamenlijke afronding te komen. Gedeelde besluitvorming kan bovendien helpen voorkomen dat iemand in een tunnelvisie, niet in contact met zijn dierbaren, een onuitgesproken, onomkeerbare beslissing neemt.

Laten we, kortom, meer aandacht hebben voor de naasten (de Keijser, 2016) die verder moeten na vrijwillige levensbeëindiging.

De Keijser, J. (2016). Het zelfgekozen levenseinde. Levensbeëindiging als oplossing? In: Vink, M., Teunissen, S. & Geertsema, H. (red.). *Klaar met leven*. Utrecht: BSL.

Swarte, N.B., Van der Lee, M.L., Van der Bom, J.G., Van den Bout, J. & Heintz, A.P.M. (2003). Effects of euthanasia on the bereaved family and friends: a cross sectional study. *British Medical Journal*, 327(7408), 189-199.

Jos de Keijser is bijzonder hoogleraar psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Hij heeft zich gespecialiseerd in de behandeling van suicidaal gedrag, verlies na suicide, moord en persoonsvermissing. Ook werkt hij als klinisch psycholoog bij GGZ-Friesland en als hoofdopleider bij de Rijksuniversiteit Groningen.



Geaccrediteerd Onderwijs
in **Groningen** en **Nuenen**

Een selectie uit ons aanbod:

Hechting en trauma

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

Vervolgcurcus cognitieve gedragstherapie

Erik ten Broeke | 03-05-16 in Groningen

Basisopleiding EMDR Volwassenen

Erik ten Broeke | 23-06-16 in Groningen

Vervolgcurcus schematherapie

Marjon Nadort | 05-09-16 in Groningen

WRITEjunior

Sascha Lucassen | 12-09-16 in Groningen

Werken met getraumatiseerde gezinnen

Trudy Mooren | 16-09-16 in Groningen

Acceptance and Commitment Therapy

Jacqueline A-Tjak | 19-09-16 in Groningen

Relatietherapie en EMDR

Indra Spierts | 22-09-16 in Nuenen

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

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

Bij- en nascholingscursus

LEVENSLIOP ALS LEVENSKUNST

vanuit Existentieel Psychologisch perspectief

Bij professionals in de gezondheidszorg blijken existentiële kernvragen vaak de oorzaak van stagnatie of ontwikkeling te zijn. Van de andere kant kunnen deze vragen ook aanzetten tot verandering in het eigen, beroepsmatige handelen. Dat komt de kwaliteit van het werk ten goede en bevordert het werkplezier.

De eigen levensloop voorziet deze vraagstukken van een persoonlijk reliëf. Door onderzoek daarvan laat je 'de waan van de dag' even achter je. Je concentreert je op de essentie van je eigen functioneren en het contact met je cliënten.

In 8 maandelijkse bijeenkomsten staan deze vraagstukken centraal, met ruime aandacht voor casuïstiek, attitude en professioneel handelen: 'autonomie & verbondenheid', 'vrijheid & verantwoordelijkheid', 'identiteit & burn-out', 'groei & ontwikkeling', 'dood & vergankelijkheid' en 'levenskunst & verandering'.

DOELGROEP klinisch en GZ-psychologen, psychotherapeuten, huisartsen, palliatieve zorg- en verpleeghuisartsen, medisch specialisten.

ACCREDITATIES TOEGEKEND DOOR NIP, FGZP, VCGP en aangevraagd bij ABC1.

PLAATS Conferentieoord de Poort, Groesbeek.

TIJD op dinsdagen, 8 nov., 13 dec. 2016, 17 jan., 14 feb., 14 mrt., 18 apr., 16 mei en 13 jun. 2017, van 9.30 uur tot 16.30 uur.

AANMELDING vóór 30 mei 2016

Opvragen draaiboek en aanmelding bij de docent
Joske van Huygevoort, klinisch psycholoog en psychotherapeut,
tel. 024-3234503

E-MAIL ppvanhuygevoort@kpnmail.nl

WEBSITE www.joskevanhuygevoort.nl



Radboud Universitair Medisch Centrum
voor Mindfulness

Mindfulness



*Een 1,5-jarige
postacademische opleiding
tot mindfulnesstrainer*

Voor professionals in de gezondheidszorg,
welzijn, onderwijs en management

www.radboudcentrumvoormindfulness.nl

RINO

Een greep uit ons aanbod:

Floorplay Specialist

Modulaire opleidingsroute voor HBO & WO opgeleiden
www.rino.nl/floorplay eerste module start 19 april

Opleiding seksuoloog NVVS

2 jarige postacademische opleiding
www.rino.nl/seks start in september

Profielopleiding Ouderenpsycholoog:

1,5 - jarige profielopleiding voor GZ-psychologen
www.rino.nl/PO-O start in september

ESTD Conference 2016

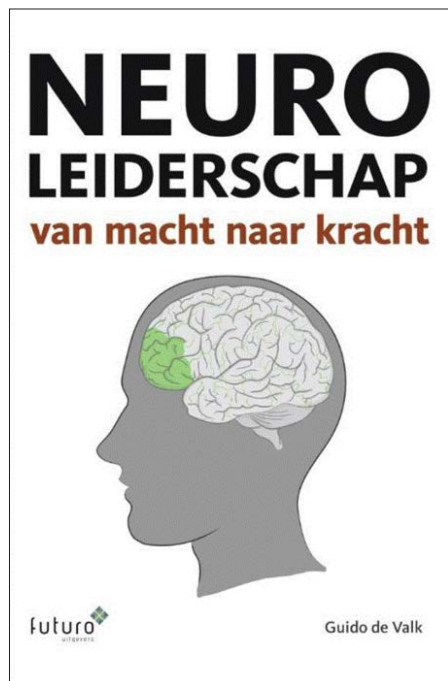
Trauma, dissociation and affect dysregulation across the life-span
www.estd2016.org 14 - 16 april, Amsterdam

IEDTA Conference 2016

Overcoming treatment resistant depression: the power of emotion!
www.iedta2016.org 3 - 5 november, Amsterdam

www.rino.nl

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



Veel geluk met uw hersenen

Neuroleiderschap: van macht naar kracht

Door: G. de Valk

Amsterdam: Futuro, 129 p.

IK2: de beste versie van jezelf

Door: M. Sitskoorn

Deventer: Vakmedianet, 283 p.

Recensent: Karel Soudijn

Waarom valt de aarde niet naar beneden in het heelal? Het klassieke antwoord luidt: omdat de aarde op een enorm grote schildpad rust. Een enkeling vraagt verder door. Waarom valt die schildpad niet naar beneden? Op die vraag luidt het antwoord: omdat dit dier op de rug van een gigantische olifant staat. En die olifant, waar staat die dan op? Dat weet ik niet.

Na lezing van de recente boeken van Guido de Valk en Margriet Sitskoorn begrijp ik opeens waarom het onderwerp 'hersenen' tegenwoordig zo populair is. Onze hersenen hebben in allerlei redeneringen dezelfde functie gekregen als de enorme schildpad en de gigantische olifant. Waarom gedragen wij ons op een bepaalde manier? Dat komt door onze hersenen; die sturen ons aan. Waarom duurt het zo lang voordat we nieuwe vaardigheden echt goed beheersen? Dat komt omdat onze hersenen tijd nodig hebben om nieuwe

paden in te slijpen. Het antwoord is steeds een herhaling van de vraag in doorzichtige vermomming.

ZELFHULP

Guido de Valk is een arts en een ex-manager. Tegenwoordig verzorgt hij trainingen in wat hij zelf aanduidt als 'mensgericht leiderschap'. Als arts vindt hij het zinvol om zijn adviezen te kunnen rechtvaardigen door naar het functioneren van onze hersenen te verwijzen. Begrippen zoals 'mensgerichtheid' en 'betrokkenheid' krijgen hierdoor volgens hem een minder softe klank. Of anders gezegd: de auteur heeft het idee dat hij zijn adviezen gemakkelijker verkoopt als hij ze in verband brengt met het functioneren van onze hersenen. Bovendien voelt hij zich bij lichamelijke zaken op vertrouwd terrein. In het eerste deel van zijn boek beschrijft hij daarom heel beknopt hoe onze

hersenen functioneren. Het tweede deel van *Neuro-leiderschap* bestaat uit een reeks adviezen: bied veiligheid, bied ruimte, bied uitdagingen, bied focus en bied compassie. De Valk sluit af met een epiloog waarin hij vertelt hoe sterk hij zich liet inspireren door een film over Mahatma Gandhi (geen hersenonderzoeker, voor zover bekend).

Wie alle passages over de hersenen wegstreept, houdt een eenvoudig zelfhulpboek over. Veel adviezen sluiten aan bij ideeën die in psychologische literatuur over hulpverlening gangbaar zijn. Bovendien is het helemaal niet zo gek voor managers om in de omgang met andere mensen veiligheid te bieden. Dat geldt ook voor diverse andere aanbevelingen. Erg veel hersenen heb je daar niet voor nodig.

ONGBREIDELD OPTIMISME

Margriet Sitskoorn is hoogleraar neuropsychologie. Zij richt zich niet tot een bepaalde groep lezers (managers), maar ze spreekt ons allemaal aan. Ze doet dat enthousiast en uitdagend. We krijgen een flink aantal opdrachten van haar: vragenlijsten die we moeten

heid bronnen (literatuur, websites, apps).

Sitskoorn is veel gedetailleerder dan De Valk, maar de adviezen van beide auteurs vertonen een opvallende overeenkomst. Vaak lijken ze dezelfde bronnen te hebben geraadpleegd. En ook voor Sitskoorn geldt: om haar levenslessen in praktijk te kunnen brengen, is het helemaal niet nodig om iets over hersenen te weten. Er is geen specifieke neuropsychologische kennis nodig om bijvoorbeeld de volgende adviezen te beoordelen als zinvol:

- Tuimel niet in de valkuil van het 'multitasken', want het lukt u helemaal niet zo goed om allerlei belangrijke zaken tegelijk uit te voeren.
- Denk niet alleen aan onmiddellijke bevrediging van behoeften, maar investeer ook in doelstellingen die u slechts op langere termijn kunt bereiken.
- Werk daar in kleine stapjes naartoe.
- Ga niet de hele dag stil zitten, maar zorg voor voldoende beweging.
- Neem echter ook pauzes, ga op tijd naar bed en sta niet te laat op.

Als ik adviezen in deze vorm formuleer, lijken ze nogal voor de hand te liggen. Sterker nog: hebben we hier niet te maken met een verzameling doodoeners? Sitskoorn kan deze laatste vraag op twee manieren beantwoorden. Ten eerste: haar adviezen zijn gedetailleerder uitgewerkt dan de zinnestjes die u in de vorige alinea las. Zo komen doodoeners tot leven. Ten tweede kan ze naar voren brengen dat de zinvolheid van al haar aanbevelingen wordt verklaard uit de kennis over hersenfuncties. Helaas zijn we met dit laatste dan weer terug bij de retorische rol die hersenen in tegenwoordige redeneringen krijgen.

De boeken van De Valk en Sitskoorn stralen een ongebreideld optimisme uit: alles is te ontwikkelen, ook onze hersenen. Zelfs kleine handelingen hebben een positief effect op ons brein. Sitskoorn merkt ergens op dat het heel gunstig is om zo nu en dan je armen over elkaar te slaan. In haar boek (en op de achterflap) staat ze gefotografeerd – met de armen over elkaar geslagen. Guido de Valk kent waarschijnlijk dezelfde bron: ook hij laat zich twee keer afbeelden – eveneens met de armen over elkaar.

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

Waarom valt de aarde niet naar beneden in het heelal?

invullen en kleine proefjes die we meteen kunnen uitvoeren. Telkens verwijst Sitskoorn naar websites waar we meer vragenlijsten en meer proefjes kunnen vinden. Als goede docent kent zij bovendien de kracht van de herhaling. Sommige passages staan in grote letters nog eens extra afgedrukt en verschillende vragenlijsten moeten we meer dan één keer invullen, of (ter controle) door mensen uit onze omgeving laten invullen. Er is een duidelijk verschil in stijl met Guido de Valk. Stukken over hersenen en gedrag zijn bij Sitskoorn sterker met elkaar verweven. En waar De Valk nauwelijks naar literatuur verwijst, speelt Sitskoorn open kaart: ze specificeert een gigantische hoeveel-



Hulpverlening als interactie

Beterweters: van lastige naar optimale interacties in de (g)gz

Door: F. Bannink & R. de Haan
Amsterdam: Boom, 223 p.

