

DE PSY- CHO- LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN

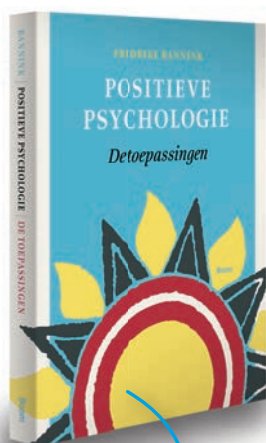
JAARGANG 51 • NR 6 • JUNI 2016

WETENSCHAP: DUBBELROLLEN IN EFFECTONDERZOEK • TUCHTRECHT: DE NIP BEROEPSCODE GELDT OOK VOOR FORENSISCH PSYCHOLOGEN • ESSAY: VORT MET DE GEIT – TRAUMAGERICHTE THERAPIE BIJ HULPZOEKENDE VLUCHTELINGEN MET PTSS • INSPIRATIE: IVA BICANIC • GASTCOLUMN EVELINE DE KAM: FORENSISCHE PSYCHOLOGIE, EEN VAK APART? • IEDER MENS DOET AAN PSYCHOLOGIE: XAVIERA HOLLANDER • IN SPE: MYRTE DE WIT

JIM VAN OS: 'HET MOET TOTAAL ANDERS'



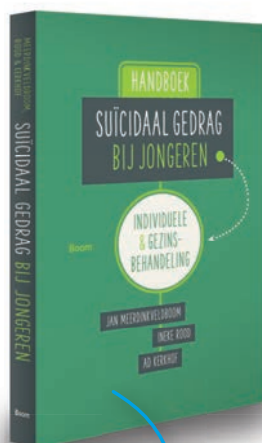
Bestel uw vakliteratuur in de NIP boekenclub



200 toepassingen
om direct mee aan
de slag te gaan



Het alternatief voor
uithuisplaatsing



Jongeren en hun gezin
passende hulp bieden



Hoe familie en hulp-
verleners in de psychiatrie
kunnen samenwerken

In juni
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,-

MARIEODIEL VAN RHIJN EN ESTHER LEUNING

INQUIRY-BASED STRESS REDUCTION IN DE PRAKTIJK

The Work van Byron Katie
in psychotherapie



 hogrefe

Hogrefe is ook de uitgever van

NEO-PI-3 | SON-R 6-40 | BRIEF | ADOS-2

Inquiry-Based Stress Reduction

Nummer 15 in de zeer succesvolle serie ... in de praktijk

De kern van de techniek is stressreductie op basis van
meditatief zelfonderzoek.

Dit eerste handboek over de methode *The Work* van Byron
Katie is een toegankelijk en praktisch toepasbaar boek voor
psychologen, therapeuten en coaches.

Te bestellen via de boekhandel of webshops

- 20 VORT MET DE GEIT** — Voor de gemiddelde Nederlander zijn we eruit, maar voor de gevluchte nieuwkomer nog niet: welke behandeling te bieden aan patiënten met een posttraumatische stressstoornis? Volgens de richtlijnen moet aan iedere volwassene met PTSS een traumagerichte behandeling aangeboden worden, maar vluchtelingen zijn nog vaak uitzondering op de regel. Spijtig, want er is toenemend wetenschappelijk bewijs dat traumagerichte behandeling bij vluchtelingen mogelijk is en werkt, stelt F. Jackie June ter Heide in haar essay.
- 34 DUBBELROLLEN IN EFFECTONDERZOEK** — In de databank Effectieve Jeugdinterventies staan erkende effectieve interventies voor hulp bij problemen met opgroeien en opvoeden beschreven. In hoeverre zijn deze erkenningen gebaseerd op onafhankelijk effectonderzoek? Lars de Winter, Anne-Maria Verhagen en Ferry Goossens zijn dat nagegaan voor de databank Effectieve Jeugdinterventies. Ook zijn ze nagegaan in hoeverre potentiële belangenverstrengelingen vermeld staan.
- 52 DE NIP BEROEPSCODE GELDT OOK VOOR FORENSISCH PSYCHOLOGEN** — Mag je in de rechtszaal zeggen dat bepaalde mensen schizofreen waren of belangrijke kenmerken van een psychopaat laten zien zonder hen zelf gezien en onderzocht te hebben? Het College van Toezicht zegt van niet en berispt de psycholoog. Een extra lange, interactieve aflevering van de tuchtrechtrubriek. ‘Het misverstand dat de Beroepscode vooral voor gezondheidszorg van belang zou zijn, kom ik wel vaker tegen en wil ik met klem tegenspreken,’ schrijft Henk Geertsema.

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 ouderbegeleiding

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



MENSENKENNIS

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

ADVERTENTIE

PRI in de praktijk

Het persoonlijke proces van een PRI therapeut.



Ik ben werkzaam als psycholoog/psychotherapeut en daarnaast opgeleid tot PRI therapeut. Door mijn gedegen opleidingen, 50 uur leertherapie en jarenlange ervaring als therapeut dacht ik mezelf goed te kennen. De emotionele gevolgen van mijn gezin van herkomst met een moeder met psychiatrische problemen en een emotioneel verwaarlozende vader, waren me bekend en had ik verwerkt. Dat ik met enige regelmaat blowde en af en toe vreemd ging, terwijl ik niet snapte waarom, had ik geaccepteerd. De woedeaanvallen naar mijn partner vond ik naar, maar kon ik niet stoppen. Uiteindelijk heeft dit geleid tot een echtscheiding.

En toen begon ik aan de PRI opleiding. Nog nooit heb ik een opleiding meegemaakt die zo inspirerend was, zo leerzaam, in zo'n liefdevolle omgeving. Ik heb me in die vier jaar, zonder overdrijven, nooit een moment verveld. De compassie van de opleiders en opleidingsgenoten was ongekend. Drie maal per jaar ging ik met mijn opleidingsgroep een week naar Zuid Frankrijk, 4 jaar lang (met daarnaast intervisie, supervisie en leertherapie). Het 1e jaar stond volledig in het teken van het persoonlijke proces. Wat we zelf ontkennen immers, zien we ook bij een ander niet! Ik leerde mezelf structureel te observeren en te voelen op welke momenten afweermechanismen werden geactiveerd. Ik ontdekte dat ik

mijn hele leven eigenlijk zoveel gevoelens had weggestopt. Diep van binnen was ik altijd angstig: dat anderen boos op me werden, dat ik mijn werk niet goed genoeg deed, dat ik weggestuurd zou worden.

Tijdens de weken in Frankrijk en in leertherapie kon ik steeds beter de emoties voelen die ik als klein meisje heb weg moeten stoppen. Ik leerde om mijn emotionele brein als het ware te herprogrammeren. Wat een bevrijding was het om op zo'n diep niveau te kunnen voelen en mezelf te snappen.

De verbinding die ik nu kan maken met de mensen om me heen is wezenlijk anders. Ik ben emotioneel beschikbaar voor mijn kinderen en heb een liefdevol co-ouderschap. Dat dit ook een andere therapeut van me heeft gemaakt, volgt vanzelfsprekend. Een therapeut met een open hart, gecombineerd met de prachtige PRI methode, levert blijvende resultaten op voor cliënten en jezelf! Een absolute aanrader voor alle therapeuten.

Zoveel inspiratie
Zoveel liefde
Zoveel resultaat
PRI. Doe mee!
Je bent van harte welkom
en zeer gewenst.
It's a new time. Let's build
a new world.

Wil je als professional kennis maken met PRI?

Meld je aan voor de nieuwsbrief: www.prionline.nl/ik-wil-therapeut-worden.

RUBRIEKEN

- 6 NIEUWS
- 9 COLUMN: Daniël Lakens
- 10 INTERVIEW: Jim van Os
- 16 BOEKEN EN MEDIA
- 18 INSPIRATIE: Iva Bicanic
- 26 BIJEENKOMST: Herstel van psychose
- 31 DE GEREEDSCHAPSKIST:
Verklaren of voorspellen?
- 32 IEDER MENS DOET AAN
PSYCHOLOGIE: Xaviera Hollander
- 48 IN SPE: Myrte de Wit
- 51 GASTCOLUMN: Eveline de Kam

Redactioneel

COLOFON

De Psycholoog is het maandblad van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). *De Psycholoog* verschijnt elke eerste week van de maand (behalve in augustus) in een oplage van 12.600 exemplaren. **Redactie:** 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:** Studio Jorrit van Rijt **Basisontwerp:** Curve Mags And More, Henk Stoffels. **Bladmanagement, advertenties en abonnementen:** Performis BV, contactpersoon Geert Janus, tel.: 073-6895889, e-mail: depsycholoog@performis.nl. **Uitgave en ledenadministratie:** NIP-bureau, Postbus 2085, 3500 GB Utrecht. T.el. 030-8201500 (9.00-17.00 uur). IBAN code: NL81INGB00003788 02, SWIFT code: INGBNL2A. www.psynip.nl, e-mail: info@psynip.nl.

Coverfoto: Eef Bongers

Wilt u reageren op een artikel of een discussie starten naar aanleiding ervan, surf dan naar LinkedIn: <http://alturl.com/wz95u> of op Twitter (@RedactieDP).

DE
PSY-
CHO-
LOOG

WORDT VERVOLGD

Hoe onafhankelijk is effectonderzoek? Ferry Goossens en collega's stellen een belangrijke vraag over de effectieve interventies die zijn opgenomen in de databank Effectieve Jeugdinterventies. Bij zestien procent van de onderzochte effectstudies waren de onderzoekers volledig onafhankelijk, zo bleek. Opmerkelijk laag, aldus de drie auteurs, omdat deze potentiële belangenverstrengeling zelden correct stond vermeld in een conflict of interest-statement. In een reactie erkent Machteld Zwikker, projectleider databank Effectieve Jeugdinterventies, dat onderzoekers inderdaad openheid moeten geven over hun betrokkenheid. 'De suggestie van de auteurs om de bezoekers van de databank te informeren over eventuele afhankelijkheid van onderzoekers nemen we mee als een waardevol advies tot verbetering.'

Opmerkelijk meer ad hominem gaat het eraan toe in de aflevering van de Tuchtrectrubriek. Henk Geertsema behandelt de vraag of je je als (forensisch) psycholoog in de rechtszaal mag uitlaten over vermeende psychopathologie bij mensen zonder dat je hen hebt gezien. Man en paard worden ditmaal ook genoemd: hoogleraar forensische psychologie Corine de Ruiter. Zij had zich uitgelaten over de moeder (schizofreen) en de ex-partner (psychopaat) van haar cliënt, die zij beiden nooit had gezien. Volgens het College van Toezicht zat De Ruiter dan ook fout, de Beroepscode stelt immers: 'Indien de psycholoog het noodzakelijk acht in een rapportage gegevens over een ander dan de cliënt te vermelden, die hij niet uit eigen waarneming of onderzoek heeft verkregen, dan is hij daarin uiterst terughoudend en geeft steeds de bron en relevantie van de gegevens aan.'

Volgens De Ruiter zou de Beroepscode niet van toepassing zijn op haar vakgebied. Zij krijgt daarin steun van de hooggeleerde rechtspsychologen Harald Merckelbach en Peter van Koppen, die zich afvragen waarom het oordeel van psychologen nauwkeuriger zou worden als er eerst 'gekeuvel'd' is. 'Het College – en ook Geerstema – stampen met hun ethieklaarzen niet alleen door de bijdragen van psychologen aan het strafrecht en de zaken waarin zij betrokken zijn als deskundigen. De beslissing van het College is ook een open uitnodiging aan alle betrokkenen om met klachten de kritische vaart die psychologen aan het strafproces kunnen geven, krakend tot stilstand te laten komen.'

Wordt ongetwijfeld vervolgd.

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

VERBANDEN TUSSEN VERSCHILLENDE DOMEINEN WEG MET DE HOKJESGEEST!

De traditionele classificatie van psychische stoornissen schiet tekort. Tussen symptomen van verschillende ziektebeelden bestaan namelijk allerlei verbanden.

Dat blijkt uit een onderzoek onder 2175 jongeren van tien tot twaalf jaar oud, uitgevoerd door onderzoekers van de RuG en de Uva. De jongeren hadden een vragenlijst ingevuld die internaliserende problemen, externaliserend gedrag, aandachtsproblemen, denkproblemen en sociale problemen meet. De symptomen binnen de genoemde probleemgebieden bleken onderling sterker te

correleren dan tussen die gebieden. Maar er waren wel degelijk verbanden tussen items die officieel tot verschillende domeinen behoren. Zo correleren 27 van de 31 items die gezamenlijk 'internaliserende problemen' vormen met minstens een item dat tot een ander probleemgebied gerekend wordt. Hetzelfde geldt voor 24 van de 32 externaliserende problemen. De symptomen van 'aandachtsproblemen', 'denkproblemen' en 'sociale problemen' waren zelfs allemaal met symptomen van andere probleemgebieden gecorreleerd.

Deze informatie kan klinici van

dienst zijn. We wisten bijvoorbeeld al dat slaapproblemen een voorbode kunnen zijn van een depressie. Het netwerkonderzoek suggereert nu dat er geen direct verband tussen beide ziektebeelden bestaat, maar dat slaapproblemen leiden tot overmatig piekeren, wat uiteindelijk weer tot een depressie leidt. Handig om je interventie op zulke bevindingen af te stemmen. (ID)

Bron: Boschloo, L. et al. (2016). The network structure of psychopathology in a community sample of preadolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(4), 599-606.

SPELEN EVOLUTIONAIRE FACTOREN EEN ROL? SEKSEVERSCHILLEN IN DE SPORT

Vrouwen hebben minder belangstelling voor sport dan mannen en dat is te verklaren vanuit de evolutie, aldus Amerikaanse onderzoekers.

In juni 1972 werden in de Verenigde Staten de zogeheten Higher Education Amendments aangenomen. Een artikel daaruit, Title IX, is bedoeld om seksdiscriminatie tegen te gaan en verplicht alle educatieve instellingen die staatssteun ontvangen om meisjes en jongens dezelfde mogelijkheden te bieden in het onderwijs – sportonderwijs inclusief.

Onderzoekers aan de Grand Valley State University (Michigan) betogen nu dat een aanname die ten grondslag zou liggen aan Title X, namelijk dat meisjes en jongens een vergelijkbare interesse voor sport hebben, aan revisie toe is.

Hun redenering? Mannen overal ter wereld doen in duur en frequentie twee keer zoveel aan sport als vrouwen, als deelnemer én toeschouwer, en dat moet vooral aan evolutionaire factoren worden toegeschreven.

De onderzoekers baseren die conclusie op een omvangrijke synthetische studie van relevant empirisch en theoretisch onderzoek. Daaruit zou blijken dat vrouwen minder belangstelling hebben voor sport en dat hun geringere deelname eraan weinig tot niets te maken heeft met socialisering. Uit evolutionair oogpunt zou het voor mannen van meer belang zijn zich te oefenen in bondgenootschap en groepssrijd. Het verwerven van status is voor mannen bovendien een ideale

manier om potentiële concurrenten voor te blijven waar het gaat om overleving en voortplanting. En laat het leveren van een sportieve prestatie nou net een mooie gelegenheid zijn om die status te verwerven!

Hoe dan ook: zelfs als het waar zou zijn dat vrouwen van nature minder ambitie hebben om hun sportieve talenten te ontwikkelen – een conclusie die om allerlei redenen slecht verdedigbaar lijkt – is het alleszins redelijk die minderheid van vrouwen die dat wel wil, dezelfde kansen te geven als hun mannelijke collega's. (EdJ)

Bron: Deaner, R.O. et al. (2016). Sex differences in sport interest and motivation: an evolutionary perspective. *Evolutionary Behavioral Sciences*, 10(2), doi.org/10.1037/ebs0000049

SCHAP

JEUGDTRAUMA'S



DEPRESSIE ALS RESIDU VAN EEN OVERLEVINGSMECHANISME 'EEN ALLESOMVATTEND MODEL'

Over depressie zijn bibliotheken volgeschreven. Hoog tijd om te proberen de literatuur eens in één model samen te vatten.

Aaron Beck, de nestor van de cognitieve therapie, heeft onlangs samen met collega Keith Bredemeier een 'allesomvattend model van depressie' gepresenteerd, dat depressie niet alleen zou belichten vanuit cognitieve hoek, maar ook vanuit een klinisch, biologisch en evolutionair oogpunt.

Volgens hun schema liggen aan de basis van een depressie nog altijd de depressogene gedachten. Vroege (traumatische) ervaringen en/of een erfelijke predispositie kunnen ertoe leiden dat iemand informatie negatief verwerkt en sterk lichamelijk op stress

reageert, wat weer een sombere kijk op het ik, de wereld en de toekomst in de hand werkt. Krijgt zo iemand met een stressvolle gebeurtenis te maken, dan kan de overtuiging bij hem postvatten dat hij een vitaal deel van zichzelf is kwijtgeraakt. Dat verlies zou een reeks andere processen in gang zetten om de verloren energie terug te winnen. Zo zouden negatieve gedachten ontstaan die weer bijvoorbeeld schuldgevoelens, verdriet en terugtrekgedrag teweegbrengen. Maar ook autonome en immuunreacties kunnen optreden, met aandoeningen als lusteloosheid en anorexia tot gevolg.

Beck en Bredemeier stellen dat de overkoepelende functie van dit 'depressie-programma' het behoud van energie is.

Zoals andere zoogdieren zich terugtrekken en in een hoekje kruipen als zij bijvoorbeeld worden verstoten of een maatje verliezen, zo doen mensen dat ook, luidt de theorie. Een depressie zou dus niets anders zijn dan het residu van een evolutionair overlevingsmechanisme.

Critici plaatsen evenwel vraagtekens bij de evolutionaire basis van depressie, en vinden dat de auteurs te weinig aandacht schenken aan neurologische factoren die een depressie kunnen uitlokken. Ook aan een allesomvattend model valt dus nog wel wat te sleutelen. (ID)

Bron: Beck, A.T. & Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, 1-24.

PROMOTIES

INVLOED KINDEREN OP WELZIJN OUDEREN

Gezien de vergrijzing van de Nederlandse bevolking zullen er in de nabije toekomst meer ouderen zijn die dagelijks zorg en steun nodig hebben. Marieke van der Pers onderzocht de invloed van geografische nabijheid van eigen kinderen op het welzijn en verhuisgedrag van ouderen. Zij toont aan dat een substantieel deel van de ouderen in Nederland een volwassen kind binnen dagelijks bereik heeft wonen, maar dat daarbij regionale verschillen optreden. Van der Pers concludeert dat de nabijheid van een kind een positieve invloed heeft op het welzijn van ouderen zonder partner. Verweduwde en gescheiden vrouwen en gescheiden mannen die een kind in de buurt hebben wonen, zijn tevredener dan personen in dezelfde situatie van wie een kind op grotere afstand woont. Ouderen zijn ook meer geneigd te verhuizen als kinderen op grotere afstand wonen, en minder als een kind in de buurt woont.

Marieke van der Pers, *Intergenerational proximity, residential relocations and the well-being of older people*. Rijksuniversiteit Groningen, 19 mei 2016. Promotor: prof. dr. C.H. Mulder

SOMBERE JONGEREN

Adolescenten hebben een relatief grote kans op somberheid. Het depressiepreventieprogramma Op Volle Kracht (OVK) heeft als doel jongeren minder negatief te leren denken over dagelijkse tegenslagen, zodat ze beter bestand zijn tegen onnodige somberheid. Karlijn Kindt testte het effect van het schoolprogramma bij ruim dertienhonderd jongeren tussen elf en zestien jaar uit achterstandswijken. Hoewel OVK niet van invloed is op de mate van somberheid voor de gehele groep, hebben jongeren van ouders met psychische problemen mogelijk wel baat bij het programma. Verder bleek, tegen de verwachting in, dat een negatieve denkstijl niet voorspellend is voor de intensiteit van somberheidsklachten. Deze resultaten zijn bruikbaar om in de toekomst depressiepreventieprogramma's verder te ontwikkelen.

Karlijn Kindt, *Blow away the Blues: The development and prevention of depressive symptoms and negative cognitions in young adolescents*. Radboud Universiteit Nijmegen, 20 mei 2016. Promotoren: prof. dr. J.M.A.M. Janssens, prof. dr. R.H.J. Scholte

AUTISME BIJ VOLWASSENEN

Autismespectrumstoornissen zijn heterogene, neurobiologische ontwikkelingsstoornissen die gekenmerkt worden door kwalitatieve beperkingen in sociale communicatie en interactie, en beperkte, repetitieve patronen van gedrag, interesses of activiteiten. Omdat ASS eerst werd beschouwd als een kindstoornis, heeft eerder onderzoek zich vooral op kinderen gericht. Tegenwoordig wordt onderkend dat autismespectrumstoornissen ook gedurende de volwassenheid blijven bestaan. Anne Geeke Lever onderzocht welke kenmerken van de stoornis op welke momenten tijdens de gehele volwassenheid op de voorgrond staan, zodat behandeling hierop afgestemd kan worden.

Anne Geeke Lever, *Aging in Autism: Symptomatology, Co-occurring Psychopathology, and Cognitive Functioning Across the Adult Lifespan*. Universiteit van Amsterdam, 19 mei 2016. Promotor: prof. dr. H.M. Geurts.

Ed de Bruin, *Insomnia Treatment for Adolescents: Effectiveness of Group- and Internet Therapy for Sleep, Psychopathology, Cognitive Functioning, and Societal Costs*. Universiteit van Amsterdam, 20 mei 2016. Promotoren: prof. dr. F.J. Oort en prof. dr. S.M. Bögels.

Suzanne Einöther, *Fingerprint of Tea; acute mental benefits of tea consumption*. Maastricht University, 11 mei 2016. Promotoren: prof. dr. J. Ramaekers en dr. T. Giesbrecht

Anne Havermans, *Neural and cognitive determinants of smoking addiction and cessation*. Maastricht University, 13 mei 2016. Promotoren: prof. dr. W.J. Riedel, prof. dr. C. van Schayck

Madelon Vollebregt, *Neuronal oscillations in children with ADHD. A journey towards the development of potential new treatments for children with ADHD*. Radboud Universiteit Nijmegen, 17 mei 2016. Promotor: prof. dr. J.K. Buitelaar, prof. dr. O. Jensen



DE ASYMMETRISCHE ATTRIBUTIEFOUT

Afgelopen maand was er een kleine rage in de wetenschap: je 'faal-cv'. Het curriculum vitae van al je afwijzingen en mislukkingen. Het idee was dat het alleen delen van je successen onrealistische verwachtingen wekt bij jonge onderzoekers. Het 'faal-cv', dat zelfs het NOS nieuws haalde, maakt saillant dat veel van wat we doen helemaal niet lukt. Zo wordt dit waarschijnlijk geen memorabele column. Een echt opmerkelijke gedachte is zeldzaam, en moeilijk te voorspellen. Er rest ons weinig anders dan ons best te doen, vol toewijding, in de overtuiging dat érgens iemand een keer iets noemenswaardigs op papier zal zetten.

Mensen zijn uitstekende patroonherkenners, maar we zijn bijzonder slecht in het herkennen van toeval. Dit leidt tot een asymmetrie: we zien vaak patronen in toeval, maar we zien bijna nooit toeval in patronen. Als iemand iets memorabels heeft gedaan, zijn we sterker geneigd succes toe te schrijven aan de eigenschap van die persoon. We negeren de rol van toeval. Dit basale proces heet in de psychologie de fundamentele attributiefout.

De asymmetrie in het herkennen van patronen, en het negeren van toeval, leidt ook tot een asymmetrie in het belonen van succesvolle mensen. Natuurlijk bereik je niks als je niet hard werkt, maar met hard werken heb je niet automatisch succes. Als je succes wil hebben is een zekere mate van geluk onontbeerlijk. Je moet vaak net op het goede moment op de goede plek zijn.

Voordat succesvolle dingen per toeval gebeuren, moeten er sowieso dingen gebeuren. Je hebt een systeem nodig waar mensen voldoende activiteit genereren. Neem de wetenschap. Het is erg moeilijk te voorspellen waar de volgende doorbraak vandaan komt. Maar als iedereen maar hard genoeg door ploetert, dan gebeurt er érgens iets.

Als er dan een succes behaald wordt, legt de fundamentele attributiefout de oorzaak van dat succes snel bij het individu. Een persoon is een toptalent. Maar het lijkt onredelijk aan te nemen dat als deze persoon er niet geweest was, het succes voor altijd was uitgebleven. Integendeel! Als het niet deze persoon was geweest, dan was het wel iemand anders. Misschien denk je: maar waar zouden we zijn zonder iemand als Einstein? Tot je leert dat $E=mc^2$ voor het eerst bedacht is in 1903, door de Italiaanse geoloog Olinto De Pretto.

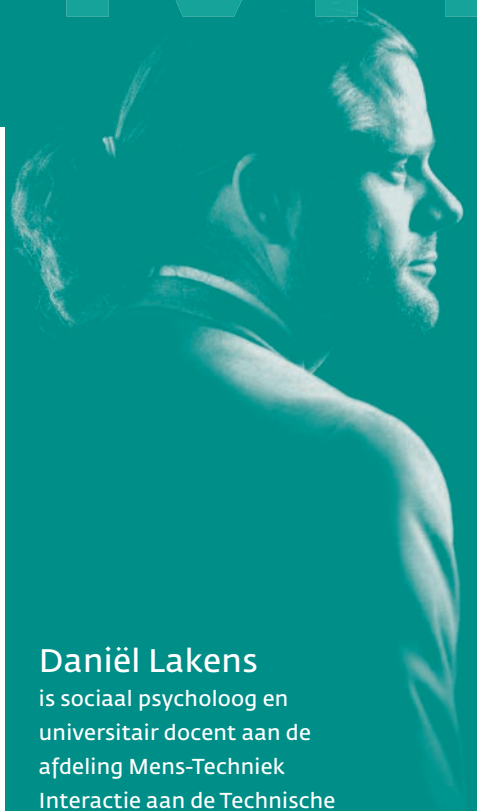
In onze huidige individualistische samenleving belonen we mensen met succes. Misschien wel iets te veel. Aan het einde van zijn leven zei Einstein: *'The exaggerated esteem in which my lifework is held makes me very ill at ease.'* Succes is niet te voorspellen, en nadat er iets opmerkelijks gebeurd is, vind ik dat iedereen die ergens hard aan gewerkt heeft waardering verdient.

