

DE PSY- CHO- LOOG

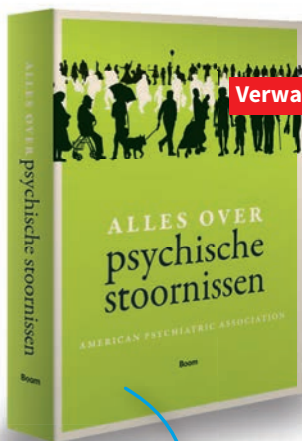
MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN
JAARGANG 51 • NR 9 • SEPTEMBER 2016

DIALOGICAL SELF IN ACTIE: DE MEERWAARDE VAN MEERSTEMMIGHEID • TERUGVALPREVENTIE MET E-HEALTH: WORDT HET RISICO KLEINER? • ESSAY: FUNDAMENTEN PSYCHOLOGISCHE WETENSCHAP – BINETS WERK OVER INTELLIGENTIE • INSPIRATIE: MARCUS HUIBERS • IEDER MENS DOET AAN PSYCHOLOGIE: ELS KLEIJN • GASTCOLUMN MARIËLLE BECKERS: EERST OMGEVING, DAN HET KIND • JUNIOR: TANIA PAS • DANIËL LAKENS: WELLES! NIETES!

AGNES SCHOLING OVER EFFECTIEVE PSYCHOTHERAPEUTEN



Bestel uw vakliteratuur in de NIP boekenclub



Verwacht

Heldere uitleg
voor patiënten en
naastbetrokkenen



Het alternatief voor
uithuisplaatsing



Nieuw

Behandeling
in 6 fasen



20%
korting in
september!

Begeleiden vanuit
de Affectief Bewuste
Benadering

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,-.



Hogrefe is ook uitgever van de

HZO | SON-R 6-40 | BRIEF | ADOS-2

Persoonlijkheid betrouwbaar in beeld

De meest onderzochte en gebruikte 'Big Five' persoonlijkheidsvragenlijst

Coaching, ontwikkeling en selectie

De NEO-PI-3 biedt u snel een genuanceerd en treffend beeld voor adviezen op het gebied van studiekeuze, persoonlijke ontwikkeling of selectie. Zowel voor individuen als voor teams.

Behandeling in de GGZ

De NEO-PI-3 is zeer geschikt om uitspraken over de individuele persoonlijkheid te doen, bijvoorbeeld als startpunt voor interventie, behandeling of verdieping van diagnostiek.

Kennismakingsactie voor NIP-leden

Bestel 10 digitale afnames en ontvang gratis de handleiding t.w.v. €104,-. Stuur een email naar info@hogrefe.nl o.v.v. code NIP1609
Voor nieuwe klanten dient een HTS 5 basislicentie aangemaakt te worden t.w.v. €120,- per jaar.

www.hogrefe.nl

 **hogrefe**

- 10 DIALOGICAL SELF IN ACTIE** – De spanningsvelden in de samenleving nemen toe. Ook binnen het zelf van de individuele persoon neemt de spanning toe. Hubert Hermans en Rens van Loon laten zien hoe de Dialogical Self Theory deze spanningen zichtbaar maakt en reguleert, en methoden biedt om multiculturele identiteiten, leiderschap en de ordening van het zelf te onderzoeken en ontwikkelen.
- 34 TERUGVALPREVENTIE MET E-HEALTH** – Is een preventieve cognitieve behandeling via het internet een effectieve en acceptabele manier van behandelen? Depressie wordt vaak gekenmerkt door het recidiverende karakter. Om het risico op terugval te verminderen, is continue monitoring en behandeling het advies voor mensen met eerdere depressieve episoden. E-health kan daarbij uitkomst bieden, stellen Gemma Kok en Claudi Bockting.
- 48 DE FUNDAMENTEN VAN DE PSYCHOLOGISCHE WETENSCHAP** Het is zorgelijk dat de academische psychologie aan gezichtsverlies lijdt door oneerlijkheid en publicatiedrang, stelt Annemarie Köhne in haar wetenschapsfilosofische essay. De psychologie verdient beter en verdient zodoende een kritische blik. ‘De academische psychologie moet stoppen het gat tussen realisme en constructivisme te dichten middels allerlei kunstige verbloemen.’



Een 'kwaliteit-plus' praktijk in zowel reguliere- als bedrijfszorg met optimale tijd voor de cliënt!