Recensent: Karel Soudijn

Moeten hulpverleners op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg 'evidence-based' werken? Fredrike Bannink en René den Haan wijzen op een spanning: cliënten willen niet altijd veranderen op de manier die in vakliteratuur beschreven staat. We kunnen dit aanduiden als weerstand, maar dan leggen we de schuld van een mislukte ingreep helemaal bij de cliënt. De therapeut blijft dan buiten schot. De auteurs vinden dat er meer aandacht moet komen voor hulpverlening als een vorm van interactie. Cliënten en hulpverleners praten gemakkelijk langs elkaar heen.

Bannink en Den Haan beschrijven verschillende soorten interacties tussen hulpverleners en cliënten, maar hun typologie lijkt vooral bedoeld om ons meer gevoelig te maken voor de variatie aan gespreksvormen die zich in een spreekkamer kan ontwikkelen. Meteen al vanaf het eerste contact kunnen hulpverleners en cliënten elkaar in rollen duwen die averechts uitwerken. Het boek *Beterweters* heeft als doel om professionals in de geestelijke en de somatische gezondheidszorg hier gevoeliger voor te maken. Maar de auteurs hopen ook op een bijvangst: wie beter luistert, kan meer aandacht geven aan mogelijkheden die cliënten zelf hebben om te veranderen. Bannink en Den Haan willen ons daarom leren om hierover vragen aan cliënten te stellen.

Nogal wat van die vragen hebben een 'wat als'-vorm. Laat cliënten bijvoorbeeld hun huidige leven waarderen met een schoolcijfer. Vraag vervolgens wat er moet veranderen om één punt hoger uit te komen. Stimuleer hen om na te denken over mogelijkheden om dat kleine stukje verbetering tot stand te brengen. Uiteraard doemt ook hier een valkuil op,

want hulpverleners die dergelijke vragen teveel volgens een vast schema stellen, vergeten gemakkelijk weer om naar de inbreng van hun cliënten te luisteren.

De schrijvers van dit boek gebruiken niet alleen inzichten van professionals. Als interactie echt belangrijk is, dan behoren opvattingen van anderen eveneens aan bod te komen. De auteurs vroegen daarom een (klein) aantal patiënten naar hun ervaringen met hulpverlening. Ze nodigden hen ook uit om tips voor verbetering te formuleren.

In een slothoofdstuk bespreken Bannink en Den Haan 22 'veelgestelde vragen' van hulpverleners. Op één na hebben deze vragen een 'wat als'-vorm. Bijvoorbeeld: 'Wat als de patiënt een onrealistisch doel heeft?' De vragen kennen echter geen vaste antwoorden. De auteurs geven telkens een reeks suggesties. Wel is duidelijk, dat zij zich thuis voelen in een stroming die als 'positieve psychologie' valt te etiketteren.

Strikt genomen is de ondertitel van dit boek misleidend: 'Van lastige naar optimale interacties in de (g)gz'. De auteurs kunnen namelijk niet eenzijdig vaststellen wat het optimum van interacties is. Alle betrokkenen, hulpverleners en cliënten, kunnen hier verschillend over denken. Bovendien liggen de opvattingen hierover niet voor eens en voor altijd vast. Voor Bannink en Den Haan lijkt dit me een positieve constatering. Ze kunnen hun suggesties op basis van persoonlijke ervaringen uitbreiden in een lange reeks van boeken. Daar zijn ze trouwens al enige tijd geleden mee begonnen. *Beterweters* is niet hun eerste boek.



Therapeutische vaardigheden maken het verschil

De ziel van het vak. Over contact als kernwaarde in therapie

Door: E. van Meekeren & J. Baars

Amsterdam: Boom, 320 p.

Recensent: Annemarie Huiberts

Het taartdiagram van Wampold (2001) is één van de bekendste uit de psychologie. Het laat zien dat maximaal acht procent van de behandelresultaten van psychotherapie kan worden toegeschreven aan de specifieke behandelmethode, zeventig procent aan specifieke effecten zoals de kwaliteit van de therapeutische relatie, en de overige 22% aan nog onbekende factoren. Deze percentages contrasteren met de klinische praktijk waar behandelaars werken met richtlijnen die specifieke evidence based interventies benadrukken, ten koste van de omstandigheden waaronder deze interventies werkzaam zijn.

Om wederom aandacht te vestigen op het grote belang van specifieke factoren in psychotherapie namen psychiater Erwin van Meekeren en psychotherapeut Jan Baars het initiatief tot een bijzonder boek: *De Ziel van het Vak*. Het herinnert aan de populaire serie *Kijken in de Ziel* van Coen Verbraak, die in 2009 van start ging met een aflevering over psychiaters.

DE SPREEKKAMER

De Ziel van het Vak opent met vier theoretische hoofdstukken. Daarna volgt de kern van het boek: 33 persoonlijke verhalen waarin hulpverleners de lezer een kijkje gunnen in hun spreekkamer. Ze behandelen uiteenlopende stoornissen, vooral persoonlijkheidsproblematiek, maar ook autisme, suicidaliteit en anorexia nervosa, met een grote variëteit aan vooral recent ontwikkelde therapievormen zoals MBT en EFT. Er is een duidelijke kop – deel één gaat over het belang van de eerste indruk – en staart: het boek besluit met een

deel over het afronden van de therapie. De overige hoofdstukken staan kriskras door elkaar en worden op willekeurige plekken afgewisseld met acht korte intermezzo's. Deze snijden weliswaar belangrijke onderwerpen aan, zoals het geheugen en de wetenschap, maar voegen door hun geringe lengte weinig toe. Zelf vond ik ze wat storend, omdat ze me weghaalden uit de plek waar het allemaal gebeurt: de spreekkamer.

Daar werd ik getroffen door het vakmanschap van therapeuten die lieten zien wat zij deden en waarom zij dat deden. Psychiater Saskia Knapen geeft de eenvoudige tip om, voordat je als behandelaar verhelderende vragen gaat stellen die het gezichtspunt van de patiënt uitdagen, altijd eerst de patiënt empathisch te valideren: 'Ik snap dat je je verdrietig voelt als je denkt dat je vriendin een hekel aan je heeft.' Psychiater en psychotherapeut Dorien Philipszoon laat prachtig zien hoe zij met eenvoudige vragen als 'Wat vind je nu het engst van wat ik zeg?' het angstniveau van haar cliënt reguleert.

Boosheid vraagt om een samengestelde reactie, schrijft Jan Baars, om begrip en begrenzing. Baars weet de ingehouden woede van een patiënt bespreekbaar te maken: 'Ik kan je razernij hier in de kamer voelen' – waarna de woede afneemt en er langzaam ruimte ontstaat om constructief na te denken. Ook schaamte dient met de nodige omzichtigheid te worden aangepakt. Psychoanalyticus Frank Schalkwijk benoemt eerst de weerstand, dan de schaamte en pas daarna de onderliggende gebeurtenis: 'Het valt me op dat u zo plotseling op een ander onderwerp overgaat.

Is het onaangenaam om uzelf weer in die situatie te zien?' In haar mooie hoofdstuk over empathische breuken beschrijft psychiater en psychotherapeut Nelleke Nicolai het repareren van een contactbreuk als een belangrijk therapeutisch moment waarin patiënten zich begrepen en erkend voelen. Het opmerken van zo'n breuk noemt Nicolai expliciet de verantwoordelijkheid van de therapeut; de therapeutische relatie is immers in essentie ongelijkwaardig.

Tot mijn verbazing liepen op dit punt de meningen in het boek enigszins uiteen. Zo noemt Anton Hafkenscheid gelijkwaardigheid een kernwaarde van interpersoonlijke therapie en wordt ook het contact tussen patiënt en therapeut als gelijkwaardig beschouwd wanneer de therapeut een bemiddelende positie inneemt. In mijn ogen is echter, ook in interpersoonlijke therapie, de therapeut-patiënt relatie per definitie een afhankelijkheidsrelatie, die zich kenmerkt door een gebrek aan wederkerigheid. De therapeut houdt immers bij wat hij zegt rekening met de behoeftes en het proces van de cliënt en niet andersom. Dat maakt het lastig te begrijpen wat de auteurs precies bedoelen met gelijkwaardigheid. Hebben zij het over een graduëel verschil: het contact wordt gelijkwaardiger naarmate de therapeut minder sterk de rol van deskundige aanneemt?

Of de therapeutenrol nu wel of niet soms gelijkwaardig is aan de patiëntenrol, in *De Ziel van het Vak* wordt duidelijk dat therapeuten, net als hun patiënten, ook maar mensen zijn. De auteurs vertellen eerlijk over hun twijfels en gemaakte fouten. Ando Rokx laat zien hoe het officiële therapiedoel moet concurreren met talloze andere doelen zoals een verfraaid beeld van jezelf neerzetten, en dat niet alleen patiënten maar ook therapeuten er dit soort verborgen agenda's op na houden. Wies van de Bosch beschrijft hoe ze omgaat met haar gevoelens van irritatie naar een patiënte. Door zichzelf te valideren en kort te erkennen dat het normaal is om op het eind van een lange werkdag moe te zijn, kon ze weer ruimte voor haar patiënte vrijmaken. Het vak van een therapeut is niet alleen zwaar, maar ook intrinsiek belonend. Bij menig therapeut leidt een geslaagde therapie tot gevoelens van euforie. Relatietherapeute Karin Wagenaar loopt 'zingend de kamer uit' en Baars vindt het nog altijd een 'feest' als het hem lukt het onderlinge vertrouwen in een gezin te herstellen.

De therapeutische relatie is in essentie ongelijkwaardig

HELEND CONTACT

De Ziel van het Vak brengt het hele taartdiagram van Wampold tot leven. Het boek illustreert hoe zowel de specifieke als de aspecifieke factoren in de klinische praktijk samen de effectiviteit van een behandeling bepalen. Therapeutisch vakmanschap behelst meer dan het nauwgezet volgen van protocollen en het beheersen van één of meer behandeltechnieken. De auteurs in *De Ziel van het Vak* demonstreren het belang van algemene therapeutische vaardigheden, zoals het vermogen om stevig koers te kunnen houden en tegelijkertijd flexibel te blijven, om transparant, betrouwbaar en voorspelbaar te zijn. Ze laten zien hoe ze rekening houden met maatschappelijke aspecten, de omgeving en individuele kenmerken van een cliënt. Of ze nu met ouderen, adolescenten of allochtonen werken, op de crisisafdeling, als diagnosticus of als systeemtherapeut, alle behandelaars proberen steeds hun patiënten het gevoel te geven dat ze als individu begrepen en gezien worden.

Opvallend genoeg wordt de helende werking van contact nergens zo duidelijk geïllustreerd als in het hoofdstuk over psychofarmacotherapie. Moniek Thunnissen haalt onderzoek aan dat de behandel effecten van negen psychiaters met elkaar vergeleek. De psychiaters schreven hun patiënten ofwel een placebo ofwel een antidepressivum voor. Alle patiënten van de twee beste psychiaters verbeterden, of ze nu een placebo of een antidepressivum kregen, terwijl bij de twee slechtste psychiaters alle patiënten verslechterden. Geen pil of behandeltechniek is dus op zich effectief.

De boodschap van het boek is helder. Therapeutische vaardigheden, de ziel van het vak, maken het verschil.

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

Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.



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 **boekhandelaar Walter Jansen van Jansen & De Feijter in Velp.**



STIP AAN DE HORIZON

Boekhandels hebben het moeilijk. Maar Walter Jansen van boekhandel Jansen & De Feijter in Velp lijkt een uitzondering. In tijden van crisis in het boekenvak bouwde hij zijn winkel uit, werd hij boekhandelaar van het jaar (in 2014, en dat ben je voor het leven). En hij opende een nieuwe boekhandel in Arnhem: 't Colofon. Hoe kan dat nou?

Aanvankelijk ging het helemaal niet zo goed, legt hij uit in het petit café van zijn boekhandel in Velp. Na negen succesvolle jaren, kwam de winkel vanaf 2008 in een neerwaartse spiraal terecht. Hij moest zelfs de boekhandel in het naburige Oosterbeek – waarvan hij ook eigenaar was – sluiten.

LOSSER DENKEN

'We hoopten lang dat het wel zou overtrekken. Daarna voelden we langzaam paniek opkomen,' zegt hij. 'Alles wat we hadden opgebouwd, dreigden we kwijt te raken.'

Uiteindelijk kwam toch de omslag, alleen was dat geen omslag in de markt, maar in het eigen hoofd. Jansen ging 'losser denken': 'Het heeft geen zin boos te worden op de buitenwereld, op bol.com of op de klant omdat hij niet lokaal koopt. Je kunt beter naar jezelf kijken en ervoor zorgen dat je winkel zo leuk is dat mensen er graag naartoe komen.'