Misschien is dit geen memorabel idee. Ik heb in ieder geval vol toewijding mijn best gedaan wat activiteit te genereren, zodat er misschien toevallig een goed idee boven komt drijven. En als ik niks memorabels schrijf, doet iemand anders dat wel.

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



INTERVIEW JIM VAN OS

'HET MOET TOTAAL ANDERS'

De professional in de ggz gedraagt zich doorgaans alsof hij precies weet hoe het zit, maar zo hard is die psychiatrische kennis helemaal niet. Professionals zouden beter naar patiënten moeten luisteren. Jim van Os, hoogleraar Psychiatrische Epidemiologie schopt niet alleen tegen het huidige systeem aan, hij levert een uitgewerkt alternatief. 'Minder diagnostische ziekte-taal en geen "escalerende richtlijnen".'



Jim van Os hoeft er niet over na te denken of hij namen wil doorgeven van mensen die iets over hem kunnen vertellen en die gebeld mogen worden. Per omgaande stuurt hij een mail met een aantal namen en een lacherig: 360-graden analyse? Hij heeft daar geen problemen mee, integendeel. Hij vindt het een heel normale vraag, er is geen betere manier om iemand te leren kennen, zegt hij in zijn werkkamer van ggz-instelling Mondriaan van het UMC Maastricht. En dan legt hij onmiddellijk een link met de zaak waar hij zich al jaren hard voor maakt: een vernieuwde inrichting van de ggz. 'Vanuit de nieuwe ggz proberen we juist veel vanuit de netwerkgedachte te denken. Iedereen heeft een netwerk en dat probeer je te activeren. Als iemand in crisis is, willen we het zo organiseren dat hij zich staande kan houden en niet hoeft te worden opgenomen. Vroeger trok men zich terug, tegenwoordig is het idee meer: breng maar naar buiten. Ook van professionals wordt verwacht dat ze open zijn. De professionele distantie staat ter discussie, je mag jezelf best laten zien als professional.'

En daar handelt hij dus zelf ook naar. Van Os is hoogleraar Psychiatrische Epidemiologie aan de Universiteit van Maastricht en hoofd van de afdeling Psychiatrie van het Maastricht UMC. Hij is meermaals door vakgenoten verkozen tot de 'beste psychiater'. Kern is dat de ggz anders moet worden ingericht. Want de professional gedraagt zich doorgaans alsof hij precies weet hoe het zit, hij legt uit aan de patiënt hoe die beter kan worden en maakt daarbij gebruik van richtlijnen. Maar zo hard is die psychiatrische kennis helemaal niet, professionals zouden daarom beter naar patiënten moeten luisteren. En richtlijnen zijn ontwikkeld voor gemiddelde patiënten en 'de gemiddelde patiënt' bestaat niet. Elke patiënt is anders en moet leren omgaan met zijn eigen klachten en daarnaast een zinvol leven leiden. Het is aan de ggz hen daarbij te ondersteunen.

Van Os schopt niet alleen tegen het huidige systeem aan, hij levert een uitgewerkt alternatief dat hij in zijn nieuwste boek *Goede ggz!*¹ beschrijft en dat hij op allerlei manieren naar buiten brengt. Hij lanceerde de site www.schizofreniebestaatniet.nl en

www.psychosenet.nl. En hij zat in de DSM-5 werkgroep voor nieuwe richtlijnen voor psychosen. Er werd een congres gehouden over *De nieuwe ggz*, een site gelanceerd onder de zelfde naam (www.denieuweggz.nl). Onlangs zat hij nog met Edith Schippers, minister van Volksgezondheid, aan tafel. Hij heeft een lange weg te gaan, want het moet echt totaal anders. Hulp moet aansluiten bij de individuele patiënt en er moet meer in de praktijk worden gekeken wat werkt.

ONGEDURIG

Van Os studeerde geneeskunde in Amsterdam en vervolgens psychiatrie in Jakarta en Casablanca en daarna in Bordeaux en Londen, waar hij zich ook in de psychiatrische epidemiologie verdiepte. Uiteindelijk settelde hij zich in Maastricht.

Het is een soort onrust die hem drijft. Hij wil alles zelf zien en meemaken. 'Ik leer door me bloot te stellen aan dingen, eerder dan alles uit een boekje te halen.' En dat ongedurige heeft hij van zijn vader die voor een kwart Indonesisch was. 'Hij had een kampverleden, moeilijke toestanden.' Zijn moeder is Friezin.

Doordat hij in verschillende landen werd opgeleid, leerde hij dat de verschillen in psychiatrie in verschillende landen heel groot zijn. Neem Frankrijk en Engeland. 'De Fransen lossen alles op in hun hoofd, het rationalisme, ze verzinnen iets en dan is het zo. De taal was analytisch, fenomenologisch en filosofisch. Voor mij was het heel interessant en uitdagend, maar de patiënten werden ondertussen met vier of vijf soorten medicaties min of meer rustig gehouden. Je had er de lacanianen (navolgers van Jacques Lacan (1901), Frans psychoanalyticus, red) die zó leerden spreken over het klinische werk, dat buitenstaanders net niet konden begrijpen waar het over ging. Dat was een hele kunst, de opleiding tot lacaniaanse psychotherapie duurde vaak twintig, vijfentwintig jaar. Ik vond dat fascinerend, zo wilde ik ook worden.'

Dan moeten we denken aan teksten als: "In de hysterische psychosen is de taal een onvertaalde stroom van elementen die in emotionele zuchtigheid de beeldvorming van de ander bedekt, of voorziet van een gelaagdheid die wantrouwen genereert en het ego loskoppelt van de masculiene rede." Van Os: 'En dan in het Frans.'

Vervolgens verhuisde hij naar Londen om daar verder te studeren en daar kreeg hij te maken met een

¹ Zie <http://tinyurl.com/gncduod> voor kritiek van de NIP-bestuursleden dr. Elly Plooijs-Van Gorsel en drs. Jeroen Muller op de plannen van prof. dr. Jim van Os.

totaal andere manier van denken. 'Daar was men veel nuchterder en kwantitatiever en wilde men alles eerst onderzoeken, ook heel vanzelfsprekende dingen.'

Bijvoorbeeld of meer hulpverleners toevoegen aan de organisatie resulteert in minder wachtlijsten op de korte termijn.

'Schizofrenie was in Frankrijk totaal iets anders dan in Engeland. En ook neurose betekende er iets anders.'

Van Os vond het fascinerend, maar verbaasde zich er ook over, want wat was de waarde van psychiatrische kennis? Door die ervaringen realiseerde hij zich dat er een grote culturele component zat aan wat hij over psychiatrie leerde.

'HOE WEET JIJ DAT EIGENLIJK?'

Die twijfel over de hardheid van de kennis werd nog versterkt door de omgang met cliënten. Een belangrijke ervaring had hij al vroeg in zijn carrière. Hij

werd uitgenodigd om een lezing te houden voor een gezelschap van uitsluitend ervaringsdeskundigen. 'Ze hadden allemaal traumatische ervaringen binnen de psychiatrie, bijvoorbeeld omdat ze gesepareerd hadden gezeten. Ik vertelde een verhaal vanuit mijn

standpunt; ik sprak over wat ik dacht dat kennis was, en kreeg vervolgens heel kritische vragen. Ze vroegen: "Jij weet het blijkbaar allemaal, maar hoe weet je dat eigenlijk?" En: "Wat is schizofrenie dan?" Ik legde het uit, want het stond toch duidelijk in de DSM?

Iemand reageerde met: "Dus je verzint een construct: als je schizofrenie hebt, hoor je stemmen. En als je vervolgens stemmen hoort, zeg je: aha, dus dan heb je schizofrenie. Dat noem ik een cirkelredenering." Ik had dat zo geleerd, en iemand kon er met één vraag zo doorheen prikken. Daar schrok ik van. En verder vroegen ze: "Waarom betrek je het brein erbij als je met ons praat? Heb je dat nodig? Waarom zijn jullie niet geïnteresseerd in armoede en trauma?"

Ook privé maakte hij dingen mee. Zo kreeg zijn nicht een bipolaire stoornis en hij was sterk bij haar wel en wee betrokken. Al deze ervaringen vormden zijn visie op de ggz, de patiënt is geen label maar heeft zijn of haar eigen verhaal.

Zijn omgeving is lovend over hem als praktiserend psychiater. 'Hij wordt hoog aangeslagen als psychiater, hij staat dicht bij de patiënten en hun familie,' aldus collega-psychiater Jules Tielens van MoleMann Mental Health Clinics. En nicht Elisabeth vertelt over hem: 'Ik heb een bipolaire stoornis en vanaf dag een heeft Jim mij gesteund en gaf antwoord op alle vragen waarmee ik zat. En hij antwoordt doorgaans binnen één minuut. Hij staat altijd voor me klaar, hij is engelachtig.'

Ook als wetenschapper wordt hij hoog gewaardeerd. Geniaal, creatief, productief en een stimulans voor anderen, zeggen verschillende collega's. Zo'n vierhonderd publicaties, schat hij zelf. Hij heeft een groot netwerk, zegt Philippe Delespaul, hoogleraar Innovaties in de ggz aan de Universiteit van Maastricht, die ook nauw samenwerkt met Van Os. 'Hij werkt samen met veel mensen. Zo'n lange publicatielijst krijg je niet als je alles zelf doet. Hij leidt ook

mensen op, hij coacht en daarmee kweekt hij goodwill.'

Toch heeft Van Os stevige kritiek op diezelfde wetenschap. Want het is prima om wetenschap te bedrijven, maar veel schieten de patiënten van vandaag daar niet mee op.

Richtlijnen zijn
ontwikkeld voor
'gemiddelde patiënten'
en een gemiddelde
patiënt bestaat niet

'Ik vind de wetenschap heel interessant, de kwantitatieve wetenschap, de epistemologie en de gen-omgevingsinteracties, maar... het gaat niet snel naar iets toe wat bij gaat dragen. Het hele spel van het zo opschrijven dat je het in *Nature* kunt publiceren, dat is zinloos voor de patiënten. De impactfactor van tijdschriften is belangrijk binnen de wetenschap, maar het is een parallelle wereld geworden die is losgeraakt van waar het om gaat. En de *randomized trials*, die gelden voor de gemiddelde patiënt, zijn niet relevant voor individuele patiënten.

Van Os geeft onderzoek naar behandeling tegen depressie of schizofrenie als voorbeeld. 'Alles wat geprobeerd wordt in een *randomized controlled trial*, werkt. Alle therapieën hebben hetzelfde zwakke effect. Hoe komt dat? Waarschijnlijk omdat voor de een medicatie goed werkt, voor de ander is een beetje counseling effectief en voor de derde werkt intensieve cognitieve gedragstherapie of mentalisation therapie.

'De kritische psychiatrie uit de jaren zeventig is door een aantal journalisten en hoogleraren gedemoniseerd en als anti-psychiatrie geframed.'

Deze individuele heterogeniteit, daar komen we in de trials niet achter. Daarom geloof ik enorm in n=1-onderzoek.'

LIVING LABS

De hele zorg moet op de schop en de klassieke wetenschap gaat daarbij niet helpen. Daarom gaat hij experimenteren met een soort 'living labs'. 'We nemen wijken van 20.000 mensen en introduceren daar een totaal nieuwe manier van werken. Bedden worden 'gesloten' en de patiënten komen ook in de wijk te wonen. De ggz brengt middelen in de wijk, artsen verplegers en psychiaters, ervaringsdeskundigen, betrokkenendeskundigen en die gaan multideskundig werken op basis van wat mensen nodig hebben in het dagelijks leven. We brengen het systeem naar de mensen toe, in plaats van andersom.'

Het project is in samenwerking met dertien ggz-instellingen. Er worden zeven pilots in Nederland ingericht. Dat deed hij samen met Delespaul en daarna zochten ze samenwerking met de ggz-instellingen en het ministerie van vws. 'Minder diagnostische ziektetaal en labels als depressie en schizofrenie, geen 'escalerende richtlijnen' meer, maar veel meer uitvinden in de context van het leven wat mensen helpt om verder te komen. Daarbij wordt ook 'technische kennis' gebruikt. Er wordt psychotherapie of medicatie gegeven, maar meer ter ondersteuning van het leven van mensen, dan om hen 'beter' te maken. Het is de bedoeling dat mensen hun leven weer terugkrijgen, gegeven de psychische, lichamelijke en sociale uitdagingen die ze hebben. We willen mensen zelf dingen laten uitvinden in hun eigen netwerk, maar hen daar wel bij helpen. Bijvoorbeeld: als iemand net een relatie heeft gekregen dan is het handig om iets te doen aan de conflicten die hij genereert op basis van zijn persoonlijkheidsvariatie. Dat is een handiger moment dan als hij alleen zit.

Want dan kun je wel proberen door te behandelen tot hij 'beter' is, maar heeft dat zin als hij zijn 'beter zijn' niet kan uitproberen?'

Vervolgens worden gezondheidsparameters op populatieniveau gemeten. Daarmee wordt er niet meer uitgegaan van dat sommige mensen ziek zijn en de rest gezond, maar dat iedereen met psychische kwetsbaarheden in aanraking kan komen. Ook e-health wordt hierbij ingezet. 'Dit experiment krijgen we nooit gepubliceerd in de high impact journals,' weet Van Os. 'En dat is iets waar de decaan gelukkig van wordt. Dit is *science in transition*.'

VEEL LEF, BEETJE DRAMMERIG

Hij is bevlogen, zeggen de mensen om hem heen. Hij staat voor de zaak – een nieuwe inrichting van de ggz – maar het gaat hem niet snel genoeg. Hij kan daarom soms een beetje drammerig zijn, om zijn punt te maken. 'Hij heeft het meeste lef van alle hoogleraren die ik ken,' zegt Tielens.

Hij is inderdaad niet bang, vindt ook Van Os zelf. 'Ik vind het wel leuk om de knuppel in het hoenderhok te gooien. En het is ook leuk om daar commentaar op te krijgen, hoewel dat soms ook wat onveilig voelt. Maar ja, als je a zegt moet je ook b zeggen.'

Zoals die keer toen hij commentaar kreeg naar aanleiding van een artikel dat in *NRC Handelsblad* werd gepubliceerd, waarin hij het samen met collega's uitlegt waarom we de diagnose schizofrenie beter kunnen vergeten. (2015)

Dat is anti-psychiatrie, reageerden Iris Sommer (2015). Een leuke discussie, maar het werd wat onaangenaam, omdat hij daarmee in een bepaalde hoek werd gezet. Van Os: 'Een beetje *name calling*, ik vond het niet leuk, maar had het over mezelf afgeroepen.'

Wat is eigenlijk het verschil tussen anti-psychiatrie uit de jaren zeventig en wat hij wil?

'Zoals Gemma Blok (Docent Nederlandse Geschiedenis aan de Universiteit van Amsterdam) in haar proefschrift scheef, was wat we nu antipsychiatrie zijn gaan noemen, destijds een humanistische beweging van 'kritische psychiatrie'. Zij beschrijft het als een breed gedragen beweging van psychiaters, psychologen en beleidsmakers die vonden dat er meer respect moest zijn voor patiënten. Door een aantal journalisten en hoogleraren is dat later gedemoniseerd en als anti-psychiatrie geframed.' Tegen die term verzet hij

zich, maar inderdaad, wat hij nu doet is 'de zoveelste poging om kritische psychiatrie te bedrijven'.

CONFRONTATIE

Van Os zoekt de confrontatie, maar doet dat op een goede manier, zonder het contact te verliezen, zeggen zowel Tielens als Rudolf Ponds (klinische neuropsycholoog en hoogleraar Medische Psychologie aan de Maastricht Universitair Medisch Centrum). Hij probeert constructief te blijven, en dat doet hij ook met humor en door contact te houden met mensen.

Toch is dat niet altijd eenvoudig, want Van Os is geen voorstander van het polderen. Bij het polderen schuift iedereen naar elkaar toe en dan verandert er nog niets. En dat is nu juist wat er wel moet gebeuren, stelt hij. Neem de 'agenda ggz voor gepast gebruik en transparantie' gepresenteerd door vertegenwoordigers van patiënten, zorgprofessionals en ggz-instellingen. Daarin zijn afspraken gemaakt en staan de ambities die voor de komende jaren de koers voor de ggz in Nederland moeten bepalen. Van Os daarover: 'Dat is weer een krachtige polderbeweging, waarin de zorgverzekeraar toegezegd krijgt dat de rom verder wordt ontwikkeld en dat er zorgstandaarden komen. Er is meer disruptie nodig om dingen echt te veranderen. Daar ben ik van overtuigd'.

DUBBELE LAAG

Hij kan direct en confronterend zijn, maar dat is hij op een sociale manier. Hij lijkt open, maar is dat niet helemaal. Hij heeft een dubbele laag, zegt zijn vrouw Noortje Tan. Want hij is ook discreet en terughoudend en kan zwijgen en zich aanpassen. Misschien is dat ook een beetje Indonesisch bloed.

Van Os herkent dat wel. 'Tijdens mijn studie durfde ik geen dingen te zeggen, ook over mezelf praatte ik

niet makkelijk. Dingen delen, over je eigen emoties, dat heb ik moeten leren. En het is nog steeds een punt van aandacht.'

Toch heeft hij wel veel geleerd. 'Hij is ondernemer,' zegt Philippe Delespaul, hoogleraar Innovaties in de ggz aan de Universiteit van Maastricht, die nauw samenwerkt met Van Os. 'Hij is assertiever dan ik, heeft veel energie, ik zeg wel eens gniffelend: autistische oogkleppen op en drammen. Daarmee lukt het hem wel om dingen in beweging te zetten. En dat is goed. Maar hij gaat soms erg snel, zonder achterom te kijken of iedereen hem volgt.'

SNAP JIJ DAT NOU?

Ponds vat hem samen als: 'Geniaal, heel slim, heel creatief. Van laudatio's voor bijvoorbeeld promovendi maakt hij prachtige werkstukjes. Hij heeft een groot intellectueel surplus en daar blijft hij prettig bescheiden onder. Het kost ook iets. Voor de dagelijkse gang van zaken heeft hij soms wat minder gevoel. Dan heeft hij een mail gestuurd naar een secretaresse, die is in tranen, hij laat me die lezen en vraag: "Snap jij dat nou?"' Lachend: 'En ja, dan snap ik het wel.'

Van Os moet lachen bij dit voorbeeld. Hij herkent dat wel. 'Ik uit me soms op een manier dat gevoelige mensen zeggen: hmm, moet dat nou zo? Ik kan soms wat onnodig direct zijn.'

Of hij zegt iets dat beter niet gezegd kan worden. In een vergadering waar iedereen praat over een bestuurlijke kwestie, terwijl Van Os zich afvraag of het niet eigenlijk gaat over iets persoonlijks tussen twee mensen. 'Dan zeg ik dat: maar gaat het er niet eigenlijk over dat jij dit wilt en jij dat? Kunnen we het daar dan niet over hebben? Maar ja, dat hoeft niet te kloppen. Daar moet ik voorzichtig mee zijn. Ja, dat is wel een aandachtspuntje.'

Literatuur

Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., Van Os, J., (2016). *Goede ggz! Nieuwe concepten aangepaste taal en betere organisatie*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.

Jim van Os et al., 'Laten we de diagnose schizofrenie vergeten.' *NRC HANDELSBLAD*, 7 maart 2015.

Iris Sommer, 'Schizofrenie als diagnose schrappen is anti-psychiatrie uit de jaren 70', *NRC HANDELSBLAD*, 13 maart 2015.
Gemma Blok (2004). *Baas in eigen brein*. Proefschrift, Faculteit der Geesteswetenschappen, Universiteit van Amsterdam



Gevalsbeschrijvingen neuropsychologie

Neuropsychologische casuïstiek: verdieping en praktijkgerichte gevalsbeschrijvingen

Door J.A.M. Vandermeulen en M.M.A. Derix (redactie)

Recensent: Karel Soudijn

Kan een robot psycholoog worden? De opleidingen tot bachelor en master lijken mij voor een goed geprogrammeerd apparaat gemakkelijk te doen, zeker nu studenten de meeste tentamens in de vorm van multiple choice voorgeschoteld krijgen. De praktijk, daarentegen, levert meer moeilijkheden op. De bundel *Neuropsychologische casuïstiek* maakt de struikelblokken voor een robot duidelijk: er schuilt nog teveel variatie in de diagnostische categorieën die psychologen in de praktijk hanteren. Onze robot zal een behoorlijke tijd stage moeten lopen om bij ervaren practici de kunst af te kijken.

In deze bundel beschrijven diverse experts twaalf gevallen op het gebied van neuropsychologie. Dit dozijn is ondergebracht in zes brede categorieën: psychiatrische aandoeningen, somatische aandoeningen, neurodegeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel, dementie en, ten slotte, 'zeldzaam, maar niet onbelangrijk'. Elk van deze categorieën wordt weer verder toegespitst. Zo treffen we onder de psychiatrische aandoeningen een tweetal thema's aan: ADHD en stemmingsstoornissen. Ook die meer specifieke thema's blijken echter slechts brede etiketten waaronder een variatie aan gedragsvormen schuilgaat. Anders gezegd: als we weten wat iemand 'heeft', dan weten we nog nauwelijks wat er aan de hand is. De gevalsbeschrijvingen in dit boek maken telkens deel uit van trechtervormige redeneringen. De auteurs laten ons meekijken in hun redeneerprocessen waarin vage klachten uitmonden in concrete aanbevelingen en conclusies – en in diagnostische categorieën waarmee men verzekeraars tevreden stelt.

De beschikbare psychologische tests voldoen op dit terrein haast nooit aan de normen van de Commissie Testaangelegenheden (COTAN) van het NIP. Onbetrouwbare methoden bieden in de praktijk enig

houvast door ze te combineren met een variatie aan andere onbetrouwbare methoden, maar er bestaat geen duidelijke regel die aangeeft hoe ver men hier moet gaan. De ervaring van experts blijft een belangrijke rol spelen. En dat komt in dit boek mooi tot uitdrukking.

In alle hoofdstukken introduceren de auteurs hun gevalsbeschrijving aan de hand van een theoretische beschouwing. De eigenlijke casuïstiek komt daarna systematisch aan bod: klacht en verwijzingsvraag, probleemstelling, heteroanamnese, autoanamnese, observatiegegevens, testinstrumentarium, onderzoeksresultaten, conclusie en advies, alsmede diagnose volgens DSM-criteria. De gebruikte tests staan telkens in een rij opgesomd. Belangrijke uitkomsten worden wel besproken, maar vaak leggen de auteurs ons nauwelijks uit waarom zij juist deze instrumenten (en geen andere) hebben gekozen. Het redeneerproces aan de bredere kant van de trechter is in deze bundel moeilijker te volgen dan bij het smalle uiteinde. Verder is opvallend hoe simpel de gegeven aanbevelingen vaak zijn. Rokers krijgen bijvoorbeeld altijd het advies om te stoppen met roken, ongeacht hun klacht. Wie het niet meer ziet zitten, krijgt een verwijzing naar cognitieve gedragstherapie. Een robot zou zonder verder onderzoek ook op dergelijke aanbevelingen kunnen uitkomen. Tijdrovend onderzoek bij neuropsychologische patiënten lijkt mede tot doel te hebben om mensen gerust te stellen. We takelen af, maar dat proces verloopt minder dramatisch dan u denkt.

Ook dié boodschap kan natuurlijk prima door een robot worden uitgesproken, maar voorlopig horen we zo iets liever uit de mond van een neuropsycholoog.

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



Opgebloeide dropouts

Rebels

Regie & scenario: Kari Anne Moe (91 min.)

Distributeur: Cinema Delicatessen

Recensent: Jeroen van Goor

De lange documentaire *Rebels* volgt een groep Noorse twintigers, *dropouts* van de middelbare school, die door de maatschappij al zijn opgegeven. De een heeft een alcoholprobleem, de ander ADHD, weer een ander was jeugdcrimineel. Ze hebben een laatste kans gekregen en doen mee aan het speciale Rebel-project, in de hoop hun leven weer op de rails te krijgen. Tijdens het project worden ze klassikaal en individueel bijgestaan door coaches van wie ze leren wat hun sterke en zwakke karaktereigenschappen zijn en wat de achterliggende redenen zijn voor de puinhoop die ze van hun leven hebben gemaakt. Ze zijn opstandig, agressief en onverschillig, maar gaandeweg de film laten ze hun schilden zakken en durven zich bloot te geven. Het groepsproces speelt een belangrijke rol in deze ontwikkeling en de film brengt dat mooi in beeld: de jongeren moedigen elkaar aan, groeien naar elkaar toe, troosten en ondersteunen elkaar, waardoor de veilige omgeving wordt gecreëerd waarbinnen persoonlijke groei mogelijk wordt.

RESPECT!

We zien de deelnemers in de klas achterover zitten, gapend in hun stoel met een petje op en een dikke winterjas aan. Ze lijken geen besef te hebben van de indruk die ze maken en zijn uiterst prikkelbaar als er kritiek op hun houding wordt geleverd. Net als bij veel Nederlandse probleemjongeren hebben ook deze ontspoorde Noren een sterke automatische reflex om respect op te eisen, een verdedigingsstrategie die ze op straat hebben aangeleerd en die ze maar moeilijk los kunnen laten. Hoofdpersoon Jan Olav bijvoorbeeld – 25 jaar, praktisch anafalbeet, droomt ervan om rapper te worden – ontploft als een van de coaches hem in een rollenspel kritisch vraagt hoe hij de opvang van zijn dochtertje heeft geregeld.