Steeds hogere eisen worden gesteld aan de kwaliteit en transparantie binnen de zorg. Dit kost tijd die je liever besteedt aan optimale zorg voor je cliënten. Cenzo maakt dit mogelijk! Lift mee op een succesformule waarbinnen jij je richt op **optimale** hulpverlening en **samenwerken** met verwijzers. Wij zorgen voor de zakelijke randvoorwaarden, zoals deskundigheidsbevordering, contracten met zorgverzekeraars, samenwerkingsverbanden met verwijzers, bedrijven en arbodiensten, IT-ondersteuning, financiële afwikkeling en acquisitiemateriaal! **Interesse?**

Benieuwd naar ons aanbod?

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

Cenzo B.V.

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

Tijd voor een gesprek met

CENZO

CENTRAAL NETWERK PSYCHOLOGISCHE ZORG



PRI in de praktijk *Wegens groot succes een tweede webinar door grondlegster Ingeborg Bosch.*



Zoek je verdieping in je huidige werk?
Wil je kennismaken met een innovatieve behandelvorm?

In dit interactieve webinar legt Ingeborg Bosch de methode uit. Ze geeft een live demonstratie met cliënten zodat je kan zien hoe PRI werkt en er is ruimte voor vragen.

PRI (Past Reality Integration) verbindt op unieke wijze cognitie, gevoel en gedrag.

Het is gericht op de autonomie en empowerment van de cliënt. PRI gaat er vanuit dat onder gevoelens van angst, somberheid, boosheid, stress, verslavingen, relatieproblemen e.d. onverwerkte, verdrongen emoties zitten die hun oorsprong hebben in de (vroeg) kindertijd EN die onze waarneming, gevoelens en reacties in het heden sterk beïnvloeden.

PRI biedt cliënten tools om deze negatieve effecten van onverwerkte jeugdtrauma's en vroegkinderlijke stress alsnog aan te pakken.

Het is een praktisch toepasbare methode om vanuit ervaren problemen in het heden, direct toegang te krijgen tot onderliggende emoties met als insteek cognitieve herstructurering en emotionele herprogramme-

ring. Hiermee slaat PRI een brug tussen de kortdurende behandelingen en de jarenlange psychotherapieën en verenigt hiermee het beste van beiden.

Daarnaast kan PRI een belangrijke rol spelen bij preventie, door (aankomende) ouders voorlichting te geven, te ondersteunen en hulp te bieden bij hun eigen problematiek.

Voor professionals biedt PRI ook een interessant kader om eigen onverwerkte emoties direct te herkennen en daar mee om te gaan, waardoor zij meer aangesloten en vanuit hun hart op cliënten zullen reageren.

Schrijf je in via www.prionline.nl

DATUM 16 september 2016

TIJD 9.00 tot 11.00

KOSTEN € 50,- (bij deelname aan de PRI Introductie

WORKSHOP 12, 13, 14 oktober 2016 ontvangt u € 50,- korting)

STUDENTEN € 40,-.

Voor vragen kan je terecht bij Tanja Bakels, PRI basistherapeut/psychotherapeut (info@psychologiepraktijk-amsterdam.nl)

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

RUBRIEKEN

- 6 NIEUWS
- 9 COLUMN: Daniël Lakens
- 22 IEDER MENS DOET AAN
PSYCHOLOGIE: Els Kleijn
- 24 INTERVIEW: Agnes Scholing
- 30 INSPIRATIE: Marcus Huibers
- 33 BOEKEN EN MEDIA
- 44 BIJEENKOMST: Yoga in de
gezondheidszorg
- 55 GASTCOLUMN: Mariëlle Beckers
- 56 BIJEENKOMST: Trippen op
de divan
- 60 JUNIOR: Denise Brouwer

Redactioneel

KLINISCHE BLIK

Eerlijk gezegd had ik er nog nooit bij stil gestaan: kunnen symptomen waarvoor je in psychotherapie bent gegaan ook verergeren? Vijf Zweedse onderzoekers gingen het na – zie het nieuwsbericht van Iris Dijkstra – en concludeerden dat therapeuten hun klinische blik wel meer mogen richten op juist de negatieve effecten van hun behandeling.