Het moment van de omslag kan hij zich nog goed herinneren. Dat was ergens in 2012, hij stond in de winkel met zijn rug naar het etalageraam dat aan de

voorkant van de winkel zit. Achterin lag het magazijn en daarachter was een muur en daarachter lag weer een stuk braakliggend terrein. Opeens kreeg hij een idee. 'Ik vond het altijd zo mooi als winkels achterin ook daglicht hebben en ik dacht: als we dat hier nou eens voor elkaar krijgen, als we het magazijn nu zouden weghalen en de achtermuur door zouden breken.'

Dat was de vonk van inspiratie die alles in beweging bracht. In het achterdeel kon een volwaardig lunchcafé komen en het buitenterrein zou dan als theetuin worden ingericht. 'Dat was de stip op de horizon. Hoe je daar komt, weet je dan nog niet,' zegt hij.

De eerste hobbel was de bekostiging. Geen bank gaat in deze tijd de uitbreiding van een boekhandel financieren. Daarom kwam Jansen op een idee dat al heel oud is, maar in die tijd nog niet binnen het MKB werd toegepast: crowdfunding.



Het heeft geen zin boos te worden op de buitenwereld, op bol.com of de klant

markt zijn, wist hij, want er was nog maar één boekwinkel over in Arnhem nadat Polare failliet was gegaan, de Bijenkorf was verdwenen en de Slegte er niet meer was. 'Dan kun je een traditionele winkel van zo'n driehonderd vierkante meter inrichten, maar ik dacht: laten we iets bijzonders neerzetten. We besloten een groot pand te betrekken, de nieuwe boekhandel 't Colofon heeft een oppervlakte van achthonderdvijftig vierkante meter. Naast de verkoop van nieuwe en tweedehands boeken kan er nog van alles worden georganiseerd. Verder is het de bedoeling dat er voor korte of langere tijd andere bedrijfjes kunnen intrekken, zodat de boekhandel de huur op den duur niet meer alleen hoeft op te brengen. Daarmee kan de winkel eveneens inspelen op nieuwe trends.

Bij de activiteiten wil Jansen & De Feijter zelf de horeca verzorgen en dat is nu een punt van aandacht. In Nederland zijn de horeca en winkelfunctie sterk gescheiden en dat werkt niet voor hem. 'Als ik een jazzavond organiseer, moeten mijn klanten hun drankje doen bij het barretje beneden, ze mogen dat niet meenemen naar de band. Van dat soort knulligheid moeten we af.'

Hij lobbyt bij de gemeente om het beleid soepeler te maken. In het buitenland kan het ook, weet hij.

Tot slot is hij iedere zaterdag ook gewoon ouderwetse boekhandelaar. 'Dan sta ik achter de kassa, zo houd ik voeling met mijn klanten. Ik zou het niet willen missen.'

'Destijds moest ik het iedereen nog uitleggen. Mensen om ons heen geloofden er niet in en dachten dat we nooit meer dan tienduizend zouden ophalen. Wij rekenden op wel dertig tot veertig mille. Het maximum stelden we vast op zestigduizend, dat haalden we toch nooit. Maar binnen drie weken was het binnen.'

TRENDS

Ook op andere vlakken voerde hij vernieuwingen door. Zo kijkt hij inmiddels niet meer alleen naar de resultaten van vorig jaar, maar ook naar de toekomst. Welke jonge schrijver gaat het straks goed doen? Zijn er andere trends? 'Ik ben nu bijvoorbeeld vrij optimistisch over de jeugd. Ze lezen veel, maar andere genres dan wij, zoals *fantasy* en *young adult*.'

Verder ging in Arnhem Bergmann Muziek failliet, een grote en gerenommeerde klassieke-muziekwinkel,

waarvoor mensen uit de wijde omtrek kwamen. De winkel redde het desondanks dat het niet, maar Jansen dacht: in een markt waarin iedereen zich terugtrekt, blijft er behoefte aan een aantal specialisten. Zo haalde hij in één klap een volwaardige cd-collectie, inclusief medewerker, binnen. Dit concept was reden om de boekhandelsprijs te winnen. En dan ging het dus niet om een boekhandel met een cd-rekje en een espressoapparaat, maar een boekhandel met een volwaardig geïntegreerde koffie-lunchbar en een echte muzikafdeling.

Ook internet is een realiteit en moet serieus worden genomen. Daarmee is hij nog bezig, het is de bedoeling dat klanten straks de voorraad online kunnen zien. Als ze iets bestellen, krijgen ze het nog dezelfde dag thuisbezorgd.

GROOT DENKEN

En de nieuwe boekhandel? Er moest een

HET LEGER DES HEILS EN DE OPVANG VAN VERWARDE PERSONEN

'DIT IS GEEN RUSTGEVENDE PLEK'

Al sinds 2011 meldt de politie elk jaar een stijging van het aantal verwarde personen waar zij mee te maken krijgt (zie *De Psycholoog* van maart). Deze personen zijn niet zelden dak- of thuisloos en dus krijgt ook het Leger des Heils – het laatste toevluchtsoord voor deze groep – een toenemend aantal verwarde mensen over de vloer. Hoe gaan de medewerkers van het Leger met deze personen om en tegen welke (terugkerende) problemen lopen zij aan? Jeroen van Goor liep mee op de dagopvang in Dordrecht en doet verslag.



O p een regenachtige ochtend in Dordrecht loopt de grote zaal van de dagopvang langzaam maar zeker vol. Merendeels mannen zonder vaste woon- of verblijfplaats zitten aan de lange tafels in een kopje koffie te blazen, nemen hun post door of begroeten een oude bekende. In het belendende kantoortje van de medewerkers van het Leger des Heils is het een komen en gaan van cliënten. De meesten steken hun hoofd naar binnen en melden dat ze op de lijst voor de nachtopvang willen, anderen moeten een telefoontje plegen om dringend iets te regelen, zoals een opgewonden man met een petje, die afwisselend schreeuwt dat de mensheid stront is, dan weer op zachte toon klaagt over de pijn in zijn rug en de nieuwe pinpas die hij maar niet kan bemachtigen.

Persoonlijk begeleider en veldwerker Anke (de medewerkers willen niet met hun achternaam in het stuk –red.) hoort zijn tirades met een glimlach aan, tot het geschreeuw haar te gortig wordt en ze de man vriendelijk doch beslist verzoekt het kantoor weer te verlaten. Mompelend vertrekt hij en zoekt een plekje in de grote zaal.

‘Het klopt dat het Leger des Heils steeds meer mensen met psychische problemen moet opvangen,’ vertelt Anke. ‘Als iemands traject bij een ggz-instelling is afgelopen of als een Rechterlijke Machtiging (RM) afloopt, belanden ze weer op straat en dan zie je ze gewoon terugvallen.’

Anja, een meer ervaren medewerker, heeft het ook vaak zien gebeuren. ‘De nazorg ontbreekt,’ constateert ze, ‘en dat is het allerbelangrijkste. Vaak zie je dat iemand is opgeknapt na een verblijf in een instelling of zelfs in detentie. En dan komt iemand weer op straat terecht en belandt hier weer in de opvang. En voor mensen die psychisch in de war zijn is dit geen rustgevende plek, want veel mensen hier hebben verslavingsproblemen. Dan zijn ze zo weer aan de drank of drugs.’

Ze pleit voor een soort tussenstation waar mensen weer kunnen opstarten. ‘Nu komt iemand uit bijvoorbeeld de Yulius GGZ en wordt hier afgezet,’ vervolgt ze. ‘Dan moeten wij er maar mee om zien te gaan, zonder dat we weten wat voor problemen er zijn of wat voor medicatie iemand gebruikt, want dit wordt vaak niet overgedragen door de betreffende instelling. We proberen altijd in te schatten hoe of

wat, al improviserend, met een soort psychologie van de straat.’

ANTIPSYCHOTICA?

Het toeval wil dat haar verhaal meteen wordt bevestigd door de praktijk. Er komt een Duitse jongen binnenlopen met een glazige blik in zijn ogen, opgezwollen handen en vlekken in zijn gezicht en op zijn kleren. Enigszins gejaagd maakt hij duidelijk dat hij op zoek is naar een slaapplek, de volgende dag moet hij verder reizen naar Lelystad. Terwijl Anke en Anja proberen het mengelmoesje van Duits en Nederlands te volgen, komt er een telefoontje binnen van het team Toeleiding en Bemoeizorg, een samenwerkingsverband van het Leger des Heils, diverse ggz-instellingen en de dienst Gezondheid & Jeugd.

INTERVIEW



Cornel Vader,
directeur Leger des Heils

FOTO: NATHAN SUDMEER

Wat is de relatie tussen het Leger des Heils en de politie?

‘Wij zijn goede vrienden en partners. Als de politie iemand in ontredderde staat aantreft in een portiek, is het de vraag waar zo iemand dan heen moet. Soms is dat tijdelijk de cel, maar na een tijdje moet die persoon er weer uit en in zeven van de tien gevallen gaat hij dan richting Leger des Heils. Komt zo iemand bij ons binnen, dan is de eerste prioriteit: een veilige plek bieden. Het Leger is lid

Men weet te melden dat de jongen eerder die dag ontslagen is uit de Yulius GGZ en dat hij die ochtend medicatie heeft gekregen. Welke medicatie precies is niet duidelijk, want dit is niet overgedragen.

'Hij heeft antipsychotica gekregen,' vermoedt medewerker Carola, 'maar hij zal geen nieuwe medicijnen meer krijgen omdat hij niet verzekerd is. We moeten er nu maar het beste van maken.' Ze biedt de jongen een kopje koffie aan. Ja, dat wil hij wel. Maar even later is hij verdwenen, de straat weer op. De medewerkers weten niet of hij nog terugkomt.

Deze jongen was weliswaar gejaagd en onrustig, maar hij werd niet agressief. Als dat wel gebeurt en een ernstig verwarde cliënt de opvang op stelten zet, kan het team de crisisdienst van de ggz oproepen. In dat geval hoort er een psychiater langs te komen om

een diagnose te stellen. Maar negen van de tien keer gebeurt dit niet, de situatie wordt dan niet als ernstig genoeg ingeschat. Men denkt niet dat die persoon een gevaar voor zichzelf of voor een ander vormt en dan moeten de medewerkers maar met de cliënt en diens situatie om zien te gaan.

'In die zin zijn wij een soort afvoerputje van de maatschappij,' stelt Anja, 'omdat wij iedereen accepteren en vaak het laatste toevluchtsoord zijn.'

Het contact met de politie is goed, zegt Carola. Er is een wijkagent waar veel contact mee is. En als er een incident is in de opvang, is de politie over het algemeen snel ter plaatse. 'Maar ook omdat ze weten dat we niet snel bellen,' vult ze aan. 'want dan moet er echt iets aan de hand zijn hier.'

van ggz Nederland en heeft ook meer dan honderd gedragswetenschappers in dienst, maar soms is er acuut een psychiater of sociaal psychiatrisch verpleegkundige nodig. Als die niet beschikbaar is, wenden we ons tot onze partners in de ggz of de verslavingszorg.'

Signaleert u net als de politie een toename van het aantal mensen met psychische problemen op straat?

'Ja. Wij zien ook een toename in absolute aantallen van het aantal verwarde mensen op straat, sinds ongeveer half 2012, na zo'n acht jaar van permanente daling. Dat zien we aan de plekken waar mensen altijd terecht kunnen, de zogenaamde laagdrempelige voorzieningen, waar sinds 2,5 jaar steeds meer mensen in grote verwarring of ontredderd aankloppen voor hulp, een stijging van 6 tot 7 % per jaar. Van deze mensen heeft zo'n 60 % gediagnosticeerde psychiatrische problemen, met name depressie, psychose of ernstige ADHD-problematiek. Het hangt bijna altijd samen met een

verslavingsprobleem en een groot deel van deze mensen heeft een verstandelijke beperking.

Wat zijn volgens u de oorzaken van deze toename?