‘Hoe durf je zo tegen me te praten?’ schreeuwt hij buiten zinnen. ‘Je weet niet wie ik ben!’ en dreigt de keel van de vrouw door te snijden. Hij wordt tijdelijk uit het programma gezet en mag pas weer terugkomen als hij een woedebeheersingscursus heeft gevolgd. Bij zijn rentree voor de groep houdt hij een bewogen speech over zijn problemen, zijn moeilijke jeugd en zijn woede-uitbarstingen, en je krijgt de indruk dat hij geleerd heeft van zijn fouten. Zijn begeleiders zijn ontroerd en omhelzen hem, maar een paar dagen later gaat hij opnieuw de fout in en bedreigt een docent met een broodmes. Zijn verhaal schetst de complexiteit van de problematiek waar de jongerenwerkers mee te maken hebben en de machteloosheid die ze ongetwijfeld soms voelen bij het werken met deze doelgroep.

HAPPY END

Toch is Jan Olav de enige negatieve uitzondering in de film. De overige deelnemers brengen het er beter af en bloeien op. Op het eind zien we ze aan het werk in de fabriek, achter de kassa, kortom terug in de maatschappij, hoewel het de vraag blijft hoe lang ze daar zullen blijven. Hoe dan ook ben je blij dat je ze beter hebt leren kennen, dat ze durven te laten zien wie er schuilgaan onder al die petjes en capuchons. *Rebels* is een documentaire die op ontroerende en soms schrijnende wijze laat zien hoe deze afgeschreven jongeren weer boven komen drijven, en welke toewijding jeugdwerkers aan de dag moeten leggen om ze op het goede pad te houden.

Rebels is vanaf 19 mei in Nederlandse bioscopen te zien.

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



INSPIRATIE – SEKSUEEL GEWELD

Iva Bicanic, Hoofd Landelijk Psychotraumacentrum & Centrum Seksueel Geweld

Zo'n twintig jaar geleden, toen ik in het Kinder- en Jeugd Traumacentrum in Haarlem werkte, maakte ik in een ziekenhuis in de VS voor het eerst kennis met de multidisciplinaire aanpak van kindermishandeling. Ik bezocht het *Chadwick Center for Children & Families* in San Diego en daar zaten alle

functionarissen om de tafel die met de gevolgen van kindermishandeling te maken hebben: de kinderarts, radioloog, forensische arts, onderzoeker, psycholoog, maatschappelijk werker, advocaat. Ze overlegden over een casus. Iedereen was even belangrijk. Dat was nieuw en inspirerend voor mij, dat zijn we later in

Nederland ook gaan doen in het Centrum Seksueel Geweld.

ONDER ÉÉN DAK

Tien jaar later werkte ik in het Landelijk Psychotraumacentrum van het UMC Utrecht en we werken er interdisciplinair. En toen maakte ik in Denemarken kennis met de *rape centers* zoals die in Scandinavië zijn ingericht. Ook daar werken forensische en psychologische disciplines met elkaar samen, maar daar zitten ze letterlijk onder één dak. Mensen die net een verkrachting hebben meegemaakt, komen daar naartoe. En

De psychologische ondersteuning bestaat uit watchful waiting

FOTO: VINCENT VAN DEN HOOGEN

afspoelen en vergeten. Weinig slachtoffers hebben er behoefte aan om meteen naar een professional te gaan, maar het heeft grote voordelen als je dat wel doet. Op het forensische vlak, want dan zijn er nog sporen van de dader in of op het lichaam van het slachtoffer. Ook medisch gezien biedt het kansen, zo kun je preventieve medicijnen geven om zwangerschap of besmetting met soa of hiv, hepatitis C of B te voorkomen. En tot slot zijn er op psychologisch vlak voordelen. Mensen die net verkracht zijn, krijgen last van acute stressreacties. Net als na een inbraak, een ongeval of een brand krijgen ze herbelevingen, ze kunnen niet slapen of zich concentreren. Maar in tegenstelling tot een ongeval of een brand, wordt er niet makkelijk gepraat over seksueel geweld. Dat maakt de kans op vastlopen heel groot. Na een verkrachting ontwikkelt veertig procent van de slachtoffers zes maanden later een posttraumatische stresstoornis (PTSS). Dat is veel hoger dan na andere traumatische gebeurtenissen.

LETTERLIJK EEN HUISJE

Nog weer later kwam ik het allermooiste en zuiverste voorbeeld van een rape center tegen in Kaapstad. Dat is de *rape capital* van de wereld, en daar in een township – dus het armste deel van de stad – stond een rape center in zijn puurste vorm. Het was letterlijk een huisje met een voordeur. Daardoor gaat het slachtoffer naar binnen en komt ze (of hij) drie deuren tegen. De eerste is van de politie, daar worden de sporen veilig gesteld. De tweede deur is van de arts, daar krijgt ze medicijnen en eventueel worden verwondingen behandeld. De derde kamer is voor de psycholoog. Er was ook een douche. En er was een achterdeur waardoor de dader naar binnen werd gebracht. Op die toiletdeur stond ook *Perpetrators toilet*; toilet van de dader, waar

de sporen konden worden veiliggesteld. Ik vond die benaming van het toilet indrukwekkend, voor slachtoffers is het heilzaam, maar in Nederland kan dat niet, hier ben je verdachte tot het bewijs is vastgesteld. Je gaat naar binnen, doet alles wat je zou moeten doen in de *golden hours*. Want in die eerste uren liggen kansen die je optimaal wilt benutten.

Inmiddels hebben we in Nederland ook rape centers ingericht voor acute slachtoffers van seksueel geweld. Hier noemen we het Centrum Seksueel Geweld. Er zijn er nu twaalf, in het totaal komen er zestien verspreid over het land, zodat mensen niet meer dan één uur hoeven te reizen om er te komen. Ze zitten bijna allemaal op een spoedeisende hulp van een ziekenhuis. Via 0800-0188 is het Centrum Seksueel Geweld permanent bereikbaar.

Daar wordt sporenonderzoek gedaan, medicatie gegeven en eventueel letsel behandeld. De psychologische ondersteuning begint daarna en bestaat uit *watchful waiting*. De psycholoog hoeft niet te vragen wat er is gebeurd, die informatie is al overgedragen of staat in het patiëntendossier. Dan geven we adviezen, zoals: ga niet in bed liggen, maar houd zoveel mogelijk je dagelijkse routine vast. Sommige mensen denken dat ze gek worden, dan stel je hen gerust door uit te leggen dat herbelevingen normale reacties zijn en je geeft adviezen hoe ze het dragelijker kunnen maken. Na een week of vier moeten de stressreacties zijn uitgedoofd. Gebeurt dat niet dan heeft iemand formeel een PTSS en kunnen we traumabehandeling starten, bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie of EMDR. We hopen dat met de komst van het Centrum Seksueel Geweld meer mensen zich in die acute fase zullen melden, want dan kun je het meeste doen.'

met net bedoel ik: gisteren of vandaag.

Ik werkte toen veel met jongeren, maar die hadden doorgaans eerst geprobeerd de verkrachting te vergeten. Als ze dan toch vastliepen, kwamen ze bij het Landelijk Psychotraumacentrum terecht. Ik heb naar deze groep promotieonderzoek gedaan en vond onder andere dat meisjes van 12 tot 25 jaar die waren verkracht gemiddeld 21 weken wachten voordat ze ermee naar buiten komen en pas na een jaar hulp zoeken.

Op zichzelf is dat te begrijpen. Na een verkrachting willen de meeste mensen het gebeuren onder de douche van zich

ESSAY

TRAUMAGERICHTE THERAPIE BIJ HULPZOEKENDE VLUCHTELINGEN MET PTSS

VORT MET DE GEIT

Voor de gemiddelde Nederlander zijn we eruit, maar voor de gevluchte nieuwkomer nog niet: welke behandeling te bieden aan patiënten met een posttraumatische stressstoornis. Volgens de richtlijnen moet aan iedere volwassene met PTSS een traumagerichte behandeling aangeboden worden, maar vluchtelingen zijn nog vaak uitzondering op de regel. Dat is spijtig, want er is toenemend wetenschappelijk bewijs dat traumagerichte behandeling bij vluchtelingen mogelijk is en werkt, stelt F. Jackie June ter Heide in dit essay.



De afgelopen maanden werden de Europese stranden overspoeld met vluchtelingen, en de Europese kranten en televisies met beelden daarvan. Gedwongen migratie gaat mensen niet in de koude kleren zitten, zoveel is duidelijk. Het zal dan ook niet lang duren voordat de eerste nieuwkomers de weg naar de geestelijke gezondheidszorg weten te vinden. Hoe vluchtelingen daar het beste geholpen kunnen worden, is al jarenlang een punt van aandacht. Getraumatiseerde vluchtelingen zijn immers niet de makkelijkste doelgroep om mee te werken. Een hoge mate van huidige stress, een veelheid aan traumatische

ervaringen, en grote taalkundige en culturele verschillen tussen patiënt en behandelaar maken dat behandelaars soms door de bomen het bos niet meer zien. Toch is het 'getraumatiseerde vluchtelingenbos' de afgelopen jaren wetenschappelijk steeds beter in kaart gebracht: we hebben informatie over de meest voorkomende stoornissen, over voorspellers van problematiek en over de effectiviteit van traumagerichte therapie bij vluchtelingen.

De onderzoeksresultaten sijpelen echter maar langzaam door naar de behandelvloer. Behandelaars zijn er niet van op de hoogte, ze beschouwen hun patiënt als uitzondering op de regel, of ze worden door de complexiteit van hun patiënt

van de wijs gebracht. Door dit alles lopen vluchtelingen met PTSS (posttraumatische stressstoornis; American Psychiatric Association [APA], 2013) het risico op onderbehandeling.

Dit essay is bedoeld om een lans te breken voor het aanbieden van gestructureerde traumagerichte therapie aan vluchtelingen die hulp zoeken voor PTSS.

COMPLEX

Stelt u zich voor dat u arts bent. U bent in een ruimte samen met uw patiënt maar de patiënt bevindt zich achter een scherm. Zonder de patiënt te kunnen zien en aanraken, moet u tot een diagnose en een behandelplan komen.

U vraagt aan de patiënt: 'Waar hebt u pijn?'

Om te spreken van complexe PTSS moet de patiënt aan bepaalde symptomen voldoen. Welke symptomen, mag u zelf kiezen

De patiënt antwoordt: 'Overal.'

U vraagt: 'Wanneer is de pijn ontstaan?'

De patiënt zegt: 'Ik weet het niet, na van alles.'

Grote kans dat deze patiënt een vluchteling is: de klachten zijn diffuus, de oorzaken complex en de communicatie suboptimaal. Het is verleidelijk om bij een dergelijke patiënt uw pogingen tot diagnose en behandeling te staken en uw medeleven te betonen. Of, om toch iets te doen, schrijft u een paracetamol voor. Maar daarmee doet u de patiënt tekort. Een gestructureerde aanpak kan wel degelijk een bijdrage leveren aan klachtvermindering van deze patiënt. De uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek kunnen u daarbij helpen.

WAAR HEBT U PIJN?

Naar de psychische problematiek van vluchtelingen is veel onderzoek gedaan. Meta-analytisch is gebleken dat negen procent van de algemene vluchtelingenpopulaties gevestigd in westerse landen voldoet aan een PTSS-diagnose van posttraumatische stressstoornis (PTSS, American Psychiatric Association, 2013; Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005). Verder heeft 5% een depressieve stoornis, 4% een gegeneraliseerde angststoornis en 2% een psychotische stoornis. Bij 72% van de vluchtelingen met een depressieve stoornis wordt ook een PTSS vastgesteld, en bij

44% van degenen met PTSS ook een depressieve stoornis. Het gaat hier om algemene vluchtelingenpopulaties – voor hulpzoekende vluchtelingen is een dergelijke meta-analyse niet verricht en is er een grote bandbreedte aan prevalenties van PTSS (14 tot 9%; Osterman & De Jong, 2007).

Het vaststellen van een PTSS bij vluchtelingen kan moeilijk zijn en het is dan ook belangrijk dat dit gestructureerd gebeurt. De diagnose PTSS is uitgedijld van zeventien symptomen in DSM-IV naar twintig symptomen in DSM-5 (bijv. Friedman, 2013). Van deze twintig symptomen zijn er negen inherent gerelateerd aan de traumatische ervaring – met andere woorden, de inhoud van het symptoom verwijst naar de traumatische ervaring. Het betreft hier alle intrusieve symptomen en vermijdingssymptomen, onvermogen tot het herinneren van belangrijke delen van de gebeurtenis, en vertekende cognities over de oorzaak of gevolgen van de traumatische gebeurtenis. De overige symptomen, uit de clusters 'cognitie en stemming' en 'arousal en reactiviteit' zijn non-specifiek – dat wil zeggen, niet inherent gerelateerd aan de traumatische ervaring. Deze vertonen een sterke overlap met depressieve symptomen en met stressreacties in het algemeen. Met andere woorden: het is voor een depressieve en gestreste vluchteling heel goed

mogelijk aan de symptomen van twee van de vier clusters voor PTSS te voldoen zonder dat er sprake is van PTSS. Traumagerichte therapie gaat deze klachten dan niet verminderen. Het is daarom belangrijk om voor alle non-specifieke symptomen na te vragen of ze begonnen of verergerd zijn na de traumatische gebeurtenis. De Clinician-Administered PTSD Scale-5 (CAPS-5; Boeschoten et al., 2014) doet dit gestructureerd en is hier dan ook het uitgelezen instrument voor.

Vluchtelingen worden ook vaak verdacht van complexe PTSS. Complexe PTSS is een syndroom dat aan discussie onderhevig is (bijv. Resick et al., 2012), maar dat door behandelaars veel wordt gebruikt. Soms hebben zij daar weinig informatie voor nodig.

De patiënt staat achter het scherm, de behandelaar staat ervoor en vraagt:

'Tot welke doelgroep behoort u?'

'Ik ben een vluchteling.'

antwoordt de patiënt.

Zonder verdere vragen te stellen, constateert de behandelaar een complexe PTSS. Het kan zijn dat u vluchtelingen in het algemeen complex vindt. Maar met een dergelijke diagnose miskent u de patiënt. Om te spreken van complexe PTSS moet de patiënt aan bepaalde symptomen voldoen. Welke symptomen dat zijn mag u, wonderlijk genoeg, zelf kiezen, als u ze maar beargu-

menteert. Complexe PTSS is immers tot op heden in geen enkele diagnostische handleiding opgenomen (Ter Heide, Kleber, & Mooren, 2014). U kunt uitvragen of er sprake is van een Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS; Pelcovitz et al., 1997). Dit syndroom behelst, naast somatisatie, veranderingen in affectregulatie, aandacht of bewustzijn, zelfbeeld, relaties met anderen, en systemen van betekenisgeving. U kunt ook kijken of uw patiënt voldoet aan de voorgestelde symptomen van complexe PTSS volgens de ICD-11. Er moet dan, naast PTSS, sprake zijn van problemen met emotieregulatie, zelfbeeld en interpersoonlijke relaties (Maercker et al., 2013).

Het zonder argumenten spreken van complexe PTSS is om twee redenen onwenselijk. Ten eerste kunt u er niet zeker van zijn dat degene met wie u communiceert, begrijpt wat u ermee bedoelt: is er sprake van complexe traumatische ervaringen, van complexe klachten, van complexe omstandigheden, of vindt u deze patiënt gewoon ingewikkeld? Ten tweede voldoen relatief weinig vluchtelingen aan de criteria voor complexe PTSS – de prevalenties lopen uiteen van nul procent bij niet-hulpzoekende vluchtelingen tot zestien procent bij hulpzoekende vluchtelingen (Ter Heide, Mooren, & Kleber, 2016). Des te meer reden dus voor zorgvuldige diagnostiek.

WANNEER ZIJN DE KLACHTEN ONTSTAAN?

Wat maakt vluchtelingen kwetsbaar voor het ontwikkelen van

PTSS? Steel en collega's (2009) hebben daar een meta-analyse naar verricht. Marteling verklaart 23,6% van de prevalentie van PTSS, gevolgd door cumulatieve blootstelling aan potentieel traumatische ervaringen (10%), de tijd sinds het conflict (tien procent) en het niveau van politieke terreur in het land van herkomst (3,5%). Met andere woorden: de grootste bron van spanning onder vluchtelingen met PTSS wordt gevormd door traumatische ervaringen.

Brewin en collega's (2000) deden een meta-analyse naar de predictoren voor PTSS onder getraumatiseerden in het algemeen. Gebrek aan sociale steun, stressvolle levensgebeurtenissen en de ernst van de traumatische ervaringen kwamen, in die volgorde, als belangrijkste factoren naar voren. Vluchtelingen lijden bij uitstek onder deze factoren: de vlucht naar een onbekend land, het achterlaten van familie en vrienden, het verblijf in asielzoekerscentra, de onzekerheid over het verkrijgen van een verblijfsstatus. Een behandelaar kan een vluchteling steunen in het omgaan met deze stressoren maar kan deze niet wegnemen.

Dit geldt niet voor de stress die veroorzaakt wordt door traumatische ervaringen. Er zijn beproefde technieken die patiënten met PTSS helpen bij het verminderen van de emotionele lading van traumatische herinneringen. Traumagerichte cognitieve gedragstherapie (zoals imaginaire exposure en narratieve exposure) en Eye Movement Desensitisation and Reprocessing-therapie (EMDR) zijn hier voorbeelden van. Zijn deze

therapieën in staat alle klachten weg te nemen? Nee – zoals gezegd wordt tweederde van de prevalentie in PTSS bij vluchtelingen verklaard door andere factoren dan traumatische ervaringen, en kunnen elf van de twintig PTSS-symptomen ook voorkomen zonder het meemaken van een traumatische ervaring en dus ook 'laden' op andere vormen van stress. Wanneer zich echter bij u een vluchteling meldt die aangeeft grote last te hebben van intrusieve symptomen en vermijdingssymptomen, en die hiervoor behandeling zoekt, dan is het zaak deze patiënt een gestructureerde, evidence-based therapie aan te bieden.

DE BEHANDELING

De door vluchtelingen meege-maakte traumatische ervaringen zijn veel Nederlandse behandelaars vreemd. Bombardementen, marteling of vervolging om geloof of ras zijn gebeurtenissen die in onze contreien lang geleden plaatsvonden. Het overlijden van kinderen, herhaalde verkrachting, achterlaten van alles wat je lief is – hier tegenover lijkt een respectvol zwijgen, meeleven, meedenken te passen. Soms vervalt dit, bij gebrek aan interesse in de patiënt, in pappen en nathouden. Het is wonderlijk toch, dit verlamme effect dat een getraumatiseerde vreemdeling op behandelaren heeft. Waar blijven de behandelprotocollen die voorschrijven dat iedere volwassene met PTSS behandeld moet worden met traumagerichte therapie (bijv. Bisson et al., 2007)?

Uit onderzoek gedaan bij Stichting Centrum '45 blijkt dat vluchtelingen in vergelijking met

niet-vluchtelingen zowel bij de intake als één jaar erna ernstiger klachten hebben (Ter Heide & Smid, 2015). De vermindering in klachten van vluchtelingen komt echter dicht in de buurt van die van niet-vluchtelingen. Met andere woorden: vluchtelingen hebben, net als niet-vluchtelingen, baat bij behandeling, maar hun klachten blijven, ook na behandeling, hoog. Dit heeft niet te maken met non-respons op behandeling, maar met het oorspronkelijke hoge klachtenniveau. Bij vluchtelingen is dus wel degelijk behandelresultaat te behalen.

Dit blijkt ook uit gerandomiseerd onderzoek. De afgelopen jaren is veel gerandomiseerd onderzoek gedaan naar de effectiviteit van traumagerichte therapie bij vluchtelingen, met name Narratieve Exposure Therapie (NET) en Cultureel Aangepaste Cognitieve Gedragstherapie (CA-CGT). NET is een geprotocolleerde behandeling waarbij de patiënt gedurende zo'n tien sessies zijn of haar levensverhaal vertelt, met speciale blootstelling aan psychotraumatische herinneringen (bijv. Jongedijk, 2014). Tijdens dit doorleefde vertellen vindt integratie plaats tussen de 'hete' (sensorische) delen van de herinnering en de 'koude' (contextgerelateerde) delen. Het levensverhaal wordt opgeschreven en kan door de patiënt gedeeld worden met belangrijke anderen, zoals kinderen of advocaten.

CA-CGT is eveneens een geprotocolleerde behandeling van veertien sessies. Bij CA-CGT vindt niet zozeer imaginaire exposure plaats, maar interoceptieve

exposure aan traumagerelateerde sensaties. Daarnaast wordt er veel aandacht besteed aan het omgaan met traumatische herinneringen door mindfulness en ontspanning (Hinton et al., 2012). Ook naar de effectiviteit van traumagerichte therapieën die niet speciaal ontworpen zijn voor vluchtelingen, zoals traumagerichte cognitieve gedragstherapie en EMDR, is gerandomiseerd onderzoek gedaan (Paunovic & Öst, 2001; Ter Heide et al., 2016).

Keer op keer blijkt uit gerandomiseerd onderzoek dat vluchtelingen met PTSS in staat zijn deel te nemen aan traumagerichte therapie en dat ze er baat bij hebben. Een tweetal systematische reviews (Mørkved et al., 2014; Robjant & Fazel, 2010) wijst op de effectiviteit van NET bij vluchtelingen. Nickerson en collega's (2011) concluderen in een systematische review dat traumagerichte therapie, in tegenstelling tot multimodale therapie, in grote behandel-effecten resulteert bij vluchtelingen. Recent is er een eerste meta-analyse verricht naar de effectiviteit van traumagerichte therapie bij vluchtelingen (Lambert & Alhassoon, 2015). Hieruit blijkt dat zowel PTSS als depressie sterk afneemt na traumagerichte therapie. Alle reden dus om een vroegtijdige en prominente plaats in te ruimen voor traumagerichte therapie in het behandelplan van vluchtelingen met PTSS.

VORT MET DE GEIT

Betekent dit dat iedere hulpzoekende vluchteling onmiddellijk moet beginnen met traumage-

richte therapie? Nee, heus niet. Er is tijd nodig voor zorgvuldige diagnostiek en het opstellen van een behandelplan.

Allereerst is het belangrijk te kijken wat bij aanmelding de hoofddiagnose is – PTSS kan immers voorkomen met een scala aan comorbide stoornissen en sommige daarvan, zoals een acute psychose of ernstige depressie met suïcidale ideaties, kunnen de PTSS in ernst overschaduwen. Het volgen van de behandelrichtlijnen voor deze stoornissen heeft dan prioriteit. Er is echter inmiddels behoorlijk wat bewijs dat PTSS en comorbide stoornissen van matige ernst goed tegelijkertijd behandeld kunnen worden en dat dit de voorkeur heeft boven een gefaseerde behandeling (bijv. Van Minnen et al., 2012).

Daarnaast zijn er aanwijzingen dat overeenstemming tussen behandelaar en patiënt over het verklaringsmodel van psychische klachten een belangrijke bijdrage levert aan de effectiviteit van transculturele psychotherapie (Benish et al., 2011). Het zoeken van een dergelijke overeenstemming kost tijd. Psycho-educatie speelt daarin een rol en dit wordt dan ook aanbevolen in behandelrichtlijnen voor PTSS (bijv. Van Balkom et al., 2013).

Ook kunnen vluchtelingen met PTSS vaak hulp vragen voor huidige stressoren, bijvoorbeeld rond de asielprocedure. Het kan nodig zijn om helder te krijgen bij wie ze met praktische vragen terecht kunnen. Soms is een steunend-structurend contact, naast een psychotherapeutisch contact, daarvoor geïndiceerd. Dit wil echter niet zeggen dat

een vluchteling die gebukt gaat onder huidige spanningen geen baat zou kunnen hebben bij traumagerichte therapie (bijv. Ter Heide et al., 2016).

Goed diagnosticeren en overleggen dus, en vervolgens

handelen volgens de richtlijnen.

Zeg nou zelf, als uw eigen huis in puin ligt en u zit daar tussen de puinhopen, hoopt u toch ook op iemand die u kordaat en kundig helpt weer een huis te bouwen? Vort dus, met die traumagerichte geit.

OVER DE AUTEUR

Dr. Jackie June ter Heide is klinisch psycholoog en onderzoeker bij Stichting Centrum '45 | partner in Arq Psychotrauma Expert Groep.
E-mail: j.ter.heide@centrum45.nl.