Wanneer is een psychotherapie effectief? Dat heeft te maken met wat er in een therapie gebeurt, zegt Agnes Scholing, maar het ligt zeker ook aan de individuele therapeut (m/v). Scholing is onlangs benoemd tot bijzonder hoogleraar aan de ou en wil onderzoeken wat effectieve therapeuten goed doen en hoe minder effectieve collega's via training beter kunnen worden. De beroemde/beruchte klinische blik is volgens haar in elk geval onbetrouwbaar en jonge therapeuten kunnen net zo effectief zijn als ervaren therapeuten – waarschijnlijk omdat zij heel geprotocolleerd werken, hetgeen tastbaarder zal zijn dan die klinische blik die (gelukkig) ook weer niet geheel overboord gezet hoeft te worden.

Klinisch psycholoog Marcus Huibers, hoogleraar aan de vu en medeverzorger van de kookrubriek 'Volkskeuken' in *de Volkskrant*, richt zich vanuit een andere invalshoek op de klinische blik. Volgens Huibers is een van de belangrijkste vragen in de klinische psychologie: als je een cliënt binnenkrijgt, hoe kun je op individueel niveau voorspellen welke therapie het beste werkt? In de rubriek 'Inspiratie' verhaalt hij enthousiast over een nieuwe methode van een Amerikaanse collega waarmee op grond van iemands persoonlijke kenmerken een voorspelling kan worden gedaan welke therapie het beste zal werken.

De klinische blik zal bij het Jungiaans Instituut vermoedelijk vooral op het onbewuste van een persoon zijn gericht. In 'Ieder Mens Doet Aan Psychologie' vertelt directeur Els Kleijn dat men zich bij deze Academie voor Dieptepsychologie met de hele mens - inclusief de ziel - bezighoudt. 'Hoe verder de therapeut is in zijn ontwikkeling, hoe verder de cliënt kan komen. Een cliënt kan nooit verder komen dan een therapeut is,' stelt zij onder meer.

Over die claim ga ik eens nadenken als ik straks voor de zoveelste keer mosselen met chorizo en rode wijn ga maken, mijn favoriete recept van Huibers. Volgens mijn eigen klinische blik én dialogische zelf heeft dat op mij, al is het voor even, altijd een heilzame werking gehad.

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

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. Tel. 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).



FMRI-ONDERZOEK ONDER DE LOEP

METEN = NIET ALTIJD WETEN

Zweedse onderzoekers trekken conclusies van veel fMRI-onderzoek in twijfel. De gebruikte software is volgens hen ondeugdelijk.

Hersenonderzoekers maken al enkele decennia gebruik van fMRI-scans, die hersenactiviteit zichtbaar maken. Daaruit volgden onder meer conclusies over spraakherkenning, psychopathie en samenhang in de activiteit van verschillende hersengebieden.

Onderzoekers aan de Linköping Universiteit trekken nu een groot deel van die conclusies in twijfel. Zij stelden vast dat de meest gebruikte software in

het fMRI-onderzoek – SPM, FSL en AFNI – vaak een vals-positief resultaat oplevert. Ze baseren die conclusie op een onderzoek met hersendata van 499 gezonde mensen in rust. Als we daaruit *at random* kleine groepjes selecteren, wat is dan steeds het groeps-gemiddelde in hersenactiviteit, was de vraag die de onderzoekers zich stelden. Dat testten ze drie miljoen keer. Terwijl het om mensen in rust ging en er dus geen activiteit gemeten zou moeten worden, bleek de software dat in zeventig procent van de gevallen wél te doen. De Zweden schrijven dit toe aan het feit dat

de statistische methoden bij fMRI gevalideerd zijn met behulp van simulaties en die achten ze niet solide.

Om conclusies op basis van fMRI-onderzoek te verbeteren, pleiten ze voor het actiever online delen van statistische data. Dat zou moeten bijdragen aan een betere validering van statistische methoden die hersenonderzoekers gebruiken. (EdJ)

Bron: Eklund, A. et al. (2016). Cluster failure: Why fMRI inferences for spatial extent have inflated false-positive rates. *Proceedings of the National Academy of Sciences* (juli 12). doi: 10.1073/pnas.1602413113

OOG VOOR NEGATIEVE GEVOLGEN VAN THERAPIE VAN DE REGEN IN DE DRUP

Kunnen psychologische behandelingen ook negatieve gevolgen hebben? Nou en of, stelt een groep Zweedse wetenschappers.

Wie wil weten wat het effect is van een bepaalde therapie, komt in de literatuur vrijwel altijd positieve resultaten tegen. Onderzoekers willen weten hoeveel cliënten er dankzij de behandeling significant op vooruitgaan, dat is wat telt. Naar negatieve effecten kijken ze niet.

Onterecht, vinden vijf