'Die zie ik onder andere in de bezuinigingen in de ggz, zoals de reductie van het aantal bedden, dat met een derde achteruit is gegaan. Ik zie de bezuiniging op het aantal plekken beschermd wonen ook met zorg tegemoet; het model waarmee het aantal plekken per gemeente wordt verdeeld, is vooralsnog erg onduidelijk en houdt geen rekening met de historisch gegroeide realiteit per gemeente; bij de ene gemeente zal een tekort ontstaan, bij de andere misschien wel een overschot. Een andere oorzaak zie ik in het stopzetten van de financiering van de outreachende teams van de openbare ggz (oggz). Dat is een drama omdat deze teams actief op zoek gaan naar mensen die bijvoorbeeld al een tijdje ergens in een schuurtje wonen of in een leegstaande etage boven een winkel

en hen kunnen begeleiden naar hulp of andere opvang.'

Ziet u ook oplossingen?

'Met bestuurlijke drangmaatregelen kan de burgemeester mensen die dreigen te ontspreiden een maatregel opleggen, bijvoorbeeld als het gaat om bemoeizorg. Verder moet de ambulante capaciteit omhoog, sociale wijkteams moeten beter worden opgetuigd vanuit de ggz. En zorg voor voldoende vangnet door het aantal bedden in de opvang op te schroeven. Dit hoeven geen dure bedden te zijn, als je creatief bent kun je bijvoorbeeld portiekwoningen inrichten met bedden waarmee in de basisbehoefte wordt voorzien. Wat ook zou helpen is zorgen dat mensen iets te doen hebben, al is het maar een paar uur per dag. Dit kan in het kader van de participatiewet. Mensen kunnen bijvoorbeeld vrijwilligerswerk doen, of als ervaringsdeskundige in een instelling werken. Het kan van alles zijn, zolang mensen maar iets hebben dat hen bezighoudt.'



RAPPORT 'VERWARDE MENSEN OP STRAAT'

Op de website van het Leger des Heils staat te lezen:

'Via een onafhankelijk onderzoek, verricht in de laagdrempelige dag- en nacht-opvang van het Leger des Heils, blijkt dat bij 50% van de bezoekers sprake is van een psychische stoornis. 40% heeft een licht verstandelijke beperking. 66% van de onderzochten is verslaafd, en bijna de helft van de bezoekers heeft een persoonlijkheidsstoornis. Bij 50% van deze groep is sprake van agressief, intimiderend en bedreigend gedrag. Ruim de helft heeft ooit in de gevangenis gezeten. Deze groep is blijvend aangewezen op een beschermde woonvorm. Hetzij zelfstandig met begeleiding in een eigen huis, dan wel in een beschermde woonvorm.'

Enkele conclusies en aanbevelingen van het Leger des Heils:

- Negen van de tien dak- en thuislozen hebben psychiatrische problemen, verstandelijke beperkingen of een combinatie daarvan. Het gaat vaak om verwarde mensen die prikkelbaar zijn en gebukt gaan onder hun uitzichtloze situatie.
- De toeleiding en toegang tot zorg, behandeling en ondersteuning zijn onvoldoende geregeld. De helft is onverzekerd. Slechts een derde is bij een huisarts ingeschreven, een op de tien lijkt echt bij de huisarts in beeld.
- De centrale problemen, die voor een belangrijk deel bepalen wat mensen zelf kunnen en wat zij nodig hebben, zijn bij velen niet afdoende onderkend en aangepakt. De onderdiagnostiek en onderbehandeling zijn erg hoog.
- Het is essentieel dat er een betere monitoring komt om het verloop van het

herstel bij verwarde en dakloze mensen langdurig te volgen.

- Het hoge percentage dat al eerder dakloos was en hun levensverhalen vormen aanleiding om breed in te zetten op een betere herkenning van signalen van verwardheid en maatschappelijke teloorgang.

Het volledige rapport is te vinden op:
<http://www.legerdesheils.nl/verwardemensen>

Bron: 'Verwarde mensen op straat. De uitkomsten van een beeldvormend onderzoek onder dak- en thuislozen in de laagdrempelige opvang in twee grote steden.'

‘Er moet een tussenstation komen waar mensen weer kunnen opstarten’

PERSOONLIJK CONTACT

Een grote Surinaamse jongen komt het kantoortje binnen om Anja gedag te zeggen. ‘Mijn witte tante,’ zegt hij liefdevol. ‘Mijn zwarte neefje,’ groet ze hem terug en hij krijgt een knuffel.

‘Met sommigen krijg je een persoonlijke link,’ vertelt ze, ‘dan komen ze met je praten, willen hun verhaal bij je kwijt, zodoende bieden we ook een stukje geestelijke verzorging. Er zitten criminelen tussen, moordenaars en dieven, maar het blijven gewoon mensen, met een klein hartje. Ik heb meegeemaakt dat de hardste crimineel van Dordt tegenover me zat te huilen. Hier voelen ze zich veilig. Pas als ze dat gevoel hebben, durven ze hun verhaal te vertellen.’

Zouden de cliënten van het Leger des Heils ook gebaat zijn bij professionele psychologische hulp? Is dat veilig voor ze? Hoe staan ze daar überhaupt tegenover?

‘Het zou toegankelijker moeten worden,’ stelt Anja, ‘misschien door de eigen bijdrage te verlagen. Vooral mensen die tussen wal en schip belanden kunnen baat hebben bij psychologische hulp. Dan heb ik het over mensen die vaak zwakbegaafd zijn, zonder verslavingsprobleem of psychiatrische stoornis, maar die wel in de problemen komen omdat ze geen vangnet hebben.’ Als voorbeeld geeft ze autistische mensen die niet meer door hun ouders verzorgd kunnen worden en die er zelf niet meer uit komen. ‘Zij zouden heel goed professionele hulp kunnen gebruiken. Maar dat wordt niet vergoed, daar komen ze niet voor in aanmerking. “Moet ik me dan gek laten verklaren,” zeggen ze dan, “of aan de drugs gaan?”

‘Over het algemeen ervaren de mensen die hier komen een hoge drempel om psychologische hulp te zoeken,’ vult Anke haar aan. ‘Psychologen kunnen vreemde en lastige vragen stellen, waar ze niet op zitten te wachten of woest om kunnen worden. Ze zijn gewend geraakt om in een harde omgeving te leven en reageren snel met agressie, het lukt velen niet meer met woorden alleen.’

BOKSBAL

Die analyse wordt min of meer gedeeld door Daryll (56 – fictieve naam), een kleine, gespierde Antilliaan die in de zaal van de dagopvang zijn papje met hartmedicijn naar binnen lepelt. Tussen de happen door vertelt hij over zijn leven, hoe hij op straat is beland en

hoe hij zijn eigen manier heeft gevonden om er weer een positieve draai aan te geven.

‘Ik ben van de oude stempel,’ verklaart hij, ‘Als man werkte ik altijd, mijn vrouw zat thuis en regelde alle administratie, bankzaken enzo. In 2010 overleed ze tijdens de kerst, na een ziekbed van vier jaar. Dat was een verschrikkelijke tijd. Toen kwam ik er alleen voor te staan en ik redde het niet, uiteindelijk werd ik ook nog ziek, raakte mijn baan kwijt en belandde op straat.’

Wat voor impact had dat op zijn geestelijke toestand? Daryll: ‘Die hele periode was emotioneel erg zwaar, maar ik ben geen type om te gaan kermen, om over mijn emoties te praten, dus heb ik het allemaal opgekropt. Nu heb ik een nieuwe vriendin, ik heb haar hier op de opvang leren kennen, bij haar kan ik mijn ei wel kwijt. Dankzij haar kon ik de weg omhoog weer inslaan, hopelijk vind ik snel weer werk.’

Denkt hij dat de mensen hier psychologische hulp zouden willen zoeken, of zelfs maar accepteren?

Hij kijkt om zich heen, schudt zijn hoofd. ‘Ik heb een goed contact met een paar van de oudere mensen hier, wij praten onderling wel over onze problemen. Maar ik zie ook veel jongeren die problemen hebben met de politie, met drank en drugs. Ze hebben ook veel psychische problemen. Die jongeren van nu zijn geen schroefje kwijt, maar een hele gereedschapskist. Ze doen allemaal stoer, willen vaak niet eens geholpen worden, ze wijzen het af, die drempel is te hoog voor ze geworden.’

Daryll denkt niet dat praten met een psycholoog nog een optie voor ze is. ‘Het zou beter zijn als ze hier een boksbal ophangen, zodat mensen hun frustraties kwijtkunnen. Mensen die hier komen zijn eerder geneigd om die frustraties eruit te slaan dan om te praten. Ik ben zelf altijd fanatiek vechtsporter geweest en zou wel als vrijwilliger willen werken om jongeren daarin te coachen. Sporten geeft een positief gevoel, ik denk dat ze daar meer aan hebben dan aan praten met een psycholoog.’

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

INSPIRATIE – TOEN KON IK NIET MEER WACHTEN

Sabine Mur, *organisatiepsycholoog, trainer en organisatieadviseur en eigenaar van Bureau voor Bevlogenheid*

Ik werkte bij Schouten en Nelissen als trainer/adviseur en dat deed ik met veel plezier. Ik was er ook trots op om bij een van de mooiste en grootste adviesbureaus te werken met grote klanten en allemaal goeie professionals. Iedereen werkte er veel en hard. Ik vond het lekker daarin mee te gaan.

Toch zag ik ook een keerzijde. Zo was er een leasemaatschappij waar men ons vroeg of we de afdeling verkoop een cursus timemanagement wilden geven. Maar de tijd managen was het probleem niet, die mensen konden dat best, er was iets anders aan de hand. Vroeger deed iedere accountmanager het hele contact met de klant, hij leerde de klant kennen, zocht een geschikte auto uit, belde ieder kwartaal of het nog beviel. Sinds een reorganisatie mochten ze nog maar een stukje doen. De een mocht alleen klanten binnenhalen, de volgende moest de auto's uitzoeken en de informatie doorgeven aan de administratie, de derde belde na. Het waren allemaal sociale jongens en meisjes, maar niemand onderhield echt contact met een tevreden klant die blij was met zijn auto. Door die manier van werken was er bovendien geen verbinding meer met het grotere doel. De kick ging eraf, er was geen stimulans om af en toe een tandje bij te zetten en de werkdruk was daarom vooral een last.

Hetzelfde zag ik in andere organisaties gebeuren: wij kwamen cursussen time- en stressmanagement geven, maar daarmee losten we de problemen niet

écht op. In die tijd raakte ik geïnteresseerd in bevlogenheid en begon ik meer over positieve psychologie te lezen.

JEUK

Op een gegeven moment veranderde mijn eigen leven. Ik kreeg een kindje. Toen ik terugkwam van zwangerschapsverlof, had ik veel zin om weer te gaan werken en ik had bedacht dat ik me in mijn werk meer wilde bezighouden met bevlogenheid. Maar al snel merkte ik dat ik niet meer in het stramien paste. Ik was veranderd, dingen die ik eerder leuk vond, kostten me nu energie en waar ik vroeger graag tijd voor maakte, paste nu niet meer in mijn agenda. Ik hechtte minder waarde aan grote trajecten, belangrijke klanten, veel collega's. De baan paste niet meer helemaal bij me, het voelde als een soort jeuk.

Op een dag zat ik met mijn gezin in de auto op weg naar familie in Groningen. Tijdens die lange rit maken mijn man en ik altijd plannen en fantaseren we over van alles. Nu fantaseerde ik over het idee om mijn eigen bedrijf te beginnen. Ik vroeg me hardop af of ik dat echt wilde en of ik het zou kunnen. Ook vroeg ik me af of ik wel onderscheidend genoeg was. Als het werk niet aangenaam meer voelt, als het begint te jeuken, dan kun je dat maar beter accepteren en nagaan wat je dan wel graag zou willen. Probeer het verlangen niet weg te drukken, maar maak het juist groter. Ga na: wat werkte er eerder toen je in een vergelijkbare situatie zat? Zo'n proces hoeft niet zwaar te zijn, het is leuk, dan komt er energie vrij. Om daar honderd procent voor te kiezen, dat doen nog niet zoveel trainingsbureaus. Ik wilde



Op een gegeven moment moet je springen

dat wel gaan doen. Mijn man zei: "Maar dat is onderscheidend. Niet iedereen denkt zo en het past in de huidige tijd." Ik vroeg me vervolgens af of we dat financieel konden doen. Hij reageerde pragmatisch: dat gingen we dan uitrekenen.

FLOW

En zo begon het. Ik nam me voor om dat het komende jaar eens te gaan uitwerken. Toen we op zondag weer thuis waren, zijn we het meteen gaan uitrekenen. Financieel kon het. Vervolgens heb ik mijn gedachten op papier gezet, dat werd het



FOTO: HERMAN WOUTERS

ondernemersplan. Daarna bedacht ik een stappenplan om er te komen. En toen dat plan er eenmaal was, kon ik niet meer wachten. Binnen twee maanden heb ik tegen mijn baas gezegd dat ik voor mezelf wilde beginnen. Hij reageerde positief, ik krijg nog steeds opdrachten van Schouten. Ik had het geluk dat het vanaf het begin goed ging.