Literatuur

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Balkom, A.L.J.M. van, Vliet, I.M. van, Emmelkamp, P.M.G., Bockting, C.L.H., Spijker, J. et al., namens de Werkgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling Angststoornissen/Depressie (2013). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (Derde revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Bisson, J.I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 2, 97-104.
- Boeschoten, M.A., Bakker, A., Jongedijk, R.A., van Minnen, A., Elzinga, B.M. et al. (2014). *Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5 – Nederlandstalige versie*. Uitgave: Arq Psychotrauma Expert Groep, Diemen.
- Benish, S.G., Quintana, S. & Wampold, B.E. (2011). Culturally adapted psychotherapy and the legitimacy of myth: a direct-comparison meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 279-289.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365, 1309-1314. doi: 10.1016/S0140-6736(05)61027-6
- Friedman, M.J. (2013). Finalizing PTSD in DSM-5: getting here from there and where to go next. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 548-556. doi: 10.1002/jts.21840
- Heide, F.J.J. ter, Mooren, T.M. & Kleber, R.J. (2016). Complex PTSD and phased treatment in refugees: a debate piece. *European Journal of Psychotraumatology*, 7: 28687. doi: 10.3402/ejpt.v7.28687
- Heide, F.J.J. ter, Mooren, T.M. & Kleber, R.J. (2014). Complex trauma en complexe PTSS: wat is het en wie heeft het? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 40 (5), 347-359.
- Heide, F.J.J. ter, Mooren, T.M., Schoot, R. van de, Jongh, A. de & Kleber, R.J. (2016). Eye movement desensitisation and reprocessing therapy v. stabilisation as usual with refugees: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 208, 1-8. doi:10.1192/bjp.bp.115.167775
- Heide, F.J.J. ter & Smid, G.E. (2015). Difficult to treat? A comparison of the effectiveness of treatment as usual in refugees and non-refugees. *Psychiatric Bulletin*, 1-5. doi: 10.1192/pb.bp.114.047928.
- Hinton, D.E., Rivera, E.I., Hofmann, S.G., Barlow, D.H. & Otto, M.W. (2012). Adapting CBT for traumatized refugees and ethnic minority patients: examples from culturally adapted CBT (CA-CBT). *Transcultural Psychiatry*, 49 (2), 340-365. doi: 10.1177/1363461512441595
- Jongedijk, R. (2014). *Levensverhalen en psychotrauma: narratieve exposure therapie in theorie en praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Lambert, J.E. & Alhassoon, O.M. (2015). Trauma-focused therapy for refugees: meta-analytic findings. *Journal of Counseling Psychology*, 62 (1), 28-37.
- Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A., Cloitre, M., Reed, G.M. et al. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*, 381, 1683-1785. doi:10.1016/S0140-6736(12)62191-6
- Minnen, A. van, Harned, M.S., Zoellner, L. & Mills, K. (2012). Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 3.: 18805. doi: 10.3402/ejpt.v3i0.18805
- Mørkved, N., Hartmann, K., Aarsheim, L.M., Holena, D., Milde, A.M. et al. (2014). A comparison of Narrative Exposure Therapy and Prolonged Exposure therapy for PTSD. *Clinical Psychology Review*, 34, 453-467.
- Nickerson, A., Bryant, R.A., Silove, D. & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical Psychology Review*, 31, 399-417. doi:10.1016/j.cpr.2010.10.004
- Osterman, J.E. & Jong, J.T.V.M. de (2007). Cultural issues and trauma. In M.J. Friedman, T.M. Keane & P.A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and Practice* (p. 425-446). New York/Londen: Guilford Press.
- Paunovic, N. & Öst, L.-G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1183-1197.
- Pelcovitz, D., Kolk, B. van der, Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S. & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10 (1), 3-16.
- Resick, P.A., Bovin, M.J., Calloway, A.L., Dick, A.M., King, M.W. et al. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 241-251. doi: 10.1002/jts.21699
- Robjant, K. & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: a review. *Clinical Psychology Review*, 1030-1039. doi:10.1016/j.cpr.2010.07.004
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R.A., & Van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 302 (5), 537-549. doi: 10.1001/jama.2009.1132

BIJEENKOMST

PROGRESSIEF HERSTEL VAN PSYCHOSE



Het elfde Phrenos psychosecongres te Zwolle kent een positieve insteek: herstel is mogelijk en progressief. In de workshops worden praktische initiatieven als SMART4U gepresenteerd die het dagelijks leven van patiënten verbeteren, en de plenaire lezingen bieden nieuwe aangrijpingspunten voor behandeling. Toch gaat dit alles volgens sommigen nog niet ver genoeg. Daarom wordt binnen het project Redesigning Psychiatry hard gewerkt aan een visie op de ggz in 2030. 'Het vormgeven van de toekomst is iets anders dan de problemen oplossen van vandaag.'

Voormalig directeur van het Sociaal en Cultureel Planbureau Paul Schnabel valt de eer te beurt het congres te openen met de jaarlijkse Rob Giel-lezing – een lezing opgedragen aan de grondlegger van de sociale psychiatrie in Nederland. Gezien het congres thema geen makkelijke opgave, want Giel stond tamelijk pessimistisch tegenover de herstelgedachte. Zo schreef Giel in 1984 het artikel 'Onze blijvende moeite met moeilijke mensen', naar aanleiding van de destijds bestaande plannen om te stoppen met de nieuwbouw van psychiatrische ziekenhuizen en zo een begin te maken met de ambulantisering. Volgens Giel waren dit 'verlichte denkbeelden gebaseerd op een tragische reeks van misverstanden'. Hij was ervan overtuigd dat mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen te

veel sociale beperkingen hebben om zelfstandig te kunnen functioneren. Zijn zorg betrof niet alleen de meest kwetsbare patiënten maar ook hun naaste omgeving, die Giel niet als schuldige maar juist als bondgenoot beschouwde. Schnabel spreekt zelf in dit verband over 'het recht om niet gestoord te worden'. De optimistische congres titel ten spijt vraagt Schnabel de aanwezigen dus om, namens Rob Giel, een flinke pas op de plaats te maken en te accepteren dat sommige aandoeningen niet kunnen worden genezen, maar alleen kunnen worden verzacht.

OMGEVINGSFACTOREN BELANGRIJK

Gelukkig herstelt ongeveer 70% van de jongeren die een psychose doormaken volledig. Dat blijkt uit het Genetic Risk and Outcome in Psychosis (GROUP) onderzoek waaraan meer dan duizend patiënten samen

met hun broers, zussen en ouders meededen, alsook zeshonderd controlejongeren. In minder dan een kwartier vat psychiater Richard Bruggeman van het UMC Groningen dit tien jaar durende longitudinale onderzoek samen. Hoewel er een genetische kwetsbaarheid voor schizofrenie bestaat, zijn omgevingsfactoren volgens Bruggeman minstens zo belangrijk. Zo is het meemaken van een trauma de grootste risicofactor voor het krijgen van een psychose.

‘Voor jongeren die een psychose doormaken is het heel belangrijk om het contact met de eigen peergroup in stand te houden,’ stelt workshopbegeleider David van den Berg van Parnassia. Om patiënten te laten ervaren dat ze zelf invloed kunnen uitoefenen op het aantal en de kwaliteit van hun sociale contacten, liet Van den Berg studenten van de TU Delft samen met de doelgroep een app ontwikkelen. Het resultaat is de zelfhulpinterventie Project Network, die inmiddels via Google Play en App Store verkrijgbaar is.

Voor mensen met langdurige psychosen die vaak geen netwerk meer hebben, werd SMART4U ontwikkeld. ‘De effecten van deze app zijn enigszins teleurstellend,’ vertellen onderzoekers Willeke Manders en Leon van Woerden van de Hogeschool Arnhem Nijmegen. ‘Patiënten werden zich wel bewuster van de waarde van sociale contacten, maar hun sociale netwerk veranderde niet in de zes weken dat zij de app gebruikten.’ Daarom is besloten SMART4U door te ontwikkelen tot een *blended* interventie. Tot slot moeten de workshopdeelnemers zelf aan de slag. Van Woerden nodigt ons uit om een wens te formuleren met betrekking tot het eigen sociale netwerk. Ikzelf wil vaker met mijn man een avondje weg; om me heen hoor ik enkele deelnemers zeggen dat ze graag meer tijd voor zichzelf willen hebben. De oefening maakt duidelijk dat we allemaal worstelen met onze sociale contacten en dat innovatieve tools als Project Network ons hierbij kunnen helpen.

INTERACTIES TUSSEN SYMPTOMEN

‘Een psychische stoornis is niet een soort onderliggende latente variabele die verschillende symptomen veroorzaakt, maar het gevolg van interacties tussen individuele problemen,’ stelt keynote spreker Denny Borsboom, hoogleraar psychometrie aan de Universiteit van Amsterdam. ‘Zo kunnen paranoïde waanideeën ervoor zorgen dat mensen zich terugtrekken,

‘Het is alsof we een jaar in een donkere kelder hebben gezeten en nu plotseling in de spotlights staan.’

waardoor zij vervolgens ook last krijgen van hallucinaties.’ Op basis van dagboekdata, die worden verkregen met een app als PsyMate, is Borsboom in staat om een gepersonaliseerd netwerk te maken. Omdat zo’n netwerk precies laat zien hoe bij een individuele patiënt symptomen elkaar beïnvloeden, wordt het mogelijk om heel gericht de beste interventie te kiezen. ‘Je kunt je óf op een centrale knoop óf op een pijl in het netwerk richten,’ legt Borsboom uit. ‘In het eerste geval probeer je waanideeën te onderdrukken met medicatie, in het tweede geval stimuleer je de patiënt om bij waanideeën sociale steun te zoeken waardoor je voorkomt dat de patiënt zich gaat isoleren.’ De tweede aanpak is volgens Borsboom het meest effectief omdat de patiënt hierdoor in een stabielere toestand komt.

Voorlopig wordt de dagboekmethode in Groningen alleen nog ten behoeve van onderzoek gebruikt. ‘De voordelen van dagboekgegevens zijn evident,’ zegt promovenda Laura Steenhuis, die in het project Mirror onderzoek doet onder jongeren met een psychotische kwetsbaarheid. ‘Ze geven inzicht in gedragsfluctuaties zoals die zich voordoen in de natuurlijke context en in de factoren die daarop van invloed zijn. Daartegenover staat dat de methode intensief is: deelnemers moeten verspreid over de dag een aantal keer een korte vragenlijst beantwoorden en zo’n piepje komt lang niet altijd gelegen.’ Wie de

methode zelf aan den lijve wil ervaren, kan terecht op www.hoegekis.nl, waar Groningse onderzoekers het psychisch welbevinden van de Nederlandse bevolking met dagboekgegevens in kaart proberen te brengen.

ZORGSTANDAARD PSYCHOSE

‘Het is alsof we een jaar in een donkere kelder hebben gezeten en nu plotseling in de spotlights staan.’ Psychiater Harm Gijsman presenteert samen met coauteurs Mark van der Gaag, Wim Veling, en Nynke Boonstra het symposium over de module Vroege Psychose, die onderdeel uitmaakt van de Zorgstandaard Psychose. Over sommige aanbevelingen in de module bestaat geen enkele twijfel. Zo moeten jongeren met een eerste psychose standaard door een Vroeg Interventie Psychose (VIP)-team worden behandeld. Ook wordt het zinvol geacht om de hulpzoekende bevolking van 14 – 35 jaar te screenen op een verhoogd psychoserisico, omdat vroegdetectie de prognose gunstig beïnvloedt. Bij de keuze voor een antipsychoticum moet goed gekeken worden naar individuele factoren zoals middelengebruik en metabool syndroom, en als behandelmethode beschikt CGT over de beste papieren. Tegelijkertijd wordt duidelijk dat er nog flinke lacunes in onze kennis bestaan. Zo is onduidelijk met welke methodes de maatschappelijke participatie van jongeren met een psychose het beste kan worden vergroot. Wie alle aanbevelingen nog eens rustig na wil lezen, wordt door projectleider Danielle van Duin verwezen naar de site www.richtlijnen.nl waar de definitieve module dit voorjaar zal verschijnen.

WAT GIJ NIET WIL DAT U GESCHIEDT...

Er breekt een feestelijk moment aan als Jaap van Weeghel, directeur Wetenschap bij Phrenos, het eerste exemplaar van het *Handboek Destigmatisering* overhandigt aan ervaringsdeskundige Nanette Waterhout. ‘Dit boek moest er komen,’ aldus van Weeghel, ‘want hoewel (zelf)stigma bij psychische aandoeningen een belangrijke instandhoudende factor is, wordt er in onderzoek nauwelijks aandacht aan besteed.’ Waterhout nodigt alle hulpverleners in de zaal uit om kritisch naar de eigen vooroordelen te kijken, want juist in de ggz wordt volop gestigmatiseerd. Zo denken hulpverleners veel te snel dat patiënten iets niet kunnen.

Negatieve stereotiepe denkbeelden over psychische

aandoeningen kun je het beste bestrijden door in voorlichtingsuitingen te wijzen op psychosociale, veranderbare oorzaken. ‘Bij een biogenetische verklaring ontstaat al snel het idee dat het gaat om een ander soort mensen,’ legt Marieke Pijnenborg van de Rijksuniversiteit Groningen uit. ‘Lokale initiatieven die het contact tussen mensen zonder en met een psychische aandoening bevorderen, werken trouwens beter dan massamediale campagnes.’

Ook het verminderen van zelfstigma is volgens Pijnenborg lastig; zo verminderen cognitief gedrags-therapeutische interventies alleen algemene negatieve stereotiepen. Via indirecte methodes lukt het soms wel ook het negatieve beeld dat mensen van zichzelf hebben te veranderen. Veelbelovend zijn bijvoorbeeld de kickbokstraining BEATVIC en de cursus Photo Voice, waarin deelnemers elkaar onder leiding van ervaringsdeskundigen verhalen vertellen aan de hand van foto's uit hun dagelijks leven. Net als Waterhout roept ook Pijnenborg de aanwezigen op de hand in eigen boezem te steken: wat gij niet wil dat u geschiedt, doe dat ook een ander niet.

REDESIGNING PSYCHIATRY

Binnen het project Redesigning Psychiatry hebben verschillende ggz-instellingen (o.a. Altrecht, Parnassia en het Fonds Psychische Gezondheid) zich met ontwerpers en filosofen verenigd. Het doel is ambitieus: het vormgeven van de toekomst van de ggz. ‘Dat lukt niet met alleen incrementeel innoveren,’ waarschuwt de jonge onderzoeker David van den Berg van Parnassia, ‘het lukt alleen als we bereid zijn de ggz drastisch te vernieuwen.’ Als eerste zal daarom nog deze zomer een visiedocument verschijnen waarin centrale waarden worden geëxpliciteerd. In de tweede en derde fase van het project zullen concrete interventies worden ontwikkeld en getoetst. ‘Het gaat niet om technisch hoogstaande interventies,’ zegt Van den Berg, ‘het gaat om interventies die leiden tot betekenisvolle ervaringen in een wereld waarin mensen continu online zijn en beschikken over zelfrijdende auto's.’ En zo eindigt het Phrenos psychosecongres, na een ietwat pessimistische start in 1984, in 2030 vol jeugdige elan.

Annemarie Huiberts is psycholoog en journalist.

E-mail: annemarie__h@live.nl

NIP CONGRES PERSONALIZED MENTAL HEALTH

PSYCHOLOGEN OP ZOEK NAAR DE BEST PASSENDE BEHANDELING

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

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

www.psynip.nl/jaarcongresgezondheidszorg

13 oktober
2016
Reehorst,
te Ede



Trudy Dehue



Erwin van Aken



Marcus Huibers

DE GEMIDDELDE CLIËNT BESTAAT NIET

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

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

CONGRES VOOR PSYCHOLOGEN WERKZAAM IN DE GEZONDHEIDZORG

HET **NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN** IS DE GROOTSTE BEROEPSVERENIGING VAN PSYCHOLOGEN, HOUDT DE ONTWIKKELING VAN HET VAKGEBIED IN HET OOG EN BEHARTIGT DE BELANGEN VAN PSYCHOLOGEN DOOR TE ZORGEN DAT ZIJ GEHOORD EN GEZIEN WORDEN BIJ ALLE PARTIJEN DIE ERTOE DOEN. IEDERE MAAND LEGGEN WE VERSCHILLENDE BETROKKEN NIP-LEDEN EN NIP-MEDEWERKERS EEN VRAAG VOOR: **WAT HOUDT U ZOAL BEZIG EN WAT MERKT U VAN HET NIP?** EEN KIJKJE IN ONS BREDE EN DIVERSE VAK!

Eén jaar Jeugdwet

Wat is de stand van zaken?

Het voorjaar is aangebroken en inmiddels kunnen we terugkijken op één jaar Jeugdwet. Waar moeten jeugdhulpaanbieders op letten en hoe ondersteunt het NIP hen? Hier bieden we een overzicht van enkele thema's en ontwikkelingen die relevant zijn.

Beroepsgeheim en privacy

De vraag welke informatie over een cliënt gewisseld mag worden met de gemeente in het kader van de zorgtoewijzing en bekostiging wordt veel gesteld. Professionals voelen zich soms onder druk staan om meer persoonsgegevens te leveren aan de gemeentelijke toegang dan noodzakelijk is voor hun taak. De tijdelijke regeling Verwerking Persoonsgegevens ten behoeve van bekostiging is op dit moment nog leidend als de gemeente informatie opvraagt in het kader van de declaratie van jeugdhulp. De beroepscode blijft uw leidraad bij het nemen van beslissingen over welke informatie u kan of moet delen. Nuttige informatie vindt u in de eerder dit jaar door het NIP gepubliceerde wegwijzer 'Beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden' en op het ledennet op de pagina beroepsethiek. Het NIP werkt samen met branche-, beroepsverenigingen en gemeenten aan vuistregels. Lees daarover binnenkort meer in de Nieuwsbrief NIP.



Inkoop van jeugdhulp door gemeenten

Het NIP vraagt voortdurend aandacht voor de administratieve lasten in gesprekken met het ministerie en de gemeenten (VNG). Op dit moment wordt er in tal van gemeenten en regio's gewerkt aan nieuwe bekostigingsmo-

dellen voor de jeugdhulp. Tot nu toe werd er gewerkt met het model dat we kennen uit de Zorgverzekeringswet. Zorg dat u als psycholoog bent aangehaakt bij de discussies over deze nieuwe inkoopmodellen. Daarbij is voor u van belang om helder te krijgen waar u zit als psycholoog in het stelsel.

Voor de psychologen die werken in het onderwijs of op de grens van onderwijs en jeugdhulp organiseert het NIP samen met de NVO op 7 juni een webinar met als onderwerp: hoe positioneer ik me in het onderwijsterrein? Voor meer informatie hierover, zie de agenda op de NIP-site.

Professionalisering

Vanaf 1 januari 2016 moeten alle psychologen werkzaam in het jeugddomein geregistreerd staan in het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) of het BIG-register. En minstens zo belangrijk, de Jeugdwet verplicht u tot het werken met in acht nemen van uw professionele standaard. Dus uw beroepscode en vakinhoudelijke richtlijnen. Het NIP draagt op allerlei manieren bij aan de professionalisering in het jeugddomein onder andere door het ontwikkelen van richtlijnen voor jeugdhulp. Inmiddels zijn er 14 Jeugdhulprichtlijnen klaar (www.richtlijnenjeugdhulp.nl). En door deel te nemen aan het Programma professionalisering jeugdhulp en jeugdbescherming en door het organiseren van tal van inhoudelijke bijeenkomsten voor onze leden. Zie de agenda van het NIP.

Voor meer informatie over bovenstaande onderwerpen zie het themadossier over de Jeugdwet op het ledengedeelte van de NIP-website.

Voor meer informatie over professionalisering:
www.professionaliseringjeugdhulp.nl

Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking

De sectie Zorg voor Mensen met een Verstandelijke Beperking (ZMVB) is een kleine sectie binnen de sector Gezondheidszorg en werkt intensief samen met de NVO-orthopedagogen. Ruud Geus is al ruim twintig jaar bestuurslid en vertelt waar de sectie zich mee bezighoudt.

Het werkveld van psychologen in de gehandicaptenzorg is erg gevarieerd: zij werken met mensen van alle leeftijden met een vroeg verworven cognitieve beperking, die zowel bij wonen, leren, werken als vrije tijd ondersteuning nodig hebben, meestal levenslang, en die vaak allerlei bijkomende psychische en lichamelijke problemen hebben. Alle onderwerpen die in de verschillende NIP-secties spelen (jeugdzorg, onderwijs, ouderenzorg, ggz, verslaving, forensische problemen, etc.) komen we ook tegen binnen ons werkveld. Werkveld-specifieke scholing en bijscholing en vaak ook een zekere specialisatie zijn nodig om als psycholoog binnen dit veelzijdige werkveld goed te kunnen functioneren. Als sectiebestuur richten we ons dan ook voornamelijk op de voorwaarden voor een goede beroepsuitoefening: actualisering van het beroepsprofiel (vereiste competenties en bijbehorende scholing), meedenken over richtlijnen en manieren van reflectie op ons handelen (intervisie, ROM en visitatie), participeren in beleidsontwikkeling (bijvoorbeeld over indicatiestelling langdurige zorg, over vermindering van vrijheidsbeperkende maatregelen).

Regie over het eigen leven

De laatste jaren verandert er veel in de zorg. De grotere nadruk op 'gewoon meedoen' in de samenleving (inclusie), waarbij ook mensen met een verstandelijke beperking meer regie over hun eigen leven krijgen, betekent voor veel collega's een bijstelling in hun manier van werken, zoals het meer samenwerken met collega's in andere werkvelden

(zoals in wijkteams en ggz) waar de specifieke problemen van mensen met een verstandelijke beperking vaak onvoldoende herkend worden. Naast de individuele hulpverlening inclusief steun aan het netwerk van cliënten is er nog een ander aandachtspunt: de samenleving meer gevoelig en ondersteunend te maken voor mensen die kwetsbaar zijn en minder mogelijkheden hebben.

Kwaliteit van beroepsuitoefening

Als klein sectiebestuur (momenteel met drie personen) zijn wij beperkt in onze mogelijkheden. Veel collega's zijn in meer of mindere mate met dezelfde zaken bezig als wij,

vaak zonder dat we dat van elkaar weten.

Als bestuur willen wij die ervaringen en expertise graag verder naar boven halen en kijken hoe we dat meer met elkaar kunnen delen. Met als doel de kwaliteit van onze beroepsuitoefening te verbeteren en daardoor bij te dragen aan de kwaliteit van leven van onze cliënten en hun netwerk. Daarom nodigen wij

collega's binnen de beroepsvereniging uit om als actieve sectieleden het bestuur te komen versterken, bijvoorbeeld door mee te denken in een werkgroep over intercollegiale toetsing of zich aan te melden als contactpersoon voor bepaalde onderwerpen, of door iets te schrijven in onze nieuwsbrief (voor nadere info: ruud.geus@planet.nl).

'Bijscholing en een zekere specialisatie zijn nodig om als psycholoog binnen dit veelzijdige werkveld goed te kunnen functioneren.'

De sectie ZMVB wordt gevormd door Ruud Geus, Suzan Möller en Theo Smit



Ruud Geus voorzitter van de sectie ZMVB



Introductie van een nieuwe technologie

E-health, voer voor psychologen?

Cristina Vellinga is NIP-ambassadeur E-health. Toen ze deze functie aanvaardde, wist ze dat het geen eenvoudige opgave zou worden om E-health aan de man te brengen. Want waarom zou je als psycholoog E-health in de praktijk willen gebruiken en op welke manier zou je dat moeten doen zonder jezelf overbodig te maken?

'Als voormalig E-learning ontwikkelaar en ICT-consultant had ik geleerd dat de acceptatie van een innovatief product een sociaal proces is dat niet makkelijk te beïnvloeden is door enkel enthousiasme over de technologie zelf. Oprechte aandacht voor de betekenis voor de klant en de mens centraal stellen, is meer dan een marketingstrategie. Ik ben op zoek gegaan naar de meerwaarde van dit product en de bijbehorende werkwijze. Dat heeft geresulteerd in een door het NIP georganiseerde masterclass, een introductieavond op E-health, met een focus op de vrijgevestigde psycholoog.' (Zie voor een samenvatting van deze avond het themadossier E-health op de NIP-website: <http://www.psynip.nl/themadossiers/e-health.html>.)

Dreigt de professional van vlees en bloed te verdwijnen?

Drempels voor nieuwe technologie

'Tijdens de masterclass stelde het publiek zich enigszins afwachtend, zo niet terughoudend op, en bleek een opvolging van deze informatieavond wenselijk. Welke behoeften leven nog onder de leden, vroeg ik me af. Ik denk niet dat de noodzaak van het ontwikkelen van nieuwe competenties (met de nodige bijscholing) of de kosten gerelateerd aan de introductie en het onderhoud van een nieuwe technologie een echte drempel zijn. Het gaat eerder om het vinden van een goede balans tussen de aard en werking van het middel ten opzichte van de huidige situatie; te denken valt aan de rol van de mens als behandelaar, de waarde van een face-to-face ontmoeting,

privacywaarborging en andere ethische issues in vergelijking met een systeem dat wellicht functioneel kan zijn maar niet empathisch of sympathisch genoeg is. Want hoewel tijdens de avond een gemengde behandelingsvorm als de indirecte winnaar naar voren kwam, wie garandeert ons dat het niet slechts een fase is in een door derden in gang gezet proces richting verandering en transformatie, waarbij de professional van vlees en bloed dreigt te verdwijnen? Te denken valt aan een meekijkende en *nudging* overheid, opdringerige verzekeraars en andere spelers die liever in robots willen investeren dan in de medemens.'

Waar het NIP zich op richt

'Het blijft een open vraag waar het NIP een voorttrekkende rol zou moeten spelen. Om meer acceptatie en adoptie van E-health-technologie te creëren, zouden we ons moeten inzetten voor meer hospitaliteit in het technisch ontwerp en -gebruik, door de garantie van de mens als behandelaar onvoorwaardelijk te eisen en te geven en door een bruikbaar verdienmodel te faciliteren. Want, wat maakt dat mensen een nieuwe technologie gaan omarmen? Gemak, Carrière en Gezin. Als de ontwikkelaars op al deze drie aspecten duurzame antwoorden weten te vinden, zal E-health eindelijk een stijgende lijn kennen.'

Voor suggesties rondom dit thema, mail de portefeuillehouder E-health Simon de Groot (simon.degroot@psynip.nl) of cvellinga@yahoo.com.



Op 4 juni verhuist het NIP naar een prachtig nieuw pand en betreft een gedeelte van de tweede verdieping van Het Nieuwe Kantoor. Ons nieuwe onderkomen is modern, open en transparant en ligt direct aan het spoor in het centrum van Utrecht. Als NIP-lid blijft u natuurlijk van harte welkom, ook in het nieuwe Huis van de Psychologie!