Ik ging vrijwillig en geïnspireerd, maar ik ken ook veel mensen die 'moeten', doordat ze ontslag krijgen of echt ongelukkig worden in hun werk

en dat is een groot verschil. Dat je zelf het initiatief kunt nemen om de baan te krijgen die bij je past, spreekt veel professionals aan. Ik heb het zelf ervaren. Mijn advies: wacht niet tot de jeuk pijn wordt. Als je bijtijds aan een nieuw avontuur durft te beginnen, levert dat veel energie op. Dan zit je in je flow, straalt je energie uit, ben je aantrekkelijk voor anderen en trek je makkelijk klanten aan.

Mensen vragen wel eens: maar wist je vooraf al precies hoe je het zou gaan doen? Dat was zeker niet zo. Maar als je

daarop wacht, begin je er nooit aan. Op een gegeven moment moet je springen. Dat is de les die ik zelf wil onthouden en die ik als bureau ook wil uitdragen: denk er wel goed over na – en reken het even uit, ook heel belangrijk! Maar als het kan, dan moet je het gewoon proberen. En als het dan tegen blijkt te vallen, kun je opnieuw kiezen en iets anders gaan doen.'

Binnen de psychologie is de belangstelling voor het positief functioneren en welbevinden van mensen de afgelopen jaren sterk gegroeid. Maar wat zijn goede instrumenten om welbevinden van mensen te meten? In dit artikel presenteren Ernst Bohlmeijer en collega's drie meetinstrumenten die niet alleen subjectief welbevinden meten maar vooral ook psychologisch welbevinden. De uitkomsten van dit vergelijkend onderzoek kan de psycholoog helpen een goede keuze te maken voor een vragenlijst die welbevinden meet.

EEN EMPIRISCHE VERGELIJKING VAN DRIE MEETINSTRUMENTEN

GEESTELIJKE GEZONDHEID ALS POSITIEVE UITKOMST VAN BEHANDELING

INTRODUCTIE

Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van psychische stoornissen. In 2005 omschreef de *World Health Organization* (WHO) geestelijke gezondheid als 'a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community' (WHO, 2005, p. 2). In de wetenschappelijk literatuur wordt geestelijke gezondheid geoperationaliseerd als welbevinden (Bohlmeijer et al., 2013; Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden. *Emotioneel* of *subjectief* welbevinden verwijst naar de ervaring van positieve en negatieve affecten en de cognitieve evaluatie van het eigen leven. *Psychologisch* welbevinden verwijst naar het effectief functioneren en zelfverwerkelijking van een individu en omvat elementen als vertrouwen, zelfacceptatie, realisatie van doelen, zingeving, positieve relaties en autonomie. *Sociaal* welbevinden verwijst naar het effectief functioneren in de maatschappij. Emotioneel welbevinden sluit aan bij de hedonistische opvattingen van geluk, terwijl het psychologische en sociale welbevinden aansluiten bij eudemonische opvattingen van geluk (Ryan & Deci, 2001). Bij hedonisme gaat het vooral om een goed gevoel. Bij eudemonia gaat het vooral om een goed leven. De Griekse filosoof Aristoteles schreef als eerste over eudemonia. Het hebben van een goede (eu) geest (daimon) betekende voor hem vooral het tot

ontwikkeling brengen van deugden zoals moed, geduld, waardering van schoonheid et cetera.

Een interessante vraag is hoe geestelijke gezondheid en psychopathologie zich tot elkaar verhouden. Keyes (2005) deed een grootschalig onderzoek onder ruim drieduizend volwassenen in Amerika. De deelnemers vulden een vragenlijst over welbevinden in. Tevens werd de aanwezigheid van verschillende psychische stoornissen vastgesteld met een diagnostisch interview. Met behulp van factoranalyses werden verschillende modellen getoetst. Het model dat psychopathologie en welbevinden opvat als twee gerelateerde, maar te onderscheiden factoren bleek het beste te passen.

Inmiddels is dit zogenaamde tweecontinuamodel in verschillende landen en doelgroepen gerepliceerd (bijv. Keyes et al., 2008; Lamers et al., 2012). In een recente longitudinale studie uitgevoerd in Nederland bleek tevens dat er sprake is van een wederkerige impact van psychopathologie en welbevinden (Lamers et al., in druk). Veranderingen in welbevinden verklaren achttien procent van het niveau van psychopathologie drie en zes maanden later, ook wanneer wordt gecorrigeerd voor psychopathologie op het eerste meetmoment. Vice versa verklaren veranderingen in psychopathologie iets meer dan een kwart van het welbevinden drie en zes maanden later, ook wanneer wordt gecorrigeerd voor welbevinden op het eerste meetmoment. Het tweecontinuamodel impliceert dat mensen hoog kunnen scoren op psychopathologie, maar tegelijkertijd een hoge

mate van welbevinden kunnen ervaren. In Nederland had van de tien percent mensen met waarschijnlijke psychopathologie zeventien procent een hoog welbevinden (Westerhof & Keyes, 2008). Van de zeventig procent met weinig psychische klachten ervaart zestig procent geen hoog welbevinden (Westerhof & Keyes, 2008).

Het onderzoek naar de relatie tussen psychopathologie en welbevinden en het tweecontinuummodel heeft implicaties voor de (geestelijke) gezondheidszorg. Een implicatie is dat pas van volledig herstel kan worden gesproken wanneer er sprake is van afwezigheid van psychische stoornissen en voldoende aanwezigheid van welbevinden (Fava et al., 1998). Het versterken van welbevinden voor cliënten met restsymptomen na een behandeling van een psychische stoornis zou effectiever kunnen zijn dan een vervolgbehandeling gericht op verdere reductie van klachten (Fava & Tomba, 2009). Een andere implicatie is dat behandelingen effectiever kunnen worden als tijdens de diagnostiek en behandeling meer systematisch aandacht wordt besteed aan aspecten van welbevinden. Zo vonden Alden & Trew (2013) dat patiënten met sociale angst die de opdracht kregen om twee weken dagelijks vriendelijk gedrag te vertonen naar andere mensen significant meer positieve en significant minder negatieve emoties hadden, ook in vergelijking met patiënten die een cognitief therapeutische opdracht kregen. Dellemann (2014) spreekt van positieve psychiatrie als 'een op de individuele patiënt toegesneden, 'gepersonaliseerde' behandeling, waarbij een focus op klachten en problemen gecomplementeerd wordt met een focus op eigen kracht en mogelijkheden...' (p. 16). Wood & Tarrier (2010) spreken van positieve klinische psychologie wanneer de behandeling van psychische stoornissen wordt gebaseerd op kennis van zowel negatieve als positieve aspecten van het leven.

Het onderzoek naar de relatie tussen welbevinden en psychopathologie is nog in een beginstadium. Het suggereert wel dat het van belang is om niet alleen naar klachten en psychopathologie te kijken als uitkomst van behandeling maar ook naar welbevinden. Maar welke vragenlijsten komen daarvoor in aanmerking? De afgelopen jaren zijn drie vragenlijsten ontwikkeld die het psychologisch en/of sociaal (eudemonisch) welbevinden meten, die relatief kort en daarmee goed toepasbaar zijn en die inmiddels zijn gevalideerd in Nederland (Lamers, Smit & Hutschemaekers, 2014). Dit zijn de Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF; Keyes, 2005; Lamers et al., 2011), de Flourishing Scale (Diener et al., 2010; Schotanus-Dijkstra et al., in review) en de Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS;

Bij hedonisme gaat het vooral om een goed gevoel, bij eudemonia gaat het vooral om een goed leven

Tennant et al., 2007; Bolier et al., 2012). Bij de methoden beschrijven we de drie vragenlijsten en geven we een kort overzicht van het psychometrisch onderzoek.

Hoewel deze vragenlijsten afzonderlijk zijn gevalideerd, zijn deze lijsten nooit direct met elkaar vergeleken in een studie. We voerden een onderzoek uit onder 334 volwassenen in Nederland. De deelnemers werd gevraagd om de drie vragenlijsten voor geestelijke gezondheid in te vullen en daarnaast vragenlijsten over psychologische basisbehoeften, persoonlijke groei, psychische klachten en emoties. De zelfdeterminatietheorie voorspelt dat een mens drie basisbehoeften heeft: autonomie, competentie en verbondenheid. Wanneer deze behoeften worden bevredigd, zal een individu vanuit een intrinsieke motivatie activiteiten ondernemen en zich ontwikkelen. Dit sluit optimaal aan bij eudemonisch welbevinden (Ryan & Deci, 2001). Een hoge samenhang tussen deze vragenlijst en vragenlijsten die psychologisch welbevinden meten mag dus worden verwacht (convergente validiteit). Daarnaast mag op basis van het tweecontinuummodel slechts een matige samenhang tussen welbevinden en negatieve emoties en psychische klachten worden verondersteld (divergente validiteit).

In dit artikel beantwoorden we de volgende vragen. Wat is de betrouwbaarheid van de drie schalen? Hoe is de constructvaliditeit ten opzichte van basisbehoeften als voorwaarden voor persoonlijke groei? Wat is de relatie van de vragenlijsten met psychische klachten? Het doel van onderhavige studie is om tot een aanbeveling te komen welke meetinstrumenten van geestelijke gezondheid potentieel geschikt zijn voor toepassing in de (geestelijke) gezondheidszorg in Nederland.

METHODEN

PROCEDURE De respondenten van dit onderzoek zijn via ‘convenience sampling’ geworven door studenten van de Universiteit Twente. Ten eerste hebben vijftig vierdejaars studenten, in het kader van hun masterthese, zelf de vragenlijsten ingevuld en drie respondenten geworven. Hiervoor hebben de studenten een financiële vergoeding ontvangen in de vorm van een boekenbon.

Daarnaast hebben meerdere studenten respondenten geworven in het kader van een onderzoeksoopdracht (tweede-, derde- en vierdejaarsstudenten). Het streven was een heterogene groep respondenten te verwerven qua leeftijd, geslacht en opleiding. De gehanteerde inclusiecriteria waren: leeftijd tussen 18-65 jaar, woonachtig in Nederland en de Nederlandse taal goed beheersen. Met behulp van Qualtrics software (Qualtrics, versie 53099) konden de vragenlijsten online worden ingevuld.

De deelnemers is gegarandeerd dat de gegevens anoniem verwerkt worden. Na toezegging van deelname is de link toegestuurd, waarmee de vragenlijsten ingevuld konden worden. De complete set van vragenlijsten bestond uit 140 vragen, die in één keer ingevuld moest worden. Het invullen nam in totaal ongeveer dertig tot veertig minuten in beslag.

MEETINSTRUMENTEN *Mental Health Continuum – Short Form* (MHC-SF; Keyes et al., 2008; Lamers et al., 2011).

De verkorte Mental Health Continuum is ontwikkeld vanuit de veertig vragen tellende oorspronkelijke versie (MHC-Long Form). De MHC-SF bestaat uit veertien vragen die elk een theoretische dimensie van welbevinden representeren. De MHC-SF meet hiermee zowel het algehele welbevinden als ook de drie subschalen ‘emotioneel welbevinden’ (drie vragen, bijvoorbeeld: ‘In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u gelukkig was?’), ‘sociaal welbevinden’ (vijf vragen, bijvoorbeeld: ‘In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u deel uitmaakte van een gemeenschap (zoals een sociale groep, uw buurt, uw stad)?’) en ‘psychologisch welbevinden’ (zes vragen, bijvoorbeeld: ‘In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u goed kon omgaan met uw alledaagse verantwoordelijkheden?’). De vragen worden gescoord op een zespuntsschaal van nooit (0) tot elke dag (5).

De Nederlandse versie van de MHC-SF blijkt een goede vragenlijst te zijn om welbevinden te meten in de Nederlandse bevolking (Lamers et al., 2011). De structuur van emotioneel, psychologisch en sociaal welbevinden komt

goed naar voren. Daarnaast blijkt ook dat leeftijd en sekse geen rol spelen bij het interpreteren van de vragen (Lamers et al., 2012).

Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS; Tennant et al., 2007).

De WEMWBS is ontwikkeld in Groot Brittannië door een expertpanel, gebaseerd op wetenschappelijke literatuur, focusgroepen en psychometrische onderzoeken. De vragenlijst bestaat uit veertien vragen naar positieve gevoelens zoals opgewektheid en ontspanning, positieve relaties zoals nabijheid en liefde (bijvoorbeeld ‘Ik was optimistisch over de toekomst’) en naar positief functioneren zoals helder denken, persoonlijke ontwikkeling en autonomie (bijvoorbeeld ‘Ik kon zelfstandig beslissingen nemen’). De vragenlijst meet met deze combinatie van hedonistische en eudemonische componenten het algehele welbevinden. Participanten kiezen op een vijfpuntsschaal van nooit (1) tot altijd (5) het antwoord dat het beste weergeeft hoe ze zich in de laatste twee weken hebben gevoeld.

De WEMWBS is in Engeland en Schotland gevalideerd bij zowel studenten als de algemene bevolking. Dit onderzoek laat een goede validiteit en betrouwbaarheid zien (Tennant et al., 2007). De Nederlandse versie is nog niet onderzocht, maar er zijn aanwijzingen dat deze goed in staat is welbevinden op een brede manier te meten (Bolier et al., 2012).

Flourishing Scale (FS; Diener et al., 2010; Schotanus-Dijkstra et al., in druk).

De FS is gebaseerd op humanistische psychologische theorieën die veronderstellen dat er universele psychologische behoeften zijn, zoals behoefte aan competentie en verbondenheid. De FS bestaat uit acht vragen die de belangrijkste aspecten van het menselijk functioneren beslaan zoals positieve relaties, een gevoel van competentie en het ervaren van betekenis en doel in het leven (bijvoorbeeld ‘Ik leid een doelbewust en zinvol leven’ en ‘Mijn sociale relaties geven steun en voldoening’). De vragen worden beantwoord op een zevenpuntsschaal van sterk mee oneens (1) tot sterk mee eens (7). De vragenlijst meet de mate waarin iemand zichzelf positief vindt functioneren op belangrijke gebieden, en geeft hiermee vooral een beeld van het eudemonisch welbevinden.

De FS is gevalideerd in de Verenigde Staten, waar de vragenlijst een goede betrouwbaarheid en validiteit laat zien (Diener et al., 2010). Ook Schotanus-Dijkstra et al. (in review) vonden goede psychometrische eigenschappen in een

sample van 275 mensen die deelnamen aan een onderzoek naar de effecten van een interventie gericht op het versterken van veerkracht en welbevinden.

CONVERGENTE EN DIVERGENTE VALIDITEIT

Basic Needs Satisfaction in General Scale (BNSG-S; Gagné, 2003). De BNSG-S vraagt naar de ervaren mate waarin de drie basisbehoeften autonomie, competentie en verbondenheid worden vervuld. De 21 vragen worden gescoord op een vijfpuntsschaal van nooit (1) tot altijd (5). Cronbach's α 's waren 0.72 (competentie; zes vragen), 0.75 (autonomie; zeven vragen) en 0.80 (verbondenheid; acht vragen) in de huidige studie.

Psychological Well-Being Scale (PWBS; Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995; Van Dierendonck, 2005).

De PWBS meet de dimensies van psychologisch welbevinden. In het huidige onderzoek zijn de subschalen persoonlijke groei, doel in het leven en zelfacceptatie gebruikt. De vragen worden gescoord op een zespuntsschaal van 1 (nadrukkelijk mee oneens) tot 6 (nadrukkelijk mee eens). Cronbach's α waren 0.73 voor persoonlijke groei (9 vragen), 0.76 voor doel in het leven (9 vragen) en 0.81 voor zelfacceptatie (9 vragen).

Modified Differential Emotions Scale (MDES; Schaefer et al., 2010). De MDES bestaat uit zestien vragen die de subjectieve ervaring van emoties meten. De vragen worden gescoord op een zevenpuntsschaal van helemaal niet (1) tot heel intens (7). De vragen kunnen worden verdeeld in een subschaal van positief affect en een subschaal negatief affect. Cronbach's α waren 0.80 voor positief affect (acht vragen) en 0.89 voor negatief affect (acht vragen).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Spinhoven et al., 1997; Bjelland et al., 2002). De HADS bestaat uit vragen naar angst- en depressieklachten. De veertien vragen worden gescoord op een vierpuntsschaal van 0 tot 3. Cronbach's α was 0.68 voor de subschaal depressie (HADS-D; zeven vragen) en 0.79 voor de subschaal angst (HADS-A; zeven vragen).

DATA-ANALYSE Respondenten met meer dan een kwart missende antwoorden op de items van een van de drie schalen voor welbevinden werden niet meegenomen in de analyses ($n=82$). De overgebleven missende waarden op de individuele items van de schalen (0 tot 1.2%) werden geschat (ge-imputeerd) met behulp van het expectation-maximization algoritme in SPSS 22.

De betrouwbaarheid (interne consistentie) van de verschillende schalen werd vastgesteld met behulp van Cronbach's α analyses. Meetinstrumenten met een betrouwbaarheid $\geq .7$ of $\geq .8$ worden beschouwd als acceptabel of goed voor analyses op groepsniveau. Voor vergelijkingen of beslissingen op individueel niveau wordt doorgaans gestreefd naar een betrouwbaarheid $\geq .9$ (Aaronson et al., 2002; Nunnally, 1978).

De constructvaliditeit van de instrumenten werd beoordeeld aan de hand van concurrente validiteit (correlatie tussen verschillende instrumenten voor hetzelfde construct) en convergente validiteit (correlatie met andere theoretisch gerelateerde constructen). Hiervoor werden Pearson's correlatiecoëfficiënten tussen de verschillende schalen berekend. Correlaties $< .3$ kunnen worden beschouwd als zwak, correlaties tussen $.3$ en $.6$ als matig en correlaties $> .6$ als sterk (Anderson & Finn, 1996).

Voor de concurrente validiteit werd gesteld dat, als de drie

TABEL 1. SCORES EN BETROUWBAARHEID VAN DE SCHALEN VOOR WELBEVINDEN

Schaal	M (SD)	Min - Max	Cronbach's α	Aantal items
MHC-SF totaal	58.3 (11.4)	25-84	.90	14
Emotioneel	13.8 (2.6)	5-18	.85	3
Sociaal	15.5 (4.0)	4-24	.77	5
Psychologisch	26.2 (5.6)	8-36	.85	6
WEMWBS	53.4 (6.3)	31-70	.89	14
FS	46.8 (5.2)	16-56	.85	8

FS = Flourishing Scale; MHC = Mental Health Continuum; WEMWBS = Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale.

instrumenten eenzelfde concept van welbevinden beogen te meten, deze ten minste sterk onderling moeten correleren. Voor convergente validiteit werd gesteld dat een instrument voor welbevinden minimaal matig positief geassocieerd zou moeten zijn met andere belangrijke aspecten van positieve geestelijke gezondheid (vervulling van basisbehoeften, persoonlijke groei, doel in het leven, zelfacceptatie en positief affect) en matig negatief met symptomen van psychopathologie (angst, depressie en negatief affect).

Vanuit de gedachte van het tweecontinuummodel werd verwacht dat de correlaties met de andere aspecten van positieve geestelijke gezondheid sterker zijn dan de correlaties met psychische klachten. Dit kan beschouwd worden als een aspect van de divergente validiteit, aangezien dit zou bevestigen dat geestelijke gezondheid en psychopathologie gerelateerde maar verschillende constructen zijn.

RESULTATEN

BESCHRIJVENDE GEGEVENS VAN DE STEEKPROEF De uiteindelijk geanalyseerde steekproef bestond uit 334 respondenten. Van de totale steekproef was 36,7% op het moment van de studie scholier of student. De overige respondenten hadden een betaalde baan of waren zelfstandig ondernemer (47,5%), of deden huishoudelijk werk (3,6%) of vrijwilligerswerk (0,9%). Een klein deel was werkloos (6,9%), arbeidsongeschikt (1,8%), of gepensioneerd (1,2%). De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 32,0 jaar ($sd=13,1$; range 15-65). De meerderheid was vrouw (65,3%). De meerderheid van de respondenten was ongehuwd (68,6%), 28,7% was gehuwd en 2,7% gescheiden.

De steekproef was relatief hoog opgeleid. Van 11% was de

hoogst afgeronde opleiding lager onderwijs (1,5%), lager beroepsonderwijs (3%), of middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (6,6%). Daarentegen hadden de meeste respondenten reeds middelbaar beroepsonderwijs (20,4%), hoger algemeen onderwijs (17,7%), hoger beroepsonderwijs (30,2%) of wetenschappelijk onderwijs (19,5%) afgerond. Bijna driekwart van de steekproef (73,4%) was van Nederlandse komaf, 12,3% had een Turkse achtergrond. De overige respondenten hadden een Marokkaanse (0,6%), Antilliaanse (0,6%), Surinaamse (0,3%), gemengde (4,5%), of andere (8,4%) achtergrond.

BETROUWBAARHEID VAN DE SCHALEN VOOR WELBEVINDEN De betrouwbaarheid van alle drie welbevinden-schalen was goed met Cronbach's α waarden ruim boven de 0,80 voor alle drie totaalschalen (zie tabel 1). Hoewel de betrouwbaarheid van de verschillende schalen onderling slechts miniem verschild, voldeed alleen de MHC-SF aan het strikte criterium van $\alpha \geq 0.90$ voor individuele vergelijkingen. Ook de betrouwbaarheid van de subschalen van de MHC-SF was goed, met uitzondering van 'sociaal welbevinden', die wel een acceptabele betrouwbaarheid had ($\alpha = 0.77$).

CONCURRENTE VALIDITEIT VAN DE SCHALEN VOOR WELBEVINDEN Zoals verwacht, correleerden de totaalscores van de MHC-SF en WEMWBS en de WEMWBS en de FS onderling significant en sterk ($r > .6$) met elkaar (zie tabel 2). De totaalscores van de MHC-SF en WEMWBS correleerden het sterkst ($r = .74$). Tegen de verwachting in correleerde de FS matig met de MHC-SF. Dit gold voor zowel de totaalscore van de MHC-SF als voor de drie subschalen. Met name de correlatie met de 'sociaal welbevinden'-items was opvallend laag.

TABEL 2. CONCURRENTE VALIDITEIT: CORRELATIES TUSSEN DE SCHALEN VAN WELBEVINDEN

	MHC-SF totaal	MHC-SF Emotioneel	MHC-SF Sociaal	MHC-SF Psychisch	WEMWBS
MHC-SF totaal	-				
Emotioneel	.75	-			
Sociaal	.87	.50	-		
Psychologisch	.93	.63	.69	-	
WEMWBS	.74	.72	.56	.70	
FS	.55	.53	.44	.51	.62

Alle p 's < 0.01. FS = Flourishing Scale; MHC-SF = Mental Health Continuum Short Form; WEMWBS = Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale

**CONVERGENTE EN DIVERGENTE VALIDITEIT VAN DE
SCHALEN VOOR WELBEVINDEN**

In tabel 3 zijn de correlaties tussen de totaalscores op de drie schalen voor welbevinden en de theoretisch gerelateerde constructen weergegeven. Alle instrumenten vertoonden grotendeels of geheel het verwachte patroon van correlaties met de andere constructen. Bij de MHC-SF vielen de geobserveerde correlaties met de mate van negatief affect en vervulling van de behoefte aan competentie net buiten de vooraf gedefinieerde marge voor matige correlatie ($r = 0,3 - 0,6$). De WEMWBS correleerde sterk met zowel de mate van vervulling van de behoefte aan competentie en de mate van zelfacceptatie. De FS correleerde zoals verwacht matig met alle andere constructen.

De gemiddelde correlatie van de MHC-SF met positieve aspecten was significant groter dan die met negatieve aspecten (gemiddelde $r_{\text{positief}} = 0,48$; gemiddelde $r_{\text{negatief}} = -0,36$; $t_8 = -2,43$; $p = .04$), terwijl dit niet het geval was voor de WEMWBS (gemiddelde $r_{\text{positief}} = 0,55$; gemiddelde $r_{\text{negatief}} = -0,53$; $t_8 = -0,44$; $p = .67$) en de FS (gemiddelde $r_{\text{positief}} = 0,45$; gemiddelde $r_{\text{negatief}} = -0,43$; $t_8 = -0,42$; $p = .69$). De divergente validiteit is daarmee groter voor de MHC-SF dan voor beide andere instrumenten.