Vergaderen op de nieuwe locatie

Tot vrijdag 27 mei 2016 kunnen sectoren, secties, werkgroepen en commissies nog in het oude pand aan de Nieuwekade vergaderen. Vergaderen bij het NIP blijft natuurlijk ook mogelijk op de nieuwe locatie (zie foto hierboven voor een impressie van de nieuwe

vergaderruimtes). Vanaf maandag 30 mei 2016 kunt u vergaderruimte op de nieuwe locatie reserveren via vergader ruimte@psynip.nl. Uw contactpersoon blijft Wilma van der Welle, T 030 820 15 19. Huurt u zakelijk of persoonlijk een vergaderruimte? Dan kunt u voortaan rechtstreeks contact opnemen met het HNK. Op de site van het HNK (www.hnk.nl) vindt u meer informatie over de mogelijkheden.

Met ingang van 6 juni 2016 zijn dit onze adresgegevens:

Bezoekadres Arthur van Schendelstraat 650, 3511MJ Utrecht

Postadres (ongewijzigd) Postbus 2085, 3500GB Utrecht

Zie ook: www.psynip.nl/verhuizing



BLIJF ALTIJD EN OVERAL OP DE HOOGTE MET DE **NIP-APP**

De NIP-app is exclusief beschikbaar voor leden van het NIP. De app biedt het laatste nieuws, een agenda met interessante evenementen en alle artikelen uit tijdschrift *De Psycholoog*. Download de app nu gratis in Google Playstore en iOS appstore.

Voor meer informatie: www.psynip.nl/contact-en-service/veelgestelde-vragen/nip-app.html



NIP-LEDEN GENIETEN MEER VOORDEEL DAN JE DENKT!

Belangenbehartiging, Informatiecentrum, 11x *De Psycholoog* in de bus, voordeel op bijeenkomsten en verzekeringen. En nu tijdelijk zonder inschrijfkosten. Uw extra voordeel € 45,-. Wilt u lid worden?

Ga naar www.psynip.nl/lidmaatschap en meld u meteen (weer) aan!

COLOFON DIT KATERN IS SAMENGESTELD DOOR JEROEN VAN GOOR, REDACTEUR DE PSYCHOLOOG. VORMGEVING: STUDIO JORRIT VAN RIJT. MAIL VOOR SUGGESTIES OVER ONDERWERPEN: communicatie@psynip.nl

DE GEREEDSCHAPSKIST

VERKLAREN OF VOORSPELLEN?

Veel vragen in psychologisch onderzoek die we willen beantwoorden, behoren tot één van twee categorieën. De eerste categorie betreft het soort vragen die een bepaald psychologisch verschijnsel willen verklaren: onderzoekers trachten de causale antecedenten van een verschijnsel te ontrafelen, bijvoorbeeld waarom sommige mensen depressief worden. De tweede categorie betreft het soort vragen die een bepaald psychologisch verschijnsel willen voorspellen: het accuraat kunnen voorzien van een verschijnsel dat nog niet heeft plaatsgevonden. Bijvoorbeeld: welke mensen hebben het grootste risico op het ontwikkelen van een depressieve episode? Is het model dat het beste verklaart ook het model dat het beste voorspelt? Nee, zeggen Yarkoni en Westfall (2016). Hoe komt dat?

Stel: u heeft een mogelijke verklaring voor verschijnsel Y (bijvoorbeeld: depressie), namelijk X (zeg: mate van neuroticisme). U verzamelt data over X en Y bij zeven mensen. Vervolgens gaat u na welke regressievergelijking het beste op de data past. In de figuur staan de resultaten; elke stip stelt één van de zeven deelnemers aan het onderzoek voor. De zwarte regressielijn past het beste op de data. Sterker, deze lijn past perfect: de lijn gaat immers door alle stippen

‘Leuker kunnen wij het als methodologen niet voor u maken, hopelijk wel makkelijker.’ De rubriek *De Gereedschapskist* wordt verzorgd door redactieraadslid Angélique Cramer, universitair docent aan de Programmagroep Psychologische Methodenleer van de Universiteit van Amsterdam. Deze derde aflevering gaat over verklaren en voorspellen.



heen. Zo is de zwarte lijn de perfecte verklaring voor uw resultaten: de mate van depressie (Y) wordt volledig verklaard door de mate van neuroticisme (X). Nu lijkt de zwarte lijn tevens een perfecte voorspelling te genereren: ik kan met grote zekerheid voorspellen wat de waarde van een willekeurig persoon uit de onderzoeksgroep is op variabele Y als ik weet wat diens waarde is op variabele X.

Maar: kan ik met de perfecte zwarte regressielijn uit de figuur accuraat voorspellen wat de waarde is van variabele Y voor een persoon buiten onze dataset als ik diens waarde op variabele X weet?

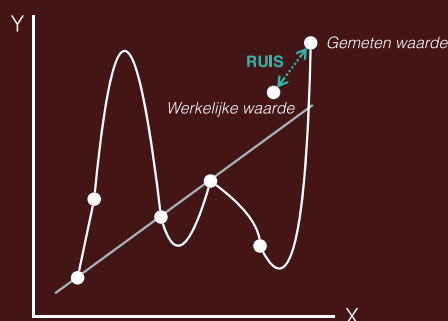
Vaak niet. Een belangrijke reden is dat psychologische

data veel ruis bevatten: bijvoorbeeld vanwege een neiging tot sociaal wenselijk antwoorden is het reëel te veronderstellen dat een gemeten waarde vaak niet overeenkomt met de werkelijke waarde. De perfecte zwarte regressielijn past dus weliswaar op alle datapunten; maar aangenomen dat die punten deels ruis bevatten, is het zeer

hypothetisch – en dat vergeten we vaak in onderzoek – dat de regressielijn ook iets vertelt over de relatie tussen X en Y in een andere steekproef. Als voorspelling in de gehele populatie – dus niet alleen in de gemeten steekproef – het doel is, dan wordt aangeraden genoeg te nemen met een model (bijvoorbeeld de grijze lijn in de figuur). Die geeft weliswaar in uw steekproef een minder goede verklaring voor de gevonden resultaten (de lijn gaat immers niet door alle datapunten heen), maar verhoogt de kans accurate voorspellingen te doen buiten de steekproef. De invloed van ruis is namelijk minder.

Iets om mee te nemen in uw overwegingen, als u een prachtig passend verklarend model tegenkomt met de pretentie tevens voorspellend te zijn.

Yarkoni, T. & Westfall, J. (2016). Choosing prediction over explanation in psychology: Lessons from machine learning. Figshare. <https://dx.doi.org/10.6084/m9.figshare.2441878.v1>.



'Ieder mens
doet aan
psychologie'

(H.C.J. Duijker)

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 **voormalig prostituee Xaviera Hollander**.

MENSEN ZIJN HIER HAPPY

Voor deze rubriek wilden we een prostituee spreken, want als zij geen mensenwerk heeft, wie dan wel? Hoewel de prostituees die ik benaderde de insteek van het interview sympathiek vonden, haakte de een na de ander toch af. Daarom wendde ik me uiteindelijk tot iemand die in het vak heeft gezeten en wel vaker interviews geeft: Xaviera Hollander. In de VS runde ze ooit een bordeel, waarover ze haar bestseller *The Happy Hooker* schreef. Ze is blijven schrijven en tegenwoordig houdt ze een Bed & Breakfast in Amsterdam-Zuid. Die B&B verschilt niet zoveel van een bordeel, vindt ze. 'Vroeger zorgde ik voor de dames, nu moeten ze hun eigen dames meenemen, maar het is nog steeds

de bedden-business.' Ze voegt eraan toe: 'Mensen zijn hier happy. Ze komen hier niet naartoe om ruzie te maken. Nou ja... op een enkele uitzondering na dan.'

VANILLE-MAN

Ze ontvangt in een felrode Marokkaanse kaftan. Zo bestiert ze vanaf haar zetel het huishouden. Haar man Philip assisteert haar met de drukke B&B. Hij adoreert haar, is een superkok en is ook nog eens tien jaar jonger. Als hij weg is om boodschappen te doen en ze wil me een kop thee aanbieden, roept ze naar achteren en komt er een beeldschone Griekse jongen

die daar ook werkt en woont.

Ze begint te vertellen over haar jeugd, ze is oorlogsslachtoffer, heeft in Japenkampen gezeten en was drie toen haar moeder daar door een beul – de beruchte kampcommandant Kenichi Sonei – vreselijk werd mishandeld. Ze verdween drie weken in het lijkenhuis en moest daarna naar het ziekenhuis, want ze bleek nog te leven. Die ervaring heeft Xaviera getekend. Het is goed voor mij om dat te weten, vindt ze. Tot haar twaalfde kon ze niet meer huilen, maar na een rebirthingssessie ging het weer. 'Ik ben altijd een survivor geweest.'



‘Timmermannen zijn fantastische minnaars. En heel handig om over de vloer te hebben.’

huiskamer en ze begon samen met een leuk meisjes dat zich ook verveelde, zelf te steunen. Ze doet het voor: ‘Ah, ah, aah, aaaah, ohah... owaaaaah...’ Lachend: ‘Ze kwamen allemaal in no time klaar! Zo doe je dat dus als het niet opschiet.’

Seks is de kern van waar het bij haar om draait. Als ze een verhaal vertelt over een vriendin, zegt ze als tussenzin: ze is reuzegeil, om dan door te gaan over een krant die ze deze vriendin cadeau heeft gegeven. Of na een ander verhaal, tussen neus en lippen: ‘Ja, daarna hebben we heel goede seks gehad.’

IMPOTENT MAAR GUL

Ze ontkracht het idee dat het vooral oude mannetjes zijn die prostituees bezoeken. ‘Oude mannen zijn helemaal niet zo potent. En dat begint al bij 55, 60 hoor!’ Maar als ze komen, is dat prima, want ze zijn vaak gul. Verder zijn het vooral potente mannen die prostituees bezoeken, veel mannen uit de financiële wereld. ‘De beurs heeft invloed op de zaken. If the stocks go down, the cocks go down. En andersom.’

Ze vertelt over verschillende klanten, bijvoorbeeld over Frank Sinatra die heel vervelend was. ‘Dat kan ik wel zeggen, die is toch dood. Hij schreeuwde en zoop zich suf, hij mepte de meiden.’

Hoe ze met agressie omgaat?, probeer ik een vraag. Ze begint te vertellen hoe ze ooit heel erg in elkaar is geslagen door een klant; hij sloeg een marmeren plaat op haar kapot. Ze wijst naar haar gezicht naar de littekens die er nog zitten. Hij zat onder de drugs. En zij had ook een behoorlijke joint gerookt, roken en drinken doet ze sowieso niet. Sinds dat

incident gebruikt ze geen drugs meer. Zeker niet als er iemand vastgebonden wil worden. Dat is dus een gevaarlijke situatie? Ze schudt haar hoofd. ‘Niet als hij eenmaal goed is vastgebonden, maar als je het een beetje halfzacht doet, tja, dan kan het misgaan.’

ALLROUND LOVER

Timmermannen en andere vakmannen zijn fantastische minnaars, zeker als ze een beetje hersens hebben, zegt ze opeens. Ze zijn origineel ook. Als ik doorvraag, wijst ze achter zich. Die kast, die heeft een ex-minnaar gemaakt. ‘Nee, ze zijn heel handig om over de vloer te hebben.’

Tot slot vertelt ze over een loodgieter, die zowel travestiet als hetero was en ook masochist en voormalig minnaar. ‘Het was voor hem moeilijk een minnares te vinden die hem in elkaar wilde meppen, daarom was hij voor mij een allround lover.’ Hij kwam ooit als loodgieter langs, maar wilde gelijk iets gemakkelijkers aantrekken. Hij kwam terug als Cora, opgemaakt met een lange rode wijde rok en hoge hakken. ‘Ik had een paar Indische dames in het tuinhuisje van mijn B&B op bezoek in mijn eigen huiskamer. Toevallig bleek daar het chemische pomptolet niet goed te werken. Toen hij dat hoorde, kwam de man in hem weer naar boven. Hij met zijn hoge hakken naar de wc, en daar steekt hij zijn arm diep in de wc. Voor die vrouwen was het te extreem, ze zijn snel weggegaan, en ik heb nooit meer iets van ze gehoord!’

Lachend nemen we afscheid. En dan sta ik weer op de stoep van haar B&B, maar vooral van een wereld die Xaviera heet.

Daarom ook zorgde ze ervoor dat zij altijd aan de touwtjes trok. ‘Ik ben een leider, in de SM-wereld ben ik de dominante. En daar heb ik geen zweep voor nodig.’

Ze laat zich niet sturen door mijn vragen, maar gebruikt ze als aanleiding om door te praten en gaat dan al associërend op een ander onderwerp over. Opeens vertelt ze over een dag in het bordeel, met om haar heen verschillende meiden die met klanten bezig waren in de diverse kamers waarvan de deuren op een kier stonden. Het hele huis was stil. Te stil, vond Xaviera. Zij zat in de

In de databank Effectieve Jeugdinterventies staan erkende effectieve interventies voor hulp bij problemen met opgroeien en opvoeden beschreven. In hoeverre zijn deze erkenningen gebaseerd op onafhankelijk effectonderzoek? Internationale studies laten zien dat onderzoekers van interventies niet zelden zelf de interventie-ontwikkelaar zijn of werken voor de organisatie die eigenaar is van de interventie. Lars de Winter, Anne-Maria Verhagen en Ferry Goossens onderzochten het voor de databank Effectieve Jeugdinterventies.

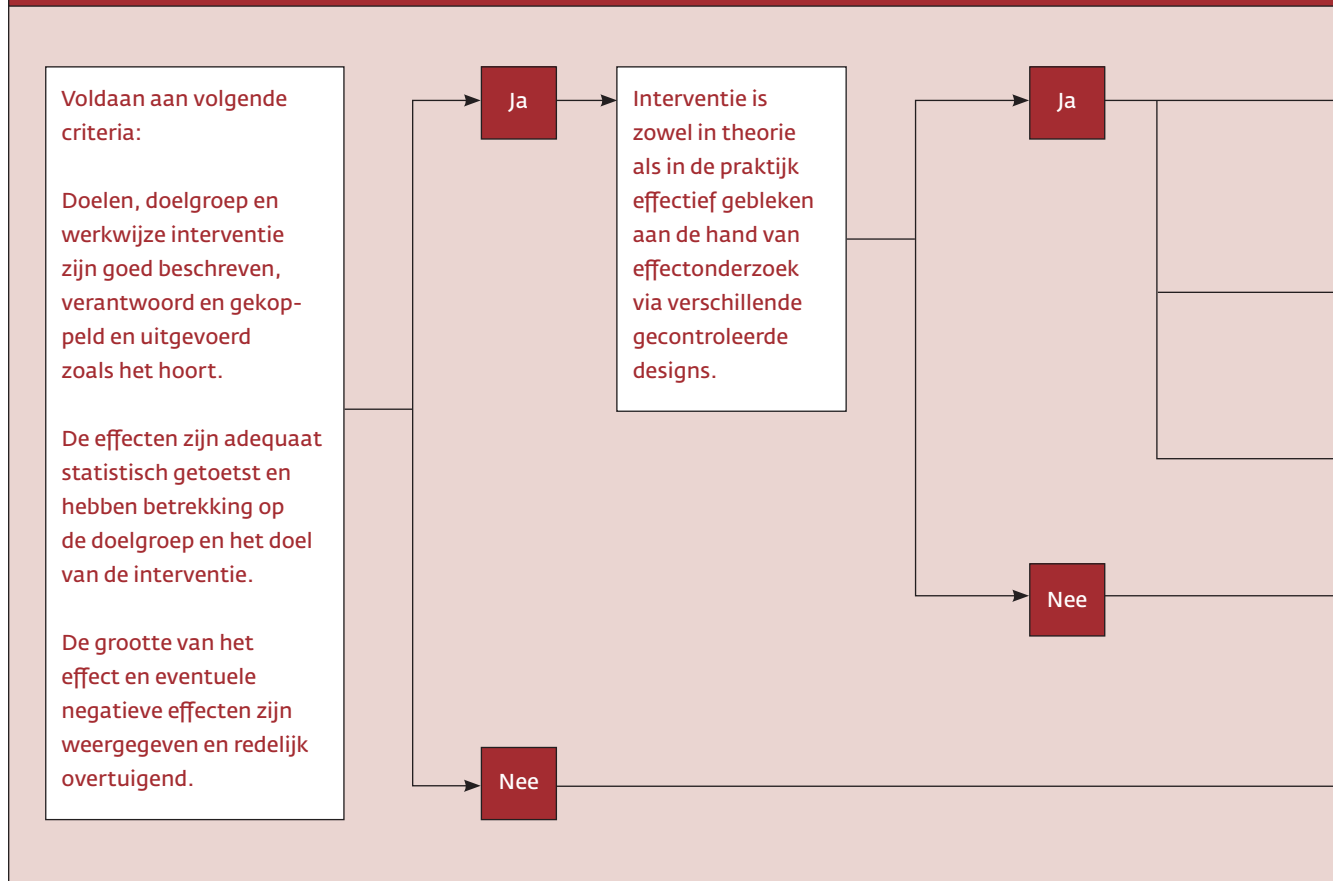
OVER DE ONAFHANKELIJKHEID VAN ONDERZOEKERS
IN EFFECTONDERZOEKEN UIT DE DATABANK EFFECTIEVE
JEUGDINTERVENTIES

DUBBELROLLEN IN EFFECT- ONDERZOEK

De databank Effectieve Jeugdinterventies (www.jeugdinterventies.nl) bevat een groeiend aantal beoordeelde en erkende interventies die gericht zijn op het veilig en gezond opgroeien en opvoeden van jeugdigen. Denk aan programma's om roken te ontmoedigen (bijv. 'Actie Tegengif'), sociale en emotionele vaardigheden te verbeteren (bijv. 'Kanjertaining, PAD') of jongeren te ondersteunen bij hun seksuele ontwikkeling (bijv. 'Lang Leve de Liefde'). Beroepskrachten in de preventiesector, het onderwijs, opvoedingsondersteuning, de jeugdhulp alsmede financiers van jeugdinterventies benutten deze databank om onafhankelijk beoordeelde interventies te selecteren voor hun beroepspraktijk.

De beoordeling van de effectiviteit en werkzaamheid van de interventies vindt plaats met vaststaande criteria en wordt uitgevoerd door onafhankelijke commissies. Organisaties die een interventie willen aanmelden voor erkenning, vullen hiertoe een interventiebeschrijving in waarin ze, middels het aandragen van wetenschappelijke (effect)studies, beargumenteren waarom hun interventie erkend zou moeten worden. De erkenningscommissie komt vervolgens tot één van de volgende beoordelingen: 'goed beschreven', 'goed onderbouwd' of 'effectief' – waarbij binnen deze laatste categorie onderscheid wordt gemaakt tussen 'eerste aanwijzingen', 'goede aanwijzingen' en 'sterke aanwijzingen' voor effectiviteit (zie figuur 1). Een uitgebreide beschrijving van alle beoordelingscriteria is te vinden in Van Dale et al. (2013).

FIGUUR 1. ERKENNINGSCRITERIA GOED ONDERBOUWDE EN EFFECTIEVE INTERVENTIES



De databank is voor zorgprofessionals en (onderzoeks-) financiers een steeds belangrijker instrument geworden. In 2014 werd de databank bekeken door 118.343 bezoekers – een stijging van 31% ten opzichte van het jaar daarvoor (Nederlands Jeugdinstituut, 2014). Gemeenten en andere financiers en afnemers van interventies worden gestimuleerd om de erkende effectieve interventies te gebruiken. Ook onderzoeksfinancierder ZonMW hecht veel waarde aan de databank. Zo verleent ZonMW regelmatig enkel onderzoekssubsidies naar interventies als deze binnen de databank zijn opgenomen.

Het is dus van groot belang dat de beoordeling van de interventies zorgvuldig en onafhankelijk gebeurt. De erkenningscommissie hanteert bij de beoordeling van het effect van interventies en voor hun eigen procedures, zoals gezegd, strenge criteria (Van Dale et al., 2013). Eén aspect lijkt echter vergeten: de mate van onafhankelijkheid van de auteurs van de effectonderzoeken die door de indieners

worden aangedragen en waarop het oordeel van de erkenningscommissie wordt gebaseerd. Onderhavig artikel beschrijft in welke mate de Nederlandse onderzoeken die ten grondslag liggen aan de erkenningen, zijn uitgevoerd door volledig onafhankelijke onderzoekers. Waar dit niet het geval is, wordt nagegaan of een dergelijke, potentiële belangenverstrengeling staat aangegeven in de onderzoeksartikelen.

AFHANKELIJKE ONDERZOEKERS

Er zijn verschillende aanwijzingen dat onderzoek uitgevoerd door niet-onafhankelijke onderzoekers tot positievere resultaten leidt dan onderzoek dat is uitgevoerd door onafhankelijke onderzoekers (Beelman & Lösel, 2006; Farrington & Welsh, 2003; Gorman & Conde, 2007; Perlis et al., 2005; Petrosino & Soydan, 2005; Reyno & McGrath, 2006; St Pierre et al., 2006; Valentine et al., 2011; Wilson, Lipsey & Derzon, 2003). Deze afhankelijkheid wordt in verscheidende



Het is een bekend gegeven dat interventies in de dagelijkse praktijk minder interventie-getrouw worden uitgevoerd

onderzoeken naar interventies tevens als verklaring voor de positievere resultaten gegeven.

Daarbij zijn er twee soorten verklaringen. De eerste mogelijkheid is dat auteurs de onderzoeksresultaten bewust manipuleren, of tijdens het onderzoek (on)bewust keuzes maken die de kans op positieve interventie-effecten vergroten (*cynical view*). Veelal gaat het hierbij niet zozeer om fraude, als wel om het (on)bewust maken van een serie keuzes tijdens het onderzoek, die de resultaten ten goede komen. Denk hierbij aan het uitvoeren van meerdere analysetechnieken en het enkel rapporteren van de meest “gunstige” techniek, focussen op gunstige bevindingen in subgroepen of het selectief rapporteren van gunstige uitkomstmaten. De tweede uitleg is dat de auteurs/interventie-ontwikkelaars zo goed op de hoogte zijn van de kenmerken en de theoretische onderbouwing van de interventie dat zij als geen ander weten hoe ze deze zo getrouw mogelijk kunnen implementeren (*high fidelity view*; Beelman & Lösel,

2006; Borman et al., 2003; Eisner, 2007; 2009; Farrington & Welsh, 2003; Gandhi et al., 2007; Holder, 2009; Littel, 2005; Smith & Glass, 1977; St. Pierre et al., 2005; Wilson, Lipsey & Derzon, 2003).

Echter: ongeacht welke verklaring juist is, beide verklaringen hebben gevolgen voor de voorspellende waarde van de gevonden effecten in de dagelijkse praktijk. In het geval van (on)bewuste manipulatie is dat duidelijk. Maar ook van de *high fidelity view* is bekend dat de resultaten lastig te repliceren zijn in de dagelijkse praktijk. Interventie-ontwikkelaars kunnen doorgaans niet bij iedere uitvoering van hun interventie aanwezig zijn om eenzelfde hoge mate van interventiegetrouwe implementatie te bereiken als ten tijde van het effectonderzoek. Het is een bekend gegeven dat interventies in de dagelijkse praktijk minder interventiegetrouw worden uitgevoerd (Elliot & Mihalic, 2004; Kendall & Southam-Gerrow, 1995; Petrosino & Soydan, 2005; Robinson, Berman & Neimeyer, 1990; Valentine et al., 2011) en veelal

Veel van het onderzoek dat aangedragen wordt om de effectiviteit van interventies aan te tonen valt in de categorie 'Wij van WC-Eend'

minder effectief zijn dan interventies die onder meer gecontroleerde omstandigheden worden uitgevoerd (Chambless & Hollon, 1998; Elliot & Mihalic, 2004; Flay, e.a., 2005; Petrosino & Soydan, 2005; Valentine et al., 2011). De resultaten van interventieonderzoeken waarin de zeilen te veel zijn bijgezet om de interventie zo perfect mogelijk uit te voeren, zijn daarmee slechte voorspellers van interventie-effecten in de dagelijkse uitvoeringspraktijk van professionals.

Er zijn drie veelvoorkomende groepen afhankelijke onderzoekers: 1) de onderzoeker heeft de onderzochte interventie zelf ontwikkeld; 2) de onderzoeker is werkzaam binnen een instelling die een licentie of patent heeft op de onderzochte interventie, en 3) de onderzoeker heeft de interventie niet zelf ontwikkeld, maar is wel werkzaam in dezelfde instelling als de interventie-ontwikkelaar (Borman, et al., 2003; Chambless & Hollon, 1998; Eisner, 2009; Elliot & Mihalic, 2004; Eisner & Humphreys, 2012; Petrosino & Soydan, 2005; Valentine et al., 2011). Internationale studies (bijv. Eisner & Humphreys, 2012) laten zien dat het percentage publicaties waarbij de interventie-ontwikkelaar één van de auteurs is vaak voorkomt, oplopend tot percentages van 78% (Gorman & Conde, 2007). Dezelfde studie laat zien dat bij de helft van de 34 onderzochte interventies voor genotmiddelen- of geweldspreventie de interventie-ontwikkelaar (veelal dus ook onderzoeker) tevens eigenaar of directeur is van de organisatie die de interventie verspreidt en daarmee duidelijk financiële belangen heeft (Gorman & Conde, 2007). Hoe deze percentages zich in Nederland verhouden, is onbekend.

CONFLICT OF INTEREST

Een manier om duidelijkheid te verschaffen over de dubbelrollen van auteurs is de verklaring die onderzoekers moeten afleggen als zij een artikel bij een wetenschappelijk tijdschrift indienen, het zogeheten 'Conflict of Interest', 'Declaration of Interest' of 'Financial Disclosure' statement.