DISCUSSIE

Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van psychische stoornissen. Er is een toename van aandacht voor het positief functioneren van mensen in relatie tot psychopathologie en voor positieve uitkomsten van behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg (Westerhof & Bohlmeijer, 2010). We verwachten daarom dat gezondheidszorginstellingen in de toekomst vaker gebruik maken van vragenlijsten die geestelijke gezondheid meten. In dit artikel introduceerden we drie vragenlijsten die niet alleen het subjectief welbevinden van mensen meten maar ook het positief psychologisch functioneren van mensen. In een steekproef van 334 volwassenen werden de betrouwbaarheid en validiteit van de drie vragenlijsten onderzocht.

De resultaten lieten zien dat alle drie de vragenlijsten een goede ($\alpha \geq 0,80$) betrouwbaarheid hebben. Alleen de totaalscore van de MHC-SF voldeed net aan het strikte criterium ($\alpha \geq 0,90$) voor het maken van vergelijkingen tussen individuen. De betrouwbaarheid van de subschaal sociaal welbevinden was iets lager maar nog wel acceptabel.

Conform verwachting werden sterke correlaties gevonden tussen de totaalscores van de drie vragenlijsten, wat de concurrente validiteit van de drie schalen bevestigt. Een uitzondering vormde de matige correlatie tussen de FS en de MHC-SF. Een verklaring kan zijn dat de MHC-SF geestelijke gezondheid breder meet dan de FS die met name naar psychologisch welbevinden vraagt. Aangezien ook de correlatie met de subschaal psychologisch welbevinden van de MHC-SF niet hoger is, lijkt de verklaring meer te liggen in de manier waarop psychologisch welbevinden gemeten wordt met de FS. Bovendien vraagt de MHC-SF naar de frequentie van gevoelens en de FS naar de mate waarin mensen het eens zijn met een stelling.

De relatie tussen de drie vragenlijsten en de theoretisch gerelateerde positieve constructen was grotendeels conform verwachting. De verbanden waren het sterkst voor de WEMWBS en het minst sterk voor de FS. Voor alle drie de vragenlijsten wezen de verbanden in de verwachte richting en kan worden gesteld dat mensen met meer welbevinden een hogere zelfacceptatie en persoonlijke groei ervaren, meer positieve doelen hebben en een grotere bevrediging van hun behoefte aan autonomie, competentie en verbondenheid ervaren. Binnen de zelfdeterminatietheorie worden autonomie, competentie en verbondenheid gezien als basisvoorwaarden voor persoonlijke ontwikkeling (Ryan, Huta & Deci, 2008).

De drie vragenlijsten voor welbevinden correleerden

TABEL 3. CONVERGENTE EN DIVERGENTE VALIDITEIT: CORRELATIES MET THEORETISCH GERELATEERDE CONSTRUCTEN

	MHC-SF	WEMWBS	FS
BNSG			
Autonomie	.45	.57	.42
Competentie	.61	.64	.49
Verbondenheid	.44	.52	.47
PWB			
Persoonlijke groei	.42	.44	.37
Doel in het leven	.42	.49	.47
Zelfacceptatie	.51	.63	.53
mDES			
Positief affect	.51	.55	.41
Negatief affect	-.29	-.48	-.35
HADS			
Angst	-.33	-.54	-.41
Depressie	-.44	-.58	-.53

Alle p 's < 0,01. BNSG = Basic Needs Satisfaction in General Scale; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; mDES = modified Differential Emotions Scale; PWB = Psychological Well-Being Scale.

gematigd negatief met psychische klachten en negatief affect. Deze correlaties waren alle voor de MHC-SF zwakker dan die met positief functioneren. Deze lagere correlaties tussen welbevinden en psychopathologie passen bij het tweecontinuummodel dat als propositie heeft dat geestelijke gezondheid en psychopathologie twee gerelateerde maar te onderscheiden dimensies zijn (Keyes, 2005; Lamers et al., 2012). Omdat de correlaties lager zijn, lijkt de MHC-SF meer informatie toe te voegen ten opzichte van vragenlijsten die psychische klachten meten.

Een kracht van deze studie was dat drie vragenlijsten van welbevinden voor het eerst samen werden afgenomen waardoor zij direct met elkaar vergeleken konden worden. Het onderzoek heeft echter ook enkele beperkingen. Een belangrijke beperking is dat het geen representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking betrof. Er was sprake van een oververtegenwoordiging van vrouwen en volwassenen met een hogere opleiding. Voor de MHC-SF en de FS geldt overigens dat deze in eerdere studies wel bij representatieve steekproeven zijn onderzocht (Lamers et al., 2011; Schotanus-Dijkstra et al., in review). Voor de MHC-SF werd ook gevonden dat items niet verschillend functioneren voor mensen met hogere of lagere opleiding en voor mannen en vrouwen (Lamers et al., 2012). Een andere beperking is dat gebruik werd gemaakt van een beperkte meting van psychopathologie (angst- en stemmingsklachten) op basis van zelfrapportages.

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

De resultaten van de huidige studie suggereren dat de MHC-SF, de FS en de WEMWBS betrouwbare en valide vragenlijsten zijn, die goed ingezet kunnen worden als meetinstrumenten van geestelijke gezondheid.

De MHC-SF heeft de beste systematische theoretische onderbouwing en is ook het meest uitgebreid onderzocht (Lamers et al., 2011; Lamers et al., 2012). Een voordeel is ook dat dit instrument zowel psychologisch, sociaal als subjectief welbevinden meet, terwijl de WEMWBS met name psychologisch en subjectief welbevinden meet en de FS met name psychologisch welbevinden. Een ander voordeel van de MHC-SF is dat er al veel evidentie is dat deze een onderscheiden dimensie van psychische gezondheid meet ten opzichte van psychopathologie (Keyes, 2005). Een voordeel van de FS en WEMWBS is dat deze vragenlijsten enigszins korter zijn dan de MHC-SF en dat de vragen iets eenvoudiger zijn te beantwoorden.

De belangrijkste aanbeveling is om de drie vragenlijsten

Een goede geest hebben betekende voor Aristoteles vooral het tot ontwikkeling brengen van deugden zoals moed, geduld en waardering van schoonheid

daadwerkelijk te gaan gebruiken bij het meten van uitkomsten in de (geestelijke) gezondheidszorg. Daarmee kan inzicht verkregen worden in de betrouwbaarheid, validiteit en normering van de vragenlijsten in klinische populaties.

Daarnaast is een belangrijke vraag of de vragenlijsten veranderingen bij cliënten in geestelijke gezondheid zichtbaar zullen maken dat wil zeggen of zij gevoelig zijn voor verandering. Een belangrijke vraag is vervolgens in welke mate welbevinden toeneemt op basis van de huidige vooral klachtgerichte behandelingen in de ggz. Zo ontstaat verder inzicht of krachtgerichte of positief-psychologische interventies voor (sommige) cliënten een waardevolle aanvulling kunnen vormen.

OVER DE AUTEURS

Prof. dr. Ernst Bohlmeijer is hoogleraar Geestelijke Gezondheidsbevordering en hoofd van de vakgroep Psychologie, Gezondheid en Technologie (PGT) van de Universiteit Twente. Dr. Peter ten Klooster is als universitair docent verbonden aan de vakgroep PGT. Dr. Elian de Kleine is docent bij Saxion Hogeschool. Prof. dr. Gerben Westenhof is hoogleraar Narratieve Psychologie en werkzaam bij de vakgroep PGT. Dr. Sanne Lamers is werkzaam bij GGNet maar was tot voor kort werkzaam bij de vakgroep PGT als universitair docent.

Correspondentie aangaande dit artikel: Ernst Bohlmeijer Universiteit Twente, Vakgroep Psychologie, Gezondheid & Technologie, Drienerlolaan 5, Enschede. Email: e.t.bohlmeijer@utwente.nl. Tel: 06 – 510 70 348.

Summary

MENTAL HEALTH AS POSITIVE TREATMENT OUTCOME: AN EMPIRICAL COMPARISON OF THREE INSTRUMENTS

E. BOHLMMEIJER, P. TEN KLOOSTER, E. DE
KLEINE, G. WESTERHOF & S. LAMMERS

Mental health or well-being is more than the absence of psychopathology. Mental health has been operationalized as well-being that comprises of emotional, psychological and social well-being. Research has shown that

that psychopathology and well-being are related but distinct continua. As a consequence, in order to develop preventive and curative interventions, it is important to not only study the effects of treatments on psychopathology but on well-being as well, e.g. as part of routine outcome monitoring in health care. In this paper the results are presented of a study on the reliability and validity of three import instruments measuring well-being:

the mental health continuum – short form (MHC-SF), the Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (WEMWBS) and the Flourishing Scale (FS). It is concluded that the MHC-SF, FS and WEMWBS are all three reliable and valid instruments for measuring well-being. The MHC-SF has the most comprehensive theoretical underpinnings and has been studied most elaborately.

Literatuur

- Alden, L.E. & Trew, J.L. (2013). If it makes you happy: engaging in kind acts increases positive affect in socially anxious individuals. *Emotion*, 13, 64-75.
- Anderson, T.W. & Finn, J. (1996). *The new statistical analysis of data*. New York: Springer-Verlag.
- Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T. & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Bolier, L., Haverman, M., Kramer, J., Boon, B., Smit, F. et al. (2012). Internet-Based Intervention to Promote Mental Fitness in Mildly Depressed Adults: Design of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research Research Protocols* 1, e2.
- Bohlmeijer, E.T., Westerhof, G.J., Bolier, L., Steeneveld, M., Geurts, M. & Walburg, J.A. (2013). Welbevinden: van bijzaak naar hoofdzaak? *De Psycholoog*, 11, 48-59.
- Delleman, O. (2014). Positieve psychiatrie als visie voor praktijk van de GGZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 3, 16-23.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D. et al. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97, 143-156.
- Dierendonck, D. van (2005). The construct Validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extensions with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36, 629-643.
- Fava, G.A. & Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of Personality*, 77, 1903-1934.
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S. & Grandi, S. (1998). Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological medicine*, 28, 475-480.
- Gagne, M. (2003). The role of autonomy support and autonomy orientation in prosocial behavior engagement. *Motivation and emotion*, 27, 199-223.
- Keyes, C.L.M., Wissing, M., Potgieter, J., Temane, M., Kruger, A. & Rooy, S. van (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) in Swetsana-speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 181-192.
- Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., Ten Klooster, P.M. & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the Psychometric Properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) in the Dutch Population. *Journal of Clinical Psychology* 67, 99-110.
- Lamers, S.M.A., Glas, C.A.W., Westerhof, G.J. & Bohlmeijer, E.T. (2012). Longitudinal evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF): Measurement invariance across demographics, physical illness and mental illness. *European Journal of Psychological Assessment*, 28, 290-296.
- Lamers, S.M.A., Smit, A. & Hutschemaekers, G.J.M. (2013). Het meten van welbevinden en optimaal functioneren. In: E.T. Bohlmeijer, L. Bolier, G.J. Westerhof & J.A. Walburg (Red). *Handboek positieve psychologie* (p. 387-398). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Ryan, R.M., Huta, V. & Deci, E.L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170.
- Schaefer, A., Nils, F., Sanchez, X. & Philippot, P. (2010). Assessing the effectiveness of a large database of emotion-eliciting films: A new tool for emotion researchers. *Cognition & Emotion*, 24(7), 1153-1172.
- Schotanus-Dijkstra, M., Klooster, P. ten., Drossaert, C.M.C., Pieterse, M.E., Bolier, L. et al. (in druk). Validation of the Dutch version of the Flourishing Scale.
- Schotanus-Dijkstra, M., Drossaert, C.M.C., Graaf, R. de., Have, M. ten., Pieterse, M.E. et al. (2015). What factors are associated with flourishing? Results from a large representative national sample. *Journal of Happiness Studies*. Doi: 10.1007/s10902-015-9647-3.
- Spinoven, P., Ormel, J., Sloekers, P.P.A., Kempen, G.I.J.M., Speckens, A.E.M. & Hemert, A.M. van (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370.
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S. Joseph, S. et al. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Development and UK evaluation. *Health & Quality of Life Outcomes*, 5, 63-75.
- Westerhof, G.J. & Bohlmeijer, E.T. (2010). *De psychologie van de levenskunst*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Westerhof, G.J. & Keyes, C.L.M. (2008). Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63, 808-820.
- World Health Organization. (2005). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO.
- Wood, A.M., Tarrier, N. (2010). Positive clinical psychology: a new vision and strategy for research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30, 819-829.

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

NAAST OF TEGEN...

We werkten altijd, ik spreek van de vroege jaren zeventig van de vorige eeuw, met groot plezier bij de vakgroep *Functieleer*. Maar er werd van hogerhand bedacht dat we ineens, overigens met hetzelfde plezier, voor de vakgroep *Psychonomie* en weer enige tijd later voor de programmagroep *Brein en Cognitie* moesten werken. Overigens zonder dat er ook maar iets wezenlijks veranderde. What's in a name?

In die tijd van *Functieleer* was er ook een vakgroep *Gedragsleer*. Volgens Bert Duijker is psychologie de studie van al het gedrag inclusief gedachten en ervaringen. Dus die ene vakgroep coverde eigenlijk de hele psychologie (onbewuste processen waren in die tijd nog een ondergeschoven kindje). De voorzitter van de vakgroep *Gedragsleer* was trouwens diezelfde Duijker.

In de lijst met namen die Duijker bespreekt in zijn artikel over de naamgeving binnen de psychologie ontbreekt de *Parapsychologie*. *Para* heeft an sich twee duidingen, namelijk 'tegen' als in paraplu en parachute, maar ook 'naast' zoals in parallel en paranimf. Is de parapsychologie dan de 'tegen-psychologie', wat moeten we ons daarbij voorstellen? En hetzelfde voor de 'naast-psychologie'. Een onzinnige naam eigenlijk die Parapsychologie, om nog maar te zwijgen over de populaire rotzooi die er tegenwoordig onder die naam 'verkocht' wordt.

De verschijnselen die de serieuze parapsychologie bestudeert – telepathie, helderziendheid, precognitie en psychokinese – hebben gemeen dat ze normale beperkingen die ruimte en/of tijd aan ons stellen lijken te overstijgen. Als er al iets is waar de Parapsychologie 'tegen' is, dan is het wellicht tegen de klassieke (en algemeen geaccepteerde) opvatting van ruimte en tijd. Kijkend naar theorievorming binnen de Parapsychologie zijn er twee vanuit de psychologie geformuleerde, en wel vier vanuit de fysica geformuleerde benaderingen. Het vakgebied is fundamenteel multidisciplinair en dat geeft wel vaker problemen bij de naamgeving. Grappig is dat de benaming paragnost, die in het Engels een 'psychic' heet, op zich wel goed gepraat kan worden als 'naast-het-weten'. In de praktijk zouden de uitspraken van paragnost meer op impliciete dan op expliciete kennis berusten. Noem het voor mijn part intuïtie.

Natuurlijk kun je je afvragen of het zinnig is een vakgebied een naam te geven terwijl een meerderheid van de wetenschappers sterk betwijfelt of de onderzochte fenomenen wel reëel zijn. Je moet uitkijken dat je niet door een naam te geven onzin 'legaliseert'. De experimentele Parapsychologie heeft in het verleden echter bijgedragen aan de verbetering en verfijning van wetenschappelijke methoden – denk aan het gebruik van meta-analyses, aan de editorial policy om publicatie niet af te laten hangen van de resultaten maar alleen van de onderzoeksopzet en theorie. En nu lijkt het er zelfs op dat Parapsychologie het eerste vakgebied wordt waar na preregistratie de experimentele data in real time worden opgeborgen en er op geen enkele manier nog dubieuze onderzoekpraktijken mogelijk zijn.

Misschien is in dit opzicht Parapsychologie niet eens zo'n slechte naam.



Prof. dr. Dick Bierman

is gepromoveerd in de experimentele natuurkunde, werkte als onderzoeker met name naar intuïtieve beslissingen bij de afdeling Psychologie van de UvA, is emeritus-hoogleraar parapsychologie aan de Universiteit Utrecht en de Universiteit voor Humanistiek. Sinds kort is hij verbonden aan de Heymans Anomalous Cognition group van de Universiteit van Groningen.

E-mail: d.j.bierman@rug.nl.

Meer info over serieuze Parapsychologie: <http://dutchspr.org>.

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

IN SPE SIMONE VERHAGEN

Mijn vader is brandweerman en interieurbouwer, mijn moeder werkt in de thuiszorg en zorgde voor de kinderen. Naast mijn broer en mij hadden we ook altijd pleegkinderen in huis en we deden crisisopvang. Dat sociale gevoel heb ik van thuis meegekregen, daarom wist ik al snel dat ik psychologie wilde studeren.

In 2010 begon ik in Maastricht aan mijn bachelor psychologie. Vakken als sociaal gedrag, lichaam en gedrag, psychopathologie en kritisch denken vond ik leuk. Statistiek en methodenleer lagen me minder. Aan het begin van mijn bachelor riep ik dan ook: ik wil absoluut niet het onderzoek in. Maar toen kreeg ik in het tweede jaar een onderzoeksblok en dat vond ik zo leuk. Vanaf het brainstormen om tot een idee te komen tot het zelf uitwerken ervan, dat idee echt onderzoeken en dan resultaten te vinden... Maar ik merkte wel dat het onderwerp me moest liggen, anders zou ik het niet volhouden. Vanaf dat moment vond ik statistiek ook leuker worden. Ik zag het nut ervan in, ik had het nodig. In het eerste jaar moest ik nog herkansen en slaagde ik met een zesje, vanaf het tweede jaar ging het veel beter en haalde ik een 8,5.

Ik deed nog een onderzoeksblok in het derde jaar, binnen het MaRBLe-project (*Maastricht Research Based Learning, onderzoeksprojecten voor getalenteerde studenten, red.*). Het was een docent die me erop wees. Hij zei: "Dit lijkt me echt iets voor jou." Ik twijfelde, maar hij drong aan, ik zou het echt leuk vinden. Hij had me in

het onderzoeksblok in het tweede jaar meegemaakt, en dit project ging over een onderwerp dat ik interessant vind.

Hij had gelijk. Ik heb een therapievorm beoordeeld en gekeken of de therapie zo gegeven werd als de bedoeling was. Ik heb bovendien een meetinstrument ontwikkeld om de behandelintegriteit vast te kunnen stellen.

Ik wist dat ik in de psychiatrie wilde gaan werken en dat onderzoek in dat veld heel belangrijk is. Er is nog veel winst te behalen in de gezondheidszorg. En zulk onderzoek is nuttig, dat vind ik ook belangrijk. Wat ik doe, dat moet iets voor anderen opleveren, dat is wel een link met het gezin waaruit ik kom. Van huis uit heb ik dit meegekregen. Er is een hoop ellende in de wereld, ik wil eraan kunnen bijdragen dat het ietsje beter wordt.

Ik heb me aangemeld voor de researchmaster psychopathologie, want daarin kwam alles samen wat ik wil: onderzoek doen én de klinische kant. Later wil ik ook graag als klinisch psycholoog aan de slag. Maar in de tweede selectieronde viel ik af. Dat was een grote teleurstelling, want als je eenmaal zover in de procedure bent, ga je er echt op instellen.

Ik ben toen de master Neuropsychologie gaan doen, om me wat meer te verdiepen in de biologie van allerlei stoornissen. Ik wist dat ik daarna een tweede master wilde doen op klinisch gebied – de master Mental Health – over allerlei niet hersengerelateerde stoornissen. Op die manier leerde ik het volledige



plaatje kennen. In mijn eerste master heb ik een onderzoeksstage gedaan en in de tweede master ging ik dan een klinische stage volgen.

Voor die eerste stage heb ik Philippe Delespaul, hoogleraar Zorginnovaties in de ggz Maastricht, gemaild of hij nog een stagiaire zocht. Ik mocht komen. Daar heb ik me niet bij een lopend onderzoek aangesloten, maar mijn eigen onderzoek



FOTO: FRANCO GORI

opgezet. De dagboekmethode *De PsyMate* werd daar op de afdeling al veel gebruikt, er was een app voor ontwikkeld en die heb ik in mijn onderzoek gebruikt. Ik heb er zestig deelnemers mee getest. Ik vond het erg leuk daar en dat was wederzijds, want het heeft me mijn huidige baan opgeleverd. Ik was nog met mijn klinische stage bezig, toen ik een mailtje kreeg: ze zochten nog een onder-

zoeksmedewerker, of ik interesse had. Ik wilde mijn stage eerst afmaken en toen ben ik daar begonnen. De rest van mijn studie deed ik naast mijn nieuwe baan. Ik begin nu aan mijn PhD.

Maar eh... dit klinkt allemaal toch niet te opschepperig? Want zo ben ik helemaal niet.'

'Er is nog veel winst te behalen in de gezondheidszorg'

VRAAG & AANBOD

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

VACATURES

Gz-psycholoog

DUIN- EN BOLLENSTREEK

Marente

Gz-psycholoog

ERMELO



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.

ADVERTENTIE

PRI in de praktijk

de depressieve moeder



Lupein et al. (2011) toonden een verschil aan tussen de amygdala van kinderen met een depressieve moeder en kinderen met een gezonde moeder. Deze verandering in de amygdala kan grote negatieve invloed hebben op sociale en emotionele processen van het kind en daarmee op het functioneren als volwassene. Gezien het feit dat depressie veel voorkomt, is dit dus een zeer ernstig probleem voor de ontwikkeling van veel kinderen.

Suzanne is zo'n kind geweest. Zij meldt zich voor PRI-therapie omdat ze **moeilijk grenzen kan stellen** en **teveel op anderen is gericht**, met name op haar echtgenoot. Als ze geen waardering krijgt voor haar zorg, voelt ze zich tekort gedaan. Suzanne schetst het beeld van een **gelukkige jeugd**. Zij benadrukt de bijzondere band met haar moeder. Suzanne heeft de neiging om te handelen naar wat ze denkt dat anderen nodig hebben, dit noemen we de afweer Valse Hoop. Door **zelfobservatie** leert zij symbolische situaties, waarin deze automatische neiging wordt geactiveerd, beter herkennen. Een symbool is een persoon of gebeurtenis die ons onbewust herinnert aan de oude verdronen realiteit.

Wil je als professional kennis maken met PRI?

Meld je aan voor onze nieuwsbrief. Kijk op www.prionline.nl bij "ik wil therapeut worden"

Daarna kan zij door naar de volgende fase in haar therapieproces; **het omkeren van afweer**. Hierin voelt zij de invloed van oude verdronen pijn op haar hedendaags gedrag en oefent zij met nieuw gedrag. Steeds vaker ervaart zij het heden voor wat het werkelijk is: verrassend onbelast. Een contrast met het verleden, waarin zij als kind haar depressieve moeder trachtte te troosten en haar eigen behoeftes verdrong.

Door haar PRI proces is Suzanne tegenwoordig in staat om **haar grenzen te herkennen en aan te geven wat ze zelf wil**. Ze zorgt nog steeds graag, maar niet meer vanuit de afweer Valse Hoop. Zij herkent steeds sneller symbolische situaties en keert dan zelfstandig haar afweer om, hierdoor is zij rustiger en evenwichtiger geworden. Bovendien is haar relatie gelijkwaardiger geworden; in plaats van vooral voor hem te zorgen is zij nu zelfs in staat om hem te vragen iets voor háár te doen.

Lupien, J et al. (2011), Larger amygdala but no change in hippocampal volume in 10-year-old children exposed to maternal depressive symptomatology since birth. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 108 (34).



TelePsy
maakt e-health
flexibel inzetbaar



TelePsy biedt een nieuwe generatie e-health toepassingen, waarbij flexibiliteit het uitgangspunt is. Als zorgprofessional bent u zelf het beste in staat te beoordelen hoe e-health het individuele behandeltraject kan versterken. TelePsy geeft u deze vrijheid door losse combineerbare componenten aan te bieden uit diverse therapievormen, zoals de cognitieve gedragstherapie, positieve psychologie, ACT en mindfulness. Het is aan u om te bepalen op welk moment, in welke vorm en in welke hoeveelheid. Werk met afzonderlijke onderdelen of stel uw eigen module samen, op maat en op uw manier.

Vragenlijsten
Psycho-educatie
Oefeningen
Dagboeken
Modules

Ervaar zelf wat TelePsy voor u kan betekenen.
Vraag nu een [gratis proefaccount](#) aan.

Ga naar www.telepsy.nl

Kijk voor ons volledige aanbod op onze website of neem contact op via 043-3507385 of info@telepsy.nl

Complete en
flexibele software,
dus meer tijd
voor mijn cliënt



KIES VOOR EFFICIËNTIE MET INCURA GGZ: AGENDA, EPD, FACTURATIE ÉN BOEKHOUDING

- Volwassen & Kind en Jeugd: BGGZ, SGGZ, OVP
- SMS- en E-mail-Service & Patiëntenportaal
- Geïntegreerde basisset ROM (NVVP)
- Koppeling EVS, ZorgMail, DIS, Reflectum, SBG
- Met unieke app (Apple & Android)

Vraag een live demo aan op www.incura-ggz.nl