Hiermee wordt inzicht verschaft in potentiële belangenverstrengeling tussen primaire belangen in een onderzoek, zoals het accuraat, neutraal en valide uitvoeren van onderzoek, en secundaire belangen, zoals financiële belangen en behoefte aan professionele erkenning (Eisner, 2009). Hoewel de wijze waarop tijdschriften omgaan met potentiële belangenverstrengeling verschilt, is het vermelden ervan tegenwoordig regel.

DATABANK ALS KWALITEITSOORDEEL Betrokkenheid van interventie-ontwikkelaars en licentiehouders is niet ongebruikelijk in effectonderzoek. Dat komt onder andere voort uit het feit dat interventies veelal eerst onder optimale omstandigheden worden onderzocht. Hierbij wordt een theoretisch concept of interventie onderzocht door de bedenkers ervan (*efficacy studies*). Pas in een latere fase worden de effecten van de interventie bestudeerd onder meer natuurgetrouwe condities (*effectiveness studies*), of tijdens de opschalingsfase waarin de uitvoering wordt gedaan onder dagelijkse uitvoeringsomstandigheden (*dissemination studies*; Flay, 2005).

Alle drie typen van onderzoek hebben een belangrijke functie bij de ontwikkeling van interventies. Het is immers niet onverstandig om een theoretisch concept eerst op kleine schaal te toetsen op werkzaamheid, alvorens het idee om te zetten in interventiematerialen en op grote schaal te verspreiden. Dit neemt echter niet weg dat bij het beoordelen van een interventie door een erkenningscommissie de waarde van de verschillende typen onderzoek én de onafhankelijkheid van de onderzoekers zorgvuldig (mee)gewogen dienen te worden. Het doel van de databank is immers interventies te selecteren die onder normale omstandigheden in de dagelijkse praktijk een effect hebben op het gedrag van jongeren en hun opvoeders. Dit vraagt om een kritische beoordeling van de door indieners aangedragen bewijsvoering.

TABEL 1. KENMERKEN EN AANTAL NEDERLANDSE ONDERZOEKSARTIKELLEN VAN DE BESTUDEERDE INTERVENTIES

INTERVENTIE	STUDIES	ONDERWERP	DOEL	LEEFTIJD	DOELGROEP	LOCATIE
EERSTE AANWIJZINGEN EFFECTIVITEIT						
B-Fit	2	Overgewicht	Bevorderen gewenst gedrag	0-18	Kinderen & Adolescenten	School
Families First	13	Multiprobleemgezin	Ondersteuning	0-18	Gezinnen	Thuis
Gezond Gewicht Overvecht	1	Overgewicht	Bevorderen gewenst gedrag	0-18	Kinderen & Adolescenten	Basisvoorziening
ITGG	5	Gedrags- en Hechtingsproblemen	Behandeling	0-18	Kinderen & Adolescenten	Zorginstelling
Weet en Beweeg	1	Overgewicht	Bevorderen gewenst gedrag	4-18	Kinderen & Adolescenten	Zorginstelling
GOEDE AANWIJZINGEN EFFECTIVITEIT						
Actie Tegengif	2	Alcohol, Drugs en Roken	Bevorderen gewenst gedrag	12-18	Ouders	School
Alles Kidzzz?!	5	Gedragsproblemen	Preventie	4-12	Leerlingen Basisonderwijs	School
BPTG	1	ADHD	Behandeling	4-12	Kinderen en Ouders	Zorginstelling
DroogBedTraining	4	Bedplassen	Behandeling	4-18	Kinderen	Thuis
Kanjertraining	3	Sociale Vaardigheden	Bevorderen gewenst gedrag	4-18	Kinderen & Adolescenten	Zorginstelling
Krachtvoer	3	Overgewicht	Bevorderen gewenst gedrag	12-18	Leerlingen vmbo	School
Lang Leve de Liefde	1	Seksualiteit	Preventie	12-18	Voortgezet Onderwijs	School
Minder Boos en Opstandig	3	Gedragsproblemen	Behandeling	4-12	Kinderen en Ouders	Zorginstelling
Negen Maanden Niet	1	Alcohol, Drugs en Roken	Bevorderen gewenst gedrag	Nvt.	Zwangere Vrouwen	Thuis
Ouder Baby Interventie	1	Hechtingsproblemen	Preventie	0-4	Kinderen en Ouders	Thuis
PLAYGrounds	1	Overgewicht	Preventie	4-12	Leerlingen Basisonderwijs	School
Praten Met Kinderen	3	Opvoedingsproblemen	Preventie	4-18	Adolescenten	Basisvoorziening
PAS	2	Alcohol, Drugs en Roken	Preventie	12-18	Adolescenten en Ouders	School
PAD	5	Gedragsproblemen	Preventie	4-12	Leerlingen Basisonderwijs	School
RealFit	7	Overgewicht	Behandeling	12-18	Adolescenten	Basisvoorziening
Stemmingmakerij	1	Depressie	Behandeling	12-18	Adolescenten	Zorginstelling
Vallen Is Ook een Sport	1	Vallen	Preventie	4-12	Leerlingen Basisonderwijs	School
STERKE AANWIJZINGEN EFFECTIVITEIT						
De Dappere Kat	3	Angst	Behandeling	4-18	Kinderen & Adolescenten	Zorginstelling
Incredible Years	3	Gedragsproblemen	Behandeling	4-12	Ouders	Zorginstelling
Taakspel	10	Gedragsproblemen	Preventie	4-12	Leerlingen Basisonderwijs	School
VIPP-SD	4	Gedrags- en Hechtingsproblemen	Preventie & Behandeling	0-4	Ouders	Thuis

Dat de uitkomsten van onderzoek niet altijd zonder meer kunnen worden overgenomen, heeft Eisner (2007) al eens laten zien voor een onderzoek naar Triple P. Middels eenvoudige analysetechnieken en slechts gebruikmakend van de data die de auteurs hadden gepresenteerd in het onderzoeksrapport, kwam Eisner tot een compleet andere conclusie. De auteurs van het oorspronkelijke onderzoeksrapport claimden dat Triple P effectief was op een aantal variabelen; Eisner concludeerde evenwel dat er geen systematisch effect van de interventie was. Het verschil in bevindingen wijdde Eisner aan onheldere en ontoereikende analysetechnieken en zogeheten *selective outcome reporting* – ofwel het enkel publiceren van significant positieve interventie-effecten en het niet vermelden van niet significante testen van effect op uitkomstmaten.

Een kritische beschouwing van de door de onderzoekers aangedragen bewijzen is dus geen overbodig controlemechanisme. De beoordelingscommissie van de databank speelt hierbij een belangrijke rol.

ONDERZOEKSVRAGEN De basis van dit onderzoek betreft 26 interventies die door de erkenningscommissie erkend zijn als effectief volgens eerste, goede of sterke aanwijzingen van effectiviteit. Om als effectieve interventie erkend te worden, hebben de indieners (naast internationale onderzoeksartikelen) in totaal 86 Nederlandse onderzoekartikelen aangedragen in de interventiebeschrijving om hun betoog daarvoor kracht bij te zetten. Daartoe stellen we de volgende twee vragen:

- 1) In welk percentage van de Nederlandse onderzoeksartikelen zijn de auteurs volledig onafhankelijk?
- 2) In welk percentage van de Nederlandse onderzoeksartikelen staat in een statement een potentiële belangenverstrengeling correct aangegeven?

METHODE

De dataset bestond uit onderzoeksartikelen die opgenomen waren in de beschrijvingen van alle 26 interventies die op 10 maart 2015 door de erkenningscommissie voor de databank Effectieve Jeugdinterventies erkend waren als effectief volgens eerste, goede of sterke aanwijzingen van effectiviteit. In dit onderzoek zijn enkel studies meegenomen die zijn uitgevoerd in de Nederlandse praktijk, ervan uitgaande dat deze studies het meeste voorspellend zijn voor de effecten van de interventie bij de Nederlandse jeugd. Deze selectiecriteria resulteerden in 86 artikelen behorende bij 26 interventies voor kinderen en adolescenten tot achttien jaar met

verschillende doeleinden, doelgroepen en settings van uitvoering (zie tabel 1). Al deze onderzoeksartikelen zijn terug te vinden in de databankbeschrijvingen of op te vragen bij de auteurs.¹ De dataset bestond uit 48 gepubliceerde onderzoeken (55,8%), achttien onderzoeksrapporten (20,9%), vier ongepubliceerde onderzoeken (4,7%), negen proefschriften (10,5%), vier Bachelor- of Mastertheses (4,7%), één conceptversie van een artikel (1,2%) en twee hoofdstukken uit een boek (2,3%).

DATAVERZAMELING Om vast te stellen of de auteurs van de onderzoekartikelen onafhankelijk waren, is per onderzochte interventie nagegaan wie de ontwikkelaar(s) was of waren, voor welke organisatie hij of zij werkte(n) ten tijde van de ontwikkeling en welke organisaties een licentie of patent op de interventie had(den). Om dit te bepalen zijn verschillende bronnen geraadpleegd, waaronder de interventiebeschrijving, de onderzoeksartikelen die daarin aangedragen werden, andere wetenschappelijke artikelen, de websites van de interventies en andere bronnen op het internet zoals internationale interventiedatabanken. Dit proces is door twee personen onafhankelijk van elkaar uitgevoerd. Hun uitkomsten zijn met elkaar vergeleken; bij twijfel werd de zoektocht uitgebreid en/of is met de vermoedelijke ontwikkelaars en licentiehouders contact gezocht om de bevindingen te toetsen. Op basis hiervan is per interventie een lijst samengesteld met de namen van de ontwikkelaars van de interventies, de organisatie waarvoor zij werkten ten tijde van de ontwikkeling en de namen van de organisaties die een (Nederlandse) licentie of patent hebben op de interventie. De namen van deze personen en organisaties zijn vergeleken met de namen en organisaties van de auteurs zoals die op de onderzoeksartikelen staan. In de rapportage is onderscheid gemaakt tussen eerste auteurs en coauteurs. Bij achttien onderzoeksartikelen waren er geen coauteurs; derhalve is de *n* bij het aantal coauteurs lager dan 86, namelijk 68.

VARIABLEN

INTERVENTIE-ONTWIKKELAAR Om vast te stellen wie de ontwikkelaars van de interventies waren, werden diverse

¹ De interventie 'B.Slim beweeg meer eet gezond', gecategoriseerd als 'effectief volgens goede aanwijzingen', verstrekke onvoldoende informatie over de auteursgegevens van het rapport dat ter onderbouwing werd aangedragen en is daarom niet meegenomen.

TABEL 2. ONDERZOEKSARTIKELEN MET AFHANKELIJKE AUTEURS TEN OPZICHTE VAN HET TOTAAL AANTAL ARTIKELLEN IN AANTALLEN (N) EN PERCENTAGES (%), PER TYPE AFHANKELIJKHEID EN NAAR AUTEURSHIP

	N	%
Afhankelijke auteurs	72/86	84%
Eerste auteur afhankelijk	68/84	81%
Co-auteur afhankelijk	61/69	88%
Auteur is interventieontwikkelaar	59/86	69%
Eerste auteur is interventieontwikkelaar	33/86	38%
Co-auteur is interventieontwikkelaar	38/69	55%
Auteur is werkzaam voor licentiehouders	37/80	46%
Eerste auteur is werkzaam voor licentiehouders	31/80	39%
Co-auteur is werkzaam voor licentiehouders	26/64	41%
Auteur is collega van de interventieontwikkelaar	49/86	57%
Eerste auteur is collega van de interventieontwikkelaar	24/86	28%
Co-auteur is collega van de interventieontwikkelaar	34/69	49%

bronnen gebruikt zoals de ingediende interventiebeschrijvingen, de interventiematerialen (bijv. handboeken) en de websites van de interventies. Voor interventies die in het buitenland ontwikkeld waren, zijn zowel de oorspronkelijke ontwikkelaars als de Nederlandse doorontwikkelaars geregistreerd als interventie-ontwikkelaars. Dit was alleen het geval als de interventie ook daadwerkelijk aangepast en doorontwikkeld was voor de Nederlandse situatie. Indien de interventie enkel vertaald was werden de vertalers niet als interventie-ontwikkelaars gescoord.

Een andere mogelijkheid was dat uit het onderzoeksartikel bleek dat de auteurs van het artikel de interventie zelf ontwikkeld en voor het eerst onderzocht hadden. De ontwikkeling van een interventie begint immers veelal met de toetsing van een theoretisch concept. Daarbij is meestal nog geen (openbaar) interventiehandboek beschikbaar, maar staan de interventie en de onderzoeksresultaten wel beschreven in een wetenschappelijk artikel. In die gevallen zijn alle auteurs van dat specifieke artikel als interventie-ontwikkelaar gescoord.

LICENTIEHOUDER / INTERVENTIE-EIGENAAR Een organisatie werd als licentiehouders of interventie-eigenaar geregistreerd als op basis van één van de zoekstrategieën uit de dataverzamelmethode kon worden vastgesteld dat een organisatie ofwel de eigenaar van de interventie was, ofwel een licentie had om de interventie in Nederland uit te voeren. Bij zes interventies kon niet achterhaald worden welke organisatie licentiehouders was.

COLLEGA VAN DE INTERVENTIE-ONTWIKKELAAR Per onderzoeksartikel werd van iedere (co)auteur gecheckt of hij of zij een collega was van de interventie-ontwikkelaar. Om dat vast te stellen, werd via de zoekstrategieën uit de dataverzamelmethode uitgezocht voor welke organisatie de interventie-ontwikkelaar werkte ten tijde van de publicatie van het onderzoeksartikel.

CONFLICT OF INTEREST De variabele conflict of interest werd in twee stappen gescoord. Allereerst werd gekeken of in het onderzoeksartikel een conflict of interest werd genoemd

TABEL 3. STUDIES MET AFHANKELIJKE AUTEURS TEN OPZICHTE VAN HET TOTAAL AANTAL STUDIES IN AANTALLEN (N) EN PERCENTAGES (%), PER TYPE AANWIJZINGEN VAN EFFECTIVITEIT

	AANWIJZINGEN EFFECTIVITEIT					
	EERSTE AANWIJZINGEN		GOEDE AANWIJZINGEN		STERKE AANWIJZINGEN	
	N	%	N	%	N	%
Afhankelijke auteurs	20/22	91%	32/44	73%	20/20	100%
Auteur is interventieontwikkelaar	17/22	77%	26/44	59%	16/20	80%
Auteur is werkzaam voor licentiehouders	8/22	36%	19/38	50%	10/20	50%
Auteur is collega van de interventieontwikkelaar	17/22	77%	18/44	41%	14/20	70%

– dit was veelal te vinden in een aparte alinea met als kop ‘conflict of interest’, ‘declaration of interest’ of ‘financial disclosure’. Ontbrak een dergelijk statement, dan werd dit beschouwd als het statement: ‘geen conflict of interest’. Wanneer een statement wel aanwezig was, werd genoteerd welke auteurs een conflict of interest hadden als zijnde interventieontwikkelaar, licentiehouders of collega van de interventieontwikkelaar. Vervolgens werd gekeken of de informatie in het conflict of interest-statement overeenkwam met de door ons verzamelde data over de auteurs. Omdat het enkel in gepubliceerde onderzoeksartikelen gangbaar/verplicht is een conflict of interest te benoemen, zijn alleen de 48 gepubliceerde onderzoeksartikelen bekeken en niet de onderzoeksrapporten, ongepubliceerde onderzoeken en proefschriften.

RESULTATEN

ONAFHANKELIJKHEID AUTEURS In 72 van de 86 artikelen (84%) was minimaal één (co)auteur afhankelijk; in 14 van de 86 artikelen (16%) waren alle (co)auteurs onafhankelijk (zie tabel 2). In 69% van de artikelen was minimaal één auteur tevens interventieontwikkelaar, in 46% van de artikelen was een (co)auteur betrokken die werkte voor een organisatie die een licentie op de interventie had of interventie-eigenaar was. En in 57% van de artikelen was er een (co)auteur betrokken die een collega was van de interventieontwikkelaar.

Tabel 3 laat zien dat afhankelijkheid van (co)auteurs voorkwam bij alle artikelen van interventies met sterke aanwijzingen van effectiviteit. In 80% van die gevallen was

de interventieontwikkelaar betrokken bij de onderzoeksartikelen, in de helft van de artikelen was de licentiehouders (co)auteur van het onderzoeksartikel, en bij 70% was een collega van de interventieontwikkelaar betrokken.

ONAFHANKELIJKHEID AUTEURS NAAR INTERVENTIE In totaal 19 van de 26 kwaliteitsoordelen (73%) van de interventies in de databank zijn gebaseerd op enkel artikelen (in de Nederlandse setting) die zijn uitgevoerd door afhankelijke onderzoekers (zie tabel 4). Drie van de vijf interventies met eerste aanwijzingen van effectiviteit (60%) zijn gebaseerd op enkel afhankelijke artikelen in de Nederlandse setting. Dat is het geval bij 12 van de 17 interventies met goede aanwijzingen van effectiviteit (71%) en bij alle interventies met sterke aanwijzingen van effectiviteit (100%).

CONFLICT OF INTEREST In totaal werd in 39 van de 48 gepubliceerde onderzoeken (81%) incorrecte informatie gegeven over een conflict of interest (zie tabel 5). Daarbij stond in 29 van de 48 artikelen (60%) geen ‘conflict of interest’-paragraaf terwijl er wel sprake was van een conflict of interest. In 10 van de 14 artikelen (71%) was er wel een conflict of interest statement (meestal met de mededeling dat er geen conflict was), maar bleek dit statement incorrect omdat er volgens onze gegevens wel een conflict of interest was. Bij vijf artikelen stond eveneens geen conflict of interest paragraaf, maar werd de informatie als correct gescoord aangezien er volgens onze data ook geen sprake was van een conflict of interest.

**TABEL 4. VERDELING (GEPUBLICEERDE) STUDIES MET AFHANKELIJKE AUTEURS NAAR INTERVENTIE
AFHANKELIJKE STUDIES**

	AFHANKELIJKE STUDIES	
	N	%
EERSTE AANWIJZINGEN EFFECTIVITEIT		
B-Fit	1/2	50%
Families First	12/13	92%
Gezond Gewicht Overvecht	1/1	100%
ITGG	5/5	100%
Weet en Beweeg	1/1	100%
GOEDE AANWIJZINGEN EFFECTIVITEIT		
Actie Tegengif	2/2	100%
Alles Kidzzz?!	1/5	20%
BPTG	1/1	100%
DroogBedTraining	0/4	0%
Kanjertraining	3/3	100%
Krachtvoer	3/3	100%
Lang Leve de Liefde	0/1	0%
Minder Boos en Opstandig	3/3	100%
Negen Maanden Niet	1/1	100%
Ouder Baby Interventie	1/1	100%
PLAYGrounds	1/1	100%
Praten Met Kinderen	3/3	100%
PAS	2/2	100%
PAD	5/5	100%
RealFit	5/7	71%
Stemmingmakerij	1/1	100%
Vallen Is Ook een Sport	0/1	0%
Sterke Aanwijzingen Effectiviteit		
De Dappere Kat	3/3	100%
Incredible Years	3/3	100%
Taakspel	10/10	100%
VIPP-SD	4/4	100%

TABEL 5. FREQUENTIE INCORRECTE INFORMATIE COI GEPUBLICEERDE ONDERZOEKEN

	Incorrecte Informatie COI		COI niet benoemd		COI incorrect benoemd	
	N	%	N	%	N	%
Totaal	39/48	81%	29/48	60%	10/14	71%
Afhankelijke auteurs	39/43	91%	29/43	67%	10/14	71%
Auteur is interventie-ontwikkelaar	37/40	93%	27/40	68%	10/13	77%
Auteur is werkzaam voor licentiehouder	21/24	88%	14/24	58%	7/10	70%
Auteur is collega van de interventieontwikkelaar	28/31	90%	21/31	68%	7/10	70%

In 39 van de 43 artikelen (91%) waarvan minimaal één auteur afhankelijk was, werd incorrecte informatie over een conflict of interest gegeven, waarvan in 29 van de 43 artikelen (67%) geen conflict of interest werd benoemd terwijl dat er wel was. In 10 van de 14 artikelen (71%) werd een conflict of interest incorrect benoemd (veelal was er wel een conflict of interest, terwijl de auteurs verklaarden dat ze er geen hadden).

DISCUSSIE

In onderhavig onderzoek is bestudeerd in hoeverre Nederlandse studies naar interventies die als 'effectief' staan beoordeeld in de databank Effectieve Jeugdinterventies, zijn uitgevoerd door onafhankelijke onderzoekers. Daarnaast is gekeken in hoeverre een dergelijke belangenverstrengeling correct is aangegeven in de onderzoeksartikelen.

In slechts 16% van de onderzoeksartikelen waren alle auteurs volledig onafhankelijk. Dat wil zeggen dat ze niet de interventie ontwikkeld hadden, noch een collega waren van de interventie-ontwikkelaar, noch werkten voor de organisatie met een licentie of patent op de interventie. Dat is een opmerkelijk laag percentage, in het bijzonder omdat deze potentiële belangenverstrengeling slechts zelden (correct) stond beschreven in een conflict of interest-statement. Huidig onderzoek laat zien dat in 81% van de gepubliceerde artikelen geen conflict of interest beschreven stond, terwijl

dat (hoogstwaarschijnlijk) wel had moeten; of er was wel een conflict of interest statement gegeven, maar werd daarin werd ten onrechte verklaard dat er geen potentiële belangenverstrengeling was. Kortom, veel van het onderzoek dat aangedragen wordt om de effectiviteit van interventies aan te tonen, valt in de categorie 'Wij van WC-Eend' zonder dat dit duidelijk is. Zoals in de inleiding betoogd is dit type onderzoek over het algemeen een slechte voorspeller voor het effect van een interventie in de dagelijkse praktijk. Dit is zorgelijk en verdient absoluut verbetering bij zowel onderzoekers, onderzoeksfinanciers, tijdschriften als de databank Effectieve Jeugdinterventies (en vermoedelijk ook andere interventiedatabanken).

De databank Effectieve Jeugdinterventies is aangewezen om interventies aan te wijzen die in de dagelijks praktijk impact hebben op gezondheidsproblemen. De databank is opgezet om professionals en financiers te helpen bij het kiezen van daadwerkelijk effectieve interventies. De databank vormt in die zin een extra schakel (lees: kwaliteits-toets) bij het interpreteren van effectonderzoek en het selecteren van interventies. Een complexe klus die veel expertise vereist en voor veel professionals niet haalbaar is in hun dagelijkse werk. De beoordelingscommissies bevelen we aan om meer oog te hebben voor de mate van onafhankelijkheid van de onderzoeken die door de indieners van de interventiebeschrijvingen worden aangedragen. Het is

belangrijk dat de commissies zich in hun oordeel niet alleen laten leiden door de argumenten die de interventie-eigenaren aandragen, maar ook actief op zoek gaan naar tegenargumenten voor effectiviteit. Dit zou op meerdere manieren kunnen, maar gedacht kan worden aan de volgende praktische aanpassingen:

- Vraag aan de indieners van de interventiebeschrijvingen om aan te geven in hoeverre de aangedragen effectonderzoeken zijn uitgevoerd door onafhankelijke onderzoekers.

- Toets als commissie in hoeverre de verklaring van de indieners correct is; onderhavig onderzoek heeft immers laten zien dat het invullen van een conflict of statement-paragraaf niet per definitie leidt tot een correcte verklaring.

- Vraag aan de indieners of er ook (niet gepubliceerde) onderzoeken zijn uitgevoerd die geen of een tegenovergesteld effect laten zien.

- Maak aan de gebruikers van de databank inzichtelijker welke potentiële belangverstrengeling er is bij de verschillende onderzoeken en interventies.

Daarnaast adviseren we onderzoeksfinanciers zoals ZonMw om ook alert te zijn op eventuele belangenverstrengeling bij het verstrekken van subsidie naar effectonderzoeken. Maak de onafhankelijkheid van de onderzoekers een expliciet aandachtspunt bij de beoordelingscriteria. Zijn er voldoende waarborgen ingebouwd die ervoor zorgen dat de

KADER

REACTIE NEDERLANDS JEUGDINSTITUUT

In hun artikel 'Dubbelrollen in effectonderzoek' stellen de auteurs dat bij beoordeling van de effectiviteit van interventies voor de databank Effectieve Jeugdinterventies onvoldoende rekening wordt gehouden met de mogelijke afhankelijkheid van onderzoekers. In hun inleiding veronderstellen zij dat dit aspect van de beoordeling 'vergeten' is bij het opstellen van de criteria voor effectiviteit. Er is echter bewust voor gekozen om strikte onafhankelijkheid van de onderzoekers niet mee te nemen als criterium voor erkenning voor de databank.

De databank Effectieve Jeugdinterventies is ingericht met twee doelen: een overzicht bieden van goede jeugdinterventies en stimuleren dat interventies verder worden verbeterd. Voor een overzicht van goede jeugdinterventies zijn effectstudies nodig. Om de doorontwikkeling van interventies te stimuleren, zijn praktijkgerichte studies nodig waarin onderzoekers en ontwikkelaars samenwerken. Dat is ook het uitgangspunt van ZonMw, de belangrijkste financierder van dit soort onderzoek. ZonMw vraagt veelal nadrukkelijk om samenwerking tussen onderzoekers en ontwikkelaars: samenwerking die bestaat uit het gezamenlijk onderzoekbaar maken van interventies, niet uit financiële of persoonlijke belangenverstrengeling.

Wij onderschrijven dat het helder scheiden van rollen in effectonderzoek nodig is. In Nederland is het echter gebruikelijk effectstudies te financieren op basis van gezamenlijke aanvragen van interventie-ontwikkelaars en

-onderzoekers. Met de bestaande financieringsmogelijkheden is het in algemene zin niet mogelijk om verbetering te stimuleren zonder deze samenwerkingsvorm te benutten. Zolang de exacte rollen van de onderzoekers worden gecommuniceerd en gecontroleerd én zolang praktijkgericht onderzoek bijdraagt aan de verdere ontwikkeling van interventies, zal de erkenningscommissie studies van betrokken onderzoekers meewegen in haar beoordeling van interventies voor de databank.

De erkenningscommissie heeft daarbij wel degelijk oog voor mogelijke belangenverstrengeling. Niet elke studie wordt geaccepteerd als bewijs voor effectiviteit. De commissie beoordeelt van elke studie zelf de kwaliteit en neemt hierbij de afhankelijkheid van de onderzoekers mee. Ook wordt een check verricht op eventuele negatieve effecten die wel gevonden maar niet gerapporteerd zijn.

Los van de kwaliteit van studies is het terecht dat van onderzoekers gevraagd wordt om openheid te geven over hun betrokkenheid. De strengere regels van tijdschriften om dit te doen zijn echter van recentere datum dan veel in de databank vermelde studies. De suggestie van de auteurs om de bezoekers van de databank te informeren over eventuele afhankelijkheid van onderzoekers nemen wij mee als een waardevol advies tot verbetering.

Machteld Zwikker, projectleider databank Effectieve Jeugdinterventies (Nederlands Jeugdinstituut. E-mail: M.Zwikker@nji.nl

Gemeenten en andere financiers en afnemers van interventies worden gestimuleerd om de erkende effectieve interventies te gebruiken

primaire belangen in een onderzoek, zoals het accuraat en neutraal uitvoeren van onderzoek, centraal staan en dat de secundaire belangen, zoals financiële belangen en professionele erkenning, zo min mogelijk een rol spelen? Is er in de onderzoeksgroep bijvoorbeeld ten minste één partij betrokken die geen belangen heeft bij positieve noch negatieve uitkomsten? Dat is zeker belangrijk als het gaat om interventies die reeds veel uitgevoerd worden. Om de effecten van interventies in de dagelijkse praktijk te kunnen voorspellen, is het immers niet alleen van belang om te toetsen of (een theorie achter) een interventie tot een positief effect kan leiden, maar om effectonderzoek uit te voeren waarin getoetst wordt of de effecten van de interventie ook daadwerkelijk stand houden in de dagelijkse praktijk. Te vaak nog lijkt het doel van effectonderzoek naar interventies in het sociale domein om aan te tonen dat de interventie werkt en worden alle zeilen bijgezet om dit aan te tonen. De resultaten die we derhalve daadwerkelijk denken te behalen bij de aanpak van gezondheidsproblemen zoals depressie, overgewicht of alcoholmisbruik wordt daarmee overschat.

Het is goed om te benadrukken dat in huidig onderzoek niet is bestudeerd in hoeverre er daadwerkelijk een invloed van de afhankelijkheid van de auteurs is op de resultaten van het onderzoek. Opvallend is wel dat alle artikelen die behoren bij interventies met het hoogste kwaliteitsoordeel van effectiviteit, enkel zijn gebaseerd op afhankelijke onderzoeken. Een mogelijk gevolg daarvan kan zijn dat de onderzoeksresultaten daardoor positief zijn en derhalve hoog scoren op de ladder van effectiviteit. Echter, dit valt op

basis van de gebruikte data niet vast te stellen en vervolgonderzoek is nodig om te bepalen in hoeverre dit daadwerkelijk het geval is.

Het is eveneens goed te vermelden dat ons betoog niet gelezen dient te worden als motie van wantrouwen naar de auteurs van de onderzoeksartikelen. Ook binnen het Trimbos-instituut verrichten we effectonderzoek naar onze eigen interventies en publiceren we hierover in wetenschappelijke tijdschriften of dienen deze interventies in bij de databank. In sommige gevallen voeren we daarbij zelf de analyses en het onderzoek uit, in andere gevallen zijn we vooral betrokken om de implementatie van de interventie te realiseren. Betrokkenheid van ontwikkelaars en licentiehouders is veelal ook onvermijdelijk, maar dat neemt niet weg dat meer transparantie over ieders rol zeer gewenst is.

In dit onderzoek is verder evenmin rekening gehouden met de sterkte en het type belangen die een auteur of instelling heeft of zou kunnen hebben. De ene instelling zal meer belang hebben bij positieve resultaten dan een andere, omdat meer geld of tijd is geïnvesteerd in de ontwikkeling of verdiend kan worden met de verspreiding van de interventie.

Verder dient het opgemerkt te worden dat in dit onderzoek enkel artikelen gebruikt zijn die gebaseerd zijn op Nederlandse effectstudies. Dit is gedaan omdat aangenomen mag worden dat onderzoeken in Nederland het meest voorspellend zijn voor het effect van de interventie in Nederland, maar laat daarmee onafhankelijke internationale onderzoeken buiten beschouwing bij de beschrijving van de resultaten.

Kortom, meer aandacht van de commissie voor de mate van onafhankelijkheid van de aangedragen studies bij de interventiebeschrijving is gewenst. Over de wijze waarop afhankelijkheid vervolgens meegewogen zou moeten worden bij het oordeel, is een ingewikkelde zaak omdat afhankelijkheid en belangenverstrengeling verschillende groottes kent. Transparantie over de afhankelijkheid bij de kwaliteitsoordelen moet als eerste stap wel haalbaar zijn. Daarnaast dient meer onafhankelijk interventieonderzoek gestimuleerd te worden.

OVER DE AUTEURS

Lars de Winter is student neuropsychologie aan de Universiteit Utrecht en in september 2015 aan diezelfde universiteit afgestudeerd binnen de opleiding Klinische en Gezondheidspsychologie. Anne-Maria Verhagen is in 2014 aan de Universiteit Utrecht afgestudeerd met de master Maatschappelijke Opvoedingsvraag-

stukken. De eerste twee auteurs hebben in het kader van respectievelijk een stage en een werkervaringsplek bijgedragen aan de totstandkoming van dit artikel. Drs. Ferry Goossens is werkzaam bij het Trimbos-instituut en de onderzoeksleider. Naast zijn baan als wetenschappelijk medewerker werkt hij aan een proefschrift over de effectiviteit van preventieve interventies.

De eerste twee auteurs verklaren geen conflict of interest te hebben. Goossens is geen (co)auteur van de bestudeerde artikelen. Het Trimbos-instituut en andere medewerkers van dit instituut zijn wel als interventie-eigenaar, onderzoeker en/of interventie-ontwikkelaar betrokken bij de bestudeerde artikelen en interventies. Dit onderzoek is uitgevoerd met behulp van interne financiering van het Trimbos-instituut en zonder externe financiering.

Correspondentie aangaande dit artikel:

fgoossens@trimbos.nl.

Summary

DUAL ROLES IN RESEARCH

L. DE WINTER, A. VERHAGEN & F. GOOSSENS

The Dutch database of effective youth interventions shows the effectiveness of educational programs for children and adolescents. This paper shows to what extent interventions are based on Dutch studies with independent authors and if the declarations of Conflicts of Interest are correct. In total 86 studies on 26 interventions were studied; it was described to what extent authors had an interest through their involvement as program developers, license owners or as colleagues of the program developer. Results show that authors were fully independent in 16% of the cases. In 19% of the cases a conflict of interest was correctly declared. The authors argue that more independent studies are needed and more strict rules should be set to improve the transparency of the interest of authors.

Literatuur

- Beelman, A. & Lösel, F. (2006). Child social skills training in developmental crime prevention: Effects on antisocial behavior and social competence. *Psicothema*, 18, 603-610.
- Borman, G. D., Hewes, G. M., Overman, L. T. & Brown, S. (2003). Comprehensive school reform: A meta-analysis. *Review of Educational Research*, 73, 125-230.
- Chamble, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining Empirically Supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Eisner, M. (2007). What Evidence for Prevention? A Critical Re-examination of the Prevention Study „Empowerment in Family and School (eifas): A Randomized Trial“. <http://www.vrc.crim.cam.ac.uk/PDFs/re-examinationstudy>
- Eisner, M. (2009). No effects in independent prevention trials: can we reject the cynical view? *Journal of Experimental Criminology*, 5, 163-183.
- Eisner, M. & Humphreys, D. (2012). Measuring Conflict of Interest in Prevention and Intervention Research – A Feasibility Study, in: T. Bliesener, A. Beelmann & M. Stemmler (eds.), *Antisocial behavior and crime. Contributions of developmental and evaluation research to prevention and intervention*. Göttingen, London: Hogrefe International.
- Elliot, D. S. & Mihalic, S. (2004). Issues in Disseminating and Replicating Effective Prevention Programs. *Society for Prevention Science*, 5, 47-53.
- Farrington, D. P., Welsh, B. C. (2003). Family-based Prevention of Offending: A Meta-analysis. *The Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 36, 127-151.
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S. G., ... Ji, P. (2005). Standards of Evidence: Criteria for Efficacy, Effectiveness and Dissemination. *Prevention Science*, 6, 151-175.
- Gandhi, A. G., Murphy-Graham, G., Petrosino, A., Chrismer, S. S. & Weiss, C. H. (2007). The Devil Is in the Details Examining the Evidence for “Proven” School-Based Drug Abuse Prevention Programs. *Evaluation Review*, 31, 43-74.
- Gorman D. M. & Conde E. (2007). Conflict of interest in the evaluation and dissemination of ‘model’ school-based drug and violence prevention programs. *Evaluation and Program Planning*, 30, 422-429.
- Holder, H. (2009). Prevention programs in the 21st century: what we do not discuss in public. *Addiction*, 105, 578-581.
- Kendall, P. C. & Southam-Gerow, M. A. (1995). Issues in the Transportability of Treatment: The Case of Anxiety Disorders in Youths. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 702-708.
- Nederlands Jeugdinstituut (2014). *Jaarverslag 2014: naar een duurzame en effectieve transformatie*. Utrecht: Nederlands-Jeugdinstituut.
- Perlis, R. H., Perlis, C. S., Wu, Y., Hwang, C., Joseph, M. & Nierenberg, A. A. (2005). Industry Sponsorship and Financial Conflict of Interest in the Reporting of Clinical Trials in Psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 1957-1960.
- Petrosino, A. & Soydan, H. (2005). The impact of program developers as evaluators on criminal recidivism: Results from meta-analyses of experimental and quasi experimental research. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 435-450.
- Reyno, S. M., & McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems - a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 99-111.
- Robinson, L. A., Berman, J. S. & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the Treatment of Depression: A Comprehensive Review of Controlled Outcome Research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- St. Pierre, T. L., Osgood, D. W., Mincemoyer, C. C., Kaltreider, D. L. & Kauh, T. J. (2005). Results of an Independent Evaluation of Project ALERT Delivered in Schools by Cooperative Extension. *Prevention Science*, 6, 305-317.
- Valentine, J. C., Biglan, A., Boruch, R. F., González Castro, F., Collins, L. M., Flay, B. R., ... & Schinke, S. P. (2011). Replication in Prevention Science. *Prevention Science*, 12, 103-117.
- Van Dale, D., Zwinkker, M., Dunnink, T., Bisseling, R. & Rensen, P. (2013). *Erkenningstraject interventies: criteria voor gezamenlijke kwaliteitsbeoordeling 2013-2018*. Movisie/Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg (NCJ)/Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB)/Nederlands Jeugdinstituut (NJI)/RIVM Centrum Gezond Leven (CGL).
- Wilson, S. J., Lipsey, M. W. & Derzon, J. H. (2003). The Effects of School-Based Intervention Programs on Aggressive Behavior: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 136-149.

IN SPE MYRTE DE WIT

Ik wilde aan de Universiteit Utrecht gaan studeren en twijfelde tussen psychologie en bedrijfskunde. Ik had me voor beide studies ingeschreven. Maar voor psychologie was er een loting en ik werd ingeloot. Dat beschouwde ik als teken... Ik heb dat eerste jaar met veel plezier gestudeerd en wist ik dat ik de goede keuze had gemaakt.

In Utrecht moet je in het tweede jaar al een specialisatie kiezen, ik koos voor kinder- & jeugdpsychologie, omdat ik enthousiast was geworden van het inleidende vak. Ook het feit dat je iets kunt betekenen voor jongeren sprak me aan. Als jongeren dreigen te ontsporen, kun je nog zoveel doen. Ze zijn nog zo plooibaar.

Zelf kom ik uit een fijn gezin, mijn vader is huisarts, mijn moeder docent Nederlands als tweede taal. Ze hebben voor mijn geboorte een aantal jaar in Malawi gewoond, waar mijn vader als arts werkte en mijn moeder vrijwilligerswerk deed. Misschien komt mijn motief voor de keuzes die ik maak, ook daar vandaan.

In het derde jaar heb ik een minor jeugd en criminaliteit gedaan, een blok voor zowel psychologie- als rechtenstudenten. Daarna wist ik zeker dat ik uiteindelijk deze kant op wil. Dat had deels te maken met hoe het vak was ingericht, maar het gaf tegelijk een verfrissende kijk op jeugdcriminaliteit. Positiever dan hoe er tegenwoordig in de maatschappij tegenaan wordt gekeken.

ZOMERKAMP

In Utrecht is er weinig mogelijkheid om

een kijkje te nemen in de praktijk. Ik geloof dat dat inmiddels wel wat is verbeterd, maar destijds miste ik het, vooral omdat we al aan het eind van het eerste jaar voor een richting moesten kiezen. In de zomervakantie van het derde jaar ben ik begeleider geweest bij een zomerkamp van de YMCA voor kinderen die het thuis minder goed hadden of die in woongroepen of instellingen woonden. Ik deed daar niet het werk van een psycholoog, maar werkte wel met de doelgroep waarmee ik dacht te willen werken. Ergens vroeg ik me af of ik wel met deze kinderen zou willen en vooral kunnen werken. Op het kamp was het leuk, maar niet altijd even makkelijk. Zo hebben we een meisje naar huis moeten sturen, omdat ze een begeleider met een mes had bedreigd. Een ander meisje liep weg en we moesten haar midden in de nacht in het bos gaan zoeken. Het zijn kinderen die heel makkelijk omslaan. Overdag heb je het heel gezellig en 's avonds hoeft er maar iets kleins te gebeuren of ze schelden je de huid vol. Daar moest ik aan wennen, ik moest leren het me niet aan te trekken, maar professionele afstand te houden. Uiteindelijk bevestigde het mijn keus: ik vond het bijzonder om met deze doelgroep te werken. Dat was een opluchting, want stel je voor dat het me niet gelegen had...

Mijn bachelor had ik gehaald, maar ik wilde graag nog naar het buitenland. Ik heb een half jaar in Barcelona gestudeerd, aan de Universitat Autònoma de Barcelona. Het ging me vooral om de ervaring, de vakken koos ik heel pragmatisch: ik keek of ze in het Engels werden gegeven. Het was een geweldige tijd. Wat me

vooral opviel, was dat de studenten politiek actief waren. Er waren vaak demonstraties en regelmatig was de universiteit om die reden een dag gesloten. Het was relaxed, het Spaanse leven, maar intellectueel was het geen grote uitdaging.

GELD VERDIENEN

Toen ik terugkwam, moest ik hier nog mijn bachelor-scriptie schrijven. Daarna ben ik een jaar bestuurswerk gaan doen bij srs, de studentenafdeling van het NIP. Voor ik aan mijn master zou beginnen, wilde ik eerst zien wat er voor mogelijkheden binnen het beroepenveld zijn. Daarna heb ik nog een half jaar gewerkt





FOTO: HERMAN WOUTERS

bij het NIP, om te sparen. Ik wilde tijdens mijn master mijn onderzoek in Zuid-Afrika doen en daar had ik geld voor nodig. Ik heb daar via de Universiteit Utrecht een project gevonden en gesolliciteerd. In Zuid-Afrika is veel seksueel en huiselijk geweld. Ik heb daar een interventie voor jonge mannen onderzocht, vooral gericht op seksuele geweld.

Kaapstad was een westerse stad en we zaten in een studentenwijk, dat was niet per se anders dan hier in Europa, maar we werkten in de townships, de armere wijken, en dat was wel een groot verschil met hier. Er is daar veel geweld en veel alcoholmisbruik. De bibliotheek waar we de sessies gaven, stond in een van de

gewelddadigste wijken. We werden wel eens gebeld dat we niet konden komen, omdat er een schietpartij aan de gang was. De week erop hoorden we de verhalen en lieten de jongens de kogelgaten in het hek zien. Dat kwam wel binnen.

Het was even omschakelen om weer terug te komen. Ik ben vrij snel begonnen met mijn stage in het ambulatorium van de Universiteit Utrecht. Dat is de polikliniek, ik werk op de afdeling Forensische Jeugdzorg. We doen behandeling en diagnostiek en als stagiaire houd ik me vooral bezig met diagnostiek.

Ik heb bewust wat langer over mijn

studie gedaan, want daardoor sta ik nu wat steviger in mijn schoenen. Ik ben in heftige omgevingen geweest en dat bevalt me. Hoe zeg ik dat? Spannend is niet het goede woord, maar in minder turbulente omgevingen zou ik sneller verveeld raken.'

‘Als jongeren dreigen te ontsporen, kun je nog zoveel doen’



Training & Opleiding
De psychologie van het lichaam

6-DAAGSE MASTERCLASS LICHAAMSWIJSHEID HERKENNEN EN TOEPASSEN

Accreditaties: ELP, LWP, A&O/A&G

Een geoefend oog kan de lichaamsdiagnostiek doeltreffend gebruiken in de begeleiding.

Door te letten op houding, beweging, gebaren en ademhaling kunnen wij onze cliënten op een dieper niveau verstaan en aansluitende interventies geven.

Opleider: Annet van Laar, auteur van 'Van binnen weet je alles - handboek voor lichaamswijsheid'

Introductieworkshop: 26 september 2016 van 19.30 - 21.30 uur

Start Masterclass: 18 november 2016 van 9.30 - 17.00 uur

Locatie: Centrum Zijnsoriëntatie, Utrechtseweg 133 in Zeist

Voor praktische informatie:

www.zijn.nu | info@zijn.nu | 030 - 262 1487

Informatie over de opleiding: www.annetvanlaar.nl



Geaccrediteerd Onderwijs
in Groningen en Nuenen

Een selectie uit ons aanbod:

Oplossingsgericht werken (introductie)

Sjoerd te Dorsthorst | 17-06-2016 in Groningen

Vervolgcurcus schematherapie

Marjon Nadort | start 05-09-2016 in Groningen (4 daagse cursus)

Werken met getraumatiseerde gezinnen

Trudy Mooren | start 09-09-2016 in Groningen (2 daagse cursus)

WRITEjunior

Sascha Lucassen | start 12-09-2016 in Groningen (2 daagse cursus)

Acceptance and Commitment Therapy

Jacqueline A-Tjak | start 19-09-2016 in Groningen (2 daagse cursus)

Relatietherapie en EMDR

Indra Spierts | 22-09-2016 in Nuenen

Groepsleertherapie VGCT

Jan Fens | start 22-09-2016 in Groningen (5 daagse cursus)

Nieuw: Masterclass CGT

Erik ten Broeke | 03-10-2016 in Groningen

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

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

RINO • amsterdam

De ZomerRINO komt eraan!

Ook dit jaar organiseert de RINO Amsterdam weer zomerse workshops, zoals:

Het afsluiten van langdurige behandelingen

www.rino.nl/230 | 12 juli

PTSS bij ouderen en behandeling met tekenanalyse

www.rino.nl/987 | 13 juli

Cultuursensitief werken met het Culturele Interview

www.rino.nl/684 | 21 juli

Succesvolle marketing voor hulpverleners

www.rino.nl/992 | 27 augustus

Au tis me wat, gezinnen waar autisme speelt

www.rino.nl/993 | 30 augustus

Het volledige zomer aanbod vindt u op:

www.rino.nl/zomer

opleiding en inspiratie voor professionals in de GGZ

RINO zuid

leren maakt beter

Meld u nu aan voor de modules van 2016!

Binnenkort starten o.a. de volgende opleidingen:

Cognitief gedrags- therapeutisch werker

Start 9 september 2016

Deelnemers
gaven de module in 2014
8,0

Verdieping persoonlijk- heidsdiagnostiek

Start 15 september 2016

Deelnemers
gaven de module in 2015
8,8

Gedragstherapie bij gedragsproblemen in zorginstellingen i.s.m. Gerion

Start 23 september 2016

Deelnemers
gaven de module in 2015
8,5

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

Leren maakt beter

www.rinozuid.nl

GASTCOLL

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

FORENSISCHE PSYCHOLOGIE, EEN VAK APART?

Is de forensische psychologie een vak apart? Duijker bestrijdt het benoemen van zoiets als de 'forensische psychologie'. Dat zou impliceren dat het om een ander soort psychologie zou gaan. Volgens hem gaat het eigenlijk om psychologen met een specifieke maatschappelijke taak.

De ideeën van Duijker sluiten aan bij een vraag waarmee mijn collega's en ik in de praktijk ook vaak worden geconfronteerd: in hoeverre onderscheidt de forensische psychologie zich eigenlijk van de 'reguliere' of de 'klinische' psychologie? Zijn patiënten in de forensische klinieken of zij die in behandeling zijn bij de forensische ACT-teams en op de forensische poliklinieken, nu werkelijk zo anders dan de gemiddelde ggz-patiënt? Lange tijd waren de tbs-klinieken gesloten voor het publiek en werd deze groep mensen bestempeld als eng en per definitie gevaarlijk, bijna een ander 'soort' mensen. De afgelopen jaren werd door televisieprogramma's en open dagen gepoogd om deze wereld meer toegankelijk te maken voor het grote publiek, en daarmee minder eng. Maar desondanks schiet de maatschappij nog altijd in een kramp wanneer een tbs'er het nieuws haalt met een delict.

Eigenlijk is dat opmerkelijk. Er worden nog altijd veel meer delicten gepleegd door niet-tbs-gestelden en ook het recidivecijfer na bijvoorbeeld enkel een gevangenisstraf ligt vele malen hoger. Het gaat hier blijkbaar om een moeizaam te bestrijden stigma, terwijl te betwijfelen valt of een forensische patiënt wel echt zo 'anders' is dan een reguliere ggz-patiënt. Zijn de gelijkenissen tussen patiënten binnen de verschillende sectoren niet eigenlijk groter dan de verschillen, of sterker nog, tussen hen en de 'gewone mens'?

Gesproken over recidive komen we wel op het belangrijkste onderscheid tussen het werken in de 'reguliere' klinische sector en in de forensische sector. Voor psychologen die werken in de forensische sector is het doel niet primair het behandelen van de hulpvraag van de patiënt (die hij lang niet altijd heeft), maar het behandelen van de 'hulpvraag' van de *samenleving*: het voorkomen van delict recidive. Binnen de forensische sector wordt getracht met risicotaxatie-instrumenten het recidiverisico van een patiënt in kaart te brengen. De behandeling wordt vervolgens gericht op deze risicofactoren, met als doel die te verminderen. Dat vereist een andere instelling van de psycholoog werkzaam in deze sector, vergeleken met andere sectoren waarbij de doelen van de patiënt leidend zijn. In beginsel kunnen de doelen van de psycholoog en die van de patiënt dan ook ver uit elkaar liggen. Het is een kunst deze doelen te verenigen zodat de patiënt gemotiveerd raakt mee te werken aan de (door de rechter opgelegde) behandeling.

Om terug te komen op de ideeën van Duijker: het werken in een forensische instelling vereist zeker specifieke vaardigheden van de psycholoog en zal ook niet voor iedereen weggelegd zijn. Maar de forensische patiënten zijn gewoon mensen en die vereisen geen aparte psychologie. Meestal hebben zij wel een ingewikkelde handleiding, maar dat maakt hen alleen maar boeiender om mee te werken.



Drs. Eveline de Kam

is sinds 2007 als gz-psycholoog werkzaam binnen de Divisie Forensische Psychiatrie van GGZ Noord Holland Noord. Sinds kort is zij tevens NRGD-geregistreerd rapporteur Pro Justitia. Ook zit zij in de redactieraad van *De Psycholoog*. E-mail: evelinedekam@hotmail.com.

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

Mag je in de rechtszaal zeggen dat bepaalde mensen schizofreen waren of belangrijke kenmerken van een psychopaat hebben zonder hen zelf gezien en onderzocht te hebben? Het College van Toezicht zegt van niet en berispt de psycholoog. De rechtspsychologen Harald Merkelbach en Peter van Koppen reageren op de bijdrage van Henk Geertsema, die op zijn beurt nog een weerwoord geeft.

TUCHTRECHT

DE NIP BEROEPS-CODE GELDT OOK VOOR FORENSISCH PSYCHOLOGEN

De uitspraak van het College van Toezichtⁱ betrof uitspraken van prof. dr. Corine de Ruiter, hoogleeraar Forensische Psychologie aan de Universiteit van Maastricht. Zij was gevraagd als getuige-deskundige in een bepaalde zaak. Op verzoek van de advocaat van de verdachte had zij een forensisch-psychologisch onderzoek ingesteld naar de persoon van de verdachte. Tijdens de openbare terechtzitting werd De Ruiter bevraagd naar haar bevindingen. Volgens het proces-verbaal heeft De Ruiter daarbij verklaard dat de moeder van de voormalige partner, die inmiddels niet meer leeft, schizofreen zou zijn. De partner zelf zou trekken hebben

van een psychopaat. Tegen deze kwalificaties kwam de familie in het geweer. Ma, 30 jaar kleuterjuf naar volle tevredenheid schizofreen??ⁱⁱ De familie diende een klacht in.

HET COLLEGE VAN TOEZICHT

Het College van Toezicht meent dat De Ruiter fout zat. Haar uitspraken zijn te beschouwen als een vorm van rapportage.ⁱⁱⁱ En deze rapportage is niet in lijn met de eisen die aan een rapportage gesteld mogen worden, zoals beschreven in artikel III.3.3.16 (zie kader). De ex-partner en zijn moeder waren geen cliënten van De Ruiter en hadden haar geen toestemming gegeven voor deze uitspraken. De Ruiter heeft beiden zelfs nooit gezien. Uit het proces-verbaal blijkt dat zij zich in

i De uitspraak van het College van Toezicht is onder nummer 14/45 te vinden is op de website van het NIP. De uitspraak is geanonimiseerd. Ik noem hier wel de naam van prof. de Ruiter, omdat zij zelf naar buiten is gekomen met dit oordeel van het College en haar reactie daarop. De uitspraken van dit College is onze enige bron wat de behandeling van de klacht betreft. We hebben geen inzage in de stukken, die door de partijen zijn ingebracht.

ii Bron: NRC 19/20 september 2015, pagina 7.

iii Artikel I.1.2.15 van de NIP Beroepscode voor psychologen 2007 (inmiddels Beroepscode voor psychologen 2015, artikel 1.6) Rapportage: alle tot één of meer cliënten herleidbare bevindingen, beoordelingen of adviezen die mondeling of schriftelijk worden uitgebracht.

ARTIKEL III.3.3.16 (CODE 2007, INMIDDELS ARTIKEL 96 IN DE CODE 2015)

Bij het uitbrengen van rapportages beperkt de psycholoog zich bij het geven van oordelen en adviezen tot die aangaande de cliënt, en geeft hij geen oordelen of adviezen met betrekking tot een ander dan de cliënt. Indien het voor het doel van de rapportage noodzakelijk is over een ander dan de cliënt gegevens te verstrekken, dan beperkt de psycholoog zich zo mogelijk tot die gegevens die hij uit eigen waarneming of onderzoek heeft verkregen.

Voor het verstrekken van dergelijke gegevens is gerichte toestemming van betrokkene noodzakelijk. Indien de psycholoog het noodzakelijk acht in een rapportage gegevens over een ander dan de cliënt te vermelden, die hij niet uit eigen waarneming of onderzoek heeft verkregen, dan is hij daarin uiterst terughoudend en geeft steeds de bron en relevantie van de gegevens aan.

belangrijke mate heeft gebaseerd op uitspraken van de verdachte. Volgens het College had zij zich hier uiterst terughoudend moeten opstellen. Verder wordt haar verweten dat zij haar uitspraken niet kan verantwoorden in het licht van artikel III.4.3.7^{iv} Professionele verantwoording van het beroepsmatig handelen. Ten slotte vindt het College dat De Ruiter zich geen rekenschap heeft gegeven van haar verantwoordelijkheid om schade te voorkomen door haar uitspraken als professional in een openbare zitting. En dat botst met het artikel^v over het onderzoek met en uitspraken over personen zonder hun toestemming. Als je dat al doet, moet je je uiterste best doen om schade te voorkomen.

WAT VINDT DE RUITER ZELF?

Corine de Ruiter laakt het oordeel van het College. In een blog^{vi} geeft zij haar visie op de argumentatie van het College. Zij stelt dat zij berispt is op basis van een krantenartikel^{vii} en het proces-verbaal van de griffier. Dat een krantenartikel een rol gespeeld heeft in de procedure blijkt niet uit het verslag en is dus moeilijk te volgen. Over de eventuele onjuistheid van het proces-verbaal merkt het College koeltjes op: 'Niet goed valt in te zien dat de secretaris die het proces-verbaal heeft opgesteld de kwalificaties zelf zou hebben vermeld en herhaald zonder dat deze zouden zijn genoemd door de verweerster (*Corine de Ruiter dus, HG*) en dat deze niet-genoemde kwalificaties nadien door de voorzitter van de rechtbank zouden zijn goedgekeurd door middel van ondertekening van het proces-verbaal.'

Het College acht dus het proces-verbaal wel degelijk betrouwbaar. En staat er in de schriftelijke rapportage iets anders dan wat er mondeling tijdens de zitting is overgekomen, dan had dit document ingebracht kunnen worden in de behandeling van de klacht.

Maar belangrijker voor ons is haar visie op de Beroepscode. De Ruiter meent dat de leden van de tuchtcolleges in Nederland onbekend zijn met het vak van de forensische psychologie. Zij kijken tegen dit werk aan alsof het activiteiten in het kader van zorgverlening zijn en beoordelen vanuit dit referentiekader de klachten die hen worden voorgelegd. De Ruiter spreekt hierbij over het hanteren van 'de verkeerde, therapeutische meetlat'. Feitelijk betekent dit dat de beroepscode niet van toepassing is op dit werkveld en dat de code eigenlijk alleen geldt voor de psychologen in de gezondheidszorg en de welzijnssector. Niets is echter minder waar!

VOOR ALLE PSYCHOLOGEN

De Beroepscode is van toepassing op alle psychologen in alle verschil-

iv Artikel III.4.3.7 (Code 2007, inmiddels artikel 106 in de Code 2015): De psycholoog moet zijn beroepsmatig handelen kunnen verantwoorden in het licht van de stand der wetenschap ten tijde van dat handelen, zoals deze uit de vakliteratuur blijkt.

v Artikel III.1.3.4 (Code 2007): De psycholoog geeft zich rekenschap van zijn verantwoordelijkheid om schade te voorkomen als hij wetenschappelijk onderzoek doet met personen of professionele uitspraken over hen doet zonder dat zij daar toestemming voor hebben gegeven.

vi Te vinden op: <http://fpblog.nl/2015/09/20/een-berisping-op-basis-van-een-krantenbericht-en-een-proces-verbaal-van-een-rechtszitting/>

vii Evy van der Sanden, Het geheugen van S. is nagenoeg verdwenen. NRC 25 juli 2015.

Waar komt toch het idee vandaan dat het oordeel van psychologen over mensen nauwkeuriger wordt als er eerst is gekeuveld?

lende werkvelden. Dus inderdaad in de gezondheidszorg, maar ook voor schoolpsychologen, collega's in de arbeids- en organisatie psychologie, mediators, recherchepsychologen, enzovoorts. Hiermee is de Beroepscode bij uitstek een symbool voor de eenheid van de psychologie. Dat is niet alleen in Nederland zo, maar ook in alle Europese landen, waarvan de psychologieverenigingen zich hebben aangesloten bij de European Federation of Psychological Associations (EFPA), bij onze Amerikaanse en Canadese zusterverenigingen, om er enkele te noemen.

Het misverstand dat de Beroepscode vooral voor gezondheidszorg van belang zou zijn, kom ik wel vaker tegen en wil ik met klem tegenspreken. Dat neemt niet weg dat het best mogelijk is dat, bij het ontwikkelen van nieuwe werkerterreinen door psychologen, zich ethische vragen kunnen voordoen die niet goed te benaderen zijn vanuit de huidige code of die daar mogelijk zelfs mee botsen. Dit is één van de redenen waarom de code om de vijf à zes jaar herzien wordt. Dit biedt de mogelijkheid om de code aan te passen aan nieuwe inzichten en veranderende maatschappelijke omstandigheden.

Daarbij helpt het ook niet als je met eigen definities gaat werken. De Ruiter noemt de opdrachtgever

haar cliënt. Dat is dan het Openbaar Ministerie, de rechter of de verdediging. Dit wijkt af van de omschrijvingen in de Beroepscode. De partijen die De Ruiter noemt, worden daarin omschreven als externe opdrachtgever^{viii}. De verdachte is in de code wel degelijk de cliënt. Zo ontstaat een driehoeksverhouding van verschillende relaties met de daarbij behorende verantwoordelijkheden. Iets dergelijks komt ook veel voor in de arbeids- en organisatiepsychologie.

De Ruiter kan dus een punt hebben als haar kritiek betekent dat het relatief nieuwe werkveld van de forensische psychologie onvolgende bediend wordt door de huidige Beroepscode. Je zou dan verwachten dat zij of één van haar collega's zich meldt bij het NIP om dit aan te kaarten, zodat er werk van gemaakt kan worden.

NADERE RICHTLIJNEN

Juist omdat de Beroepscode een document is voor alle psychologen, is het goed voorstelbaar dat er aanvullende stukken ontwikkeld worden waarin specifiek op de

valkuilen voor een bepaald werkveld wordt ingegaan. De American Psychological Association bijvoorbeeld heeft Guidelines^{ix} specifiek voor forensisch psychologen ontwikkeld. Inmiddels is vanuit de Bestuurscommissie Ethische Zaken met de sectie Forensische Psychologie het initiatief genomen ook iets dergelijks voor de Nederlandse situatie op te stellen. Een dergelijk stuk kan ondersteunend zijn voor de forensische psychologen in de praktijk en het onderwijs aan nieuwe collega's. Ook de tuchtcolleges in Nederland zullen er ongetwijfeld dankbaar kennis van nemen!

Henk Geertsema, gezondheidszorg-psycholoog, voorzitter van de NIP Bestuurscommissie Ethische Zaken (BEZ).
E-mail: H.Geertsema@VUmc.nl.

REACTIE

ETHISCHE BABBELS OVER DE ZAAK DE RUITER

Geertsema's annotatie bij de uitspraak van het College van Toezicht (hierna: het College) in de tuchtzaak tegen prof. dr. Corine de Ruiter is die van een makke koorknaap. Hij stemt gedachteloos in met de nogal ongeïnformeerde beslissing van het College in deze zaak. Maar hij is wel kritisch over De Ruiter en wekt dusdoende de indruk weinig kaas te hebben gegeten van twee loten aan de psychologenstam:

viii Artikel 1.1.2.8 (Code 2007, inmiddels artikel 1.9 in de Code 2015): De externe opdrachtgever. De persoon of rechtspersoon die opdracht heeft gegeven tot enige vorm van beroepsmatig handelen, maar die niet zelf de cliënt of het cliëntsysteem is, noch de verwijzer.

ix <http://www.apa.org/practice/guidelines/forensic-psychology.aspx>

De Ruiter meent dat de leden van de tuchtcolleges in Nederland onbekend zijn met het vak van de forensische psychologie

de forensische psychologie en de rechtspsychologie.

Schrijvend over de procedure tegen De Ruiter gaat Geertsema eraan voorbij dat het College de klager zonder meer als belanghebbende kwalificeerde, terwijl diezelfde klager juist bot ving bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Naar het oordeel van dat tuchtcollege was klager geen belanghebbende en daarom achtte het zijn klacht niet ontvankelijk. Als tuchtrecht-exegeet had Geertsema toch de behoefte moeten voelen deze discrepantie te duiden.

Nog zoiets: De Ruiter werd door het College berispt op grond van het proces-verbaal van de terechtzitting. Maar Geertsema laat de ware aard van dat proces-verbaal onbesproken. Dat stuk – geschreven door een griffier en niet door een secretaris, zoals Geertsema met het College meent – is geenszins bedoeld als letterlijk verslag van wat getuigen en deskundigen op de zitting hebben gezegd. Het is een formele vaststelling van wat er op de zitting in procedureel opzicht gebeurde. Men leze er de oratie van Petra van Kampen op na, die levendig beschrijft tot welk onheil het proces-verbaal van een zitting kan leiden wanneer het als een gespreksverslag wordt gezien.¹

In het kort: processen-verbaal worden door niet in de zaak ingevoerde griffiers geschreven,

vaak pas maanden na de zitting en ook nog wel eens op basis van de aantekeningen van een andere griffier. En dat allemaal zonder dat getuigen en deskundigen de weergave van hun bijdrage hebben kunnen keuren. Misschien heeft Geertsema met het College van Toezicht teveel Angelsaksische rechtbankseries gekeken, waarin wél letterlijk trial transcripts worden gemaakt en men regelmatig hoort: 'For the record ...', omdat dat er daar toe doet. In het Nederlandse proces-verbaal – ook in dat handelend over De Ruiter – staat daarentegen veelvuldig 'de getuige/deskundige zegt zakelijk weergegeven...'. In gewoon Nederlands betekent het zoiets als: 'Ik, griffier, weet er weinig vanaf, maar ik vat de globale strekking van wat ik hoor toch maar aldus samen.' Het is tekenend voor het prodigieus gebrek aan kennis over de juridische delen van de psychologie dat het College zoiets niet weet.

Daarmee komen we tot de kern van ons betoog. Geertsema stelt triomfantelijk – met uitroeptekens en al – vast dat de NIP-code ook geldt, althans zou moeten gelden, voor getuigendeskundigen die in het recht optreden. Want ja, papegaait Geertsema het College na, je mag als getuigendeskundige pas oordelen over iemand als je hem gesproken hebt en jawel, een

verdachte is een soortement cliënt. Dat zijn riskante standpunten.²

Waar komt toch het idee vandaan dat het oordeel van psychologen over mensen nauwkeuriger wordt als er eerst is gekeuveld? Als wij bijvoorbeeld over Joachim von Ribbentrop – Hitlers minister van Buitenlandse Zaken – zeggen dat hij een harde psychopaat was, zitten we dichterbij de waarheid dan de Amerikaanse psychiaters die hem tijdens het Neurenberg-tribunaal dagelijks opzochten en hem een reuze gezellige kerel vonden. Je hoeft iemand niet altijd gesproken te hebben om toch een professioneel oordeel te kunnen vellen.³ Als je als getuigendeskundige dat oordeel maar voldoende kunt verankeren, bijvoorbeeld in wat je in het dossier aantreft.

Een ander voorbeeld. Stel – en dat gebeurt ons regelmatig – dat een advocaat of rechter-commissaris ons vraagt een oordeel te vellen over een identificatie van de verdachte door een ooggetuige. Stel voorts – en dat is nog steeds

1 P.T.C. van Kampen (2011). *Papieren werkelijkheid: Het zittingsproces-verbaal in strafzaken*. Den Haag: Boom Lemma (oratie Utrecht). De tekst is gemakkelijk op internet te vinden.

2 Wij wijzen graag op de Gedragscode van het Nederlands Register Gerechtelijk Deskundigen (zie www.nrgd.nl). Dat zou voor het NIP College van Toezicht een leerzaam geschrift kunnen zijn.

3 Zie het betoog van Willem Hofstee met dezelfde strekking: W.K.B. Hofstee (2010). Diagnoses in de media. *De Psycholoog*, 45, 26-28.

Indien de psycholoog het noodzakelijk acht in een rapportage gegevens over een ander dan de cliënt te vermelden, die hij niet uit eigen waarneming of onderzoek heeft verkregen, dan is hij daarin uiterst terughoudend en geeft steeds de bron en relevantie van de gegevens aan

de praktijk van alledag – dat de ooggetuige tot een identificatie is gekomen op basis van een aan alle kanten rammelende herkenning-procedure. Jazeker, we noemen zo'n ooggetuige onbetrouwbaar, of hij en z'n oom dat nou leuk vinden of niet. En we hoeven helemaal niet te praten met zo'n ooggetuige om tot ons oordeel te komen. Liever niet zelfs.

Zo ook kunnen we meestal beter niet praten met de verdachte die een vermeende valse bekentenis aflegde, en is het wijzer ons te beperken tot een grondige studie van het dossier en de opnames van de verhoren. De verdachte bevragen heeft geen zin en kan alleen maar ongewenste effecten hebben op een oordeel over de bekentenis. Zo ook is het een slecht idee om zelf te gaan praten met het kind dat vermeend slachtoffer is van seksueel misbruik en wiens door de politie vastgelegde verklaring wij moeten beoordelen.

De ooggetuige is geen cliënt, de verdachte is geen cliënt, het kind is geen cliënt. Cliënt is in de context van het strafrecht een mistige term en daar verandert gebabbel over het

'symbool voor de eenheid van de psychologie' niets aan.

Door de huidige NIP-code overkort van toepassing te verklaren op psychologen die als getuigendes-kundigen optreden in strafzaken, zetten het College en haar spreekbuis Geertsema de deur wagenwijd open voor strafexercities tegen onwelgevallige deskundigen. Want al die getuigen, verdachten en kinderen kunnen nu een beroep doen op vertrouwelijkheid (art. 78 NIP Beroepscode), de deskundige laten berispen omdat hij zich op de openbare zitting niet op zijn verschoningsrecht beriep (art. 77) en hun vetorecht over deskundigenrapporten inroepen (art. 28). Het College – en ook Geertsema – stampen met hun ethieklaarzen niet alleen door de bijdragen van psychologen aan het strafrecht en de zaken waarin zij betrokken zijn als deskundigen. De beslissing van het College is ook een open uitnodiging aan alle betrokkenen om met klachten de kritische vaart die psychologen aan het strafproces kunnen geven, krakend tot stilstand te laten komen. Dat is geen denkbeeldig gevaar, want in

het strafrecht is er altijd wel iemand ongelukkig met de uitkomst. Ook het NIP moet niet willen dat de ethische code zich leent voor mondsnoerderij. De tijd lijkt ons nu echt gekomen om de Beroepscode van het NIP geschikt te maken voor forensisch psychologen en rechtspsychologen.

Harald Merkelbach is hoogleraar Rechtspsychologie aan de Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen van de Universiteit Maastricht. E-mail: h.merkelbach@maastricht-university.nl. Peter J. van Koppen is hoogleraar Rechtspsychologie aan de Juridische Faculteiten van de Vrije Universiteit Amsterdam en de Universiteit Maastricht. E-mail: p.j.van.koppen@vu.nl.

REACTIE NOGMAALS: DE BEROEPSCODE VOOR FORENSISCH PSYCHOLOGEN

Als ik het goed lees geloof ik dat de heren Merkelbach en Van Koppen mij tactvol proberen duidelijk te

maken dat ik geen verstand heb van de forensische psychologie noch van de rechtspsychologie. Daar hebben ze helemaal gelijk in. Deze takken van de psychologie ken ik slechts van enige afstand. Waar ik wel wat vanaf weet is beroepsethiek en beroepscode, en daarover gaat mijn commentaar op de uitspraak van het College van Toezicht.

Ik bestrijd de gedachte dat de Beroepscode met name voor psychologen werkzaam in de gezondheidszorg van belang zou zijn. Die geldt voor alle psychologen. Dit is al jaren het geval. En dus wordt deze maatstaf uit de kast gehaald als ook forensisch psychologen gevraagd wordt verantwoording af te leggen.

Deugt deze maatstaf niet? Dat zou kunnen. De code is echter niet in beton gegoten. Om de vijf jaar start een herzieningsproces. Tot dusverre hebben de forensisch psychologen binnen het NIP (leden van de bestuurscommissie Ethische Zaken en de sectie Forensisch Psychologie Volwassenen) steeds gezegd met de huidige begripsomschrijvingen en bepalingen goed uit de voeten te kunnen. Merkelbach en Van Koppen zijn het daar niet mee eens. Dat kan, maar daarmee ligt de bal wel bij de forensisch psychologen onderling.

Een zekere mate van overeenstemming wordt kennelijk ook door de opdrachtgevers verwacht. De heren wijzen op de Gedragscode van het Nederlands Register Gerechtelijk Deskundigen. Daarin staat onder meer: 'U verricht uw werkzaamheden met inachtneming van de in de uitoefening van uw beroep geldende regels en normen. U informeert uw opdrachtgever schriftelijk indien u hiervan afwijkt. Het kan hier gaan om regels en

normen van instituties of beroepsverenigingen waarvan u deel uitmaakt respectievelijk lid bent' (artikel Ad II.5).

De Beroepscode zal zeker gezien worden als een reeks normen van ons beroep. De klager kon met zijn verhaal niet terecht bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Dat zegt niets over de klacht zelf, wel dat de klager bij hen niet aan het juiste adres was. Ook zegt dit niet dat dit College geen klachten tegen forensisch psychologen in behandeling neemt. In 2013 (casusnummer C2012.252) heeft dit tuchtcollege (en in beroep het Centraal Tuchtcollege) een forensisch psycholoog gewaarschuwd vanwege uitspraken over een partner in een vechtscheidingszaak.

Het College van Toezicht neemt klachten in behandeling van betrokkenen, dat wil zeggen van iedereen die direct of indirect is betrokken bij het beroepsmatig handelen van de psycholoog of die daardoor in zijn belangen wordt geraakt (artikel 1.2). Beide colleges hebben eigen criteria voor de ontvankelijkheid van een klacht. Staat hiermee de deur open voor strafexercities tegen deskundige psychologen? Merkelbach en Van Koppen maken niet de indruk bang uit gevallen te zijn, maar hier zien ze wel heel veel gevaren.

Echter: artikel 78 beoogt te voorkomen dat een cliënt toegang krijgt tot informatie over anderen via het inzien van zijn eigen dossier. Dit zegt evenwel niets over een eventuele noodzaak om deze informatie te gebruiken in bijvoorbeeld een rechtszaak. Artikel 77 gaat over de noodzaak tot verschoning bij een geheimhoudingsplicht. Artikel 74 beschrijft de situaties waarin deze geheimhoudingsplicht doorbroken

De Ruiter spreekt over het hanteren van 'de verkeerde, therapeutisch meetlat'

moet worden, zoals bij wettelijke bepalingen of bij een rechterlijke beslissing. En artikel 28 gaat helemaal niet over het vetorecht.

Gestamp van laarzen? Alleen in hun interpretatie. De Beroepscode verdient een serieuzere lezing.

Henk Geertsema, voorzitter bestuurscommissie Ethische Zaken (NIP)

REAGEREN?

Wilt u reageren op dit artikel?

Dat kan via LinkedIn

(<http://alturl.com/wz95u>) en

Twitter (@RedactieDP).

De partner zelf zou trekken hebben van een psychopaat

VRAAG & AANBOD

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

VACATURES

Gz-psycholoog
NOORD-BRABANT EN
RANDGEMEENTEN



Gz-psycholoog & Klinisch psycholoog
ALTRECHT, (AMBULANTE)
OUDERENPSYCHIATRIE UTRECHT EN
OMSTREKEN.



CURSUSSEN / WORKSHOPS

Opleiding Rapporteur PJ
UTRECHT



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 opgaaf van redenen.

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

Voor de psychiatrische Dagkliniek van het ZMC zoeken wij op korte termijn een

Senior klinisch psycholoog / psychotherapeut m/v

24-32 uur per week

Als klinisch psycholoog / psychotherapeut word je medeverantwoordelijk voor de leiding en organisatie van de Psychiatrische Dagkliniek. Je bent een senior (minimaal 5 jaar geregistreerd), zowel praktiserend als uitdragend, op het terrein van de (groepsdynamische) psychotherapie bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen. Groepen worden vormgegeven vanuit verschillende theoretische en praktische kaders: schemagericht, Dialectische gedragstherapie (DGT), psychodynamisch, oplossingsgericht, affectfobie-benadering. Bij voorkeur heb je ervaring in MBT, waarbij ook het 'dragen' van het gedachtegoed zowel in de opleidingen als op de werkvloer een belangrijk onderdeel van de taak is. Je bent hoofdbehandelaar voor verschillende behandelgroepen. Er wordt een intensieve samenwerking

verwacht met de andere behandelende disciplines. Ook is het belangrijk de contacten met verwijzers goed te verzorgen. In samenwerking met de onderzoeker geef je vorm aan op psychotherapie gericht onderzoek. Taken zullen o.m. zijn: groepsbehandelingen, systemische en individuele intakes / indicaties en behandelingen. Voorzitterschap van intake team en / of behandelstaf is onderdeel van het takenpakket. Voor de opleidingen tot klinisch psycholoog en tot psychotherapeut ben je praktijkopleider en werkbegeleider. Je neemt deel aan het beleidsoverleg van de afdeling Psychiatrie en wordt lid van de medische staf van het Zaans Medisch Centrum.

Voor meer informatie: www.werkenbijhetzmc.nl



VieCuri is een opleidingsziekenhuis met locaties in Venlo en Venray. Werken bij VieCuri betekent werken in een ziekenhuis met ruimte voor professionals. VieCuri maakt deel uit van een samenwerkingsverband van achtentwintig grote opleidingsziekenhuizen die hooggespecialiseerde medische zorg verlenen: de vereniging van Samenwerkende Topklinische opleidingsziekenhuizen (STZ). Als opleidingsziekenhuis investeren wij in onze mensen. Zodat we niet alleen de beste zorg kunnen bieden aan onze patiënten, maar ook de beste professionals in huis hebben die de ruimte krijgen om zich te ontwikkelen en die hun persoonlijke ambities waar kunnen maken.

Wegens het vertrek van de huidige klinisch neuropsycholoog/opleider zoeken wij op korte termijn een

Klinisch neuropsycholoog/opleider

32 – 36 uur

Vacaturenummer

2016.05.043

Tevens hebben wij een vacature voor een

Gezondheidszorgpsycholoog

In opleiding tot klinisch neuropsycholoog

32 uur

Vacaturenummer

2016.05.044

De Medische Psychologie onderzoekt en behandelt patiënten van alle leeftijdscategorieën. Andere taken zijn o.a. advisering, voorlichting en verwijzing. Vanuit de afdeling participeren medewerkers o.a. in de behandelteams van de Geriatrie, de Neurologie en het Centrum voor Revalidatie. De afdeling beschikt over opleidingstrajecten voor twee klinisch neuropsychologen en een gezondheidszorgpsycholoog.

De Medische Psychologie heeft een formatie van ongeveer 16 fte bestaande uit klinisch psychologen, klinisch neuropsychologen, gezondheidszorgpsychologen, basispsychologen, psychologisch medewerkers en secretaresses. Binnen de afdeling is sprake van

complementaire deskundigheden, waarbij collega's gekoppeld zijn aan subspecialisaties.

Graag zien wij uw reactie tegemoet voor maandag **20 juni 2016**.

Voor nadere inlichtingen en overig informatie zie www.viecuri.n/werken-leren/

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: GBGGZ, SGGZ, OVP
- SMS- en E-mail-Service & Patiëntenportaal
- Geïntegreerde basisset ROM (NVVP)
- Koppeling EVS, ZorgMail, Reflectum
- Met unieke app (Apple & Android)

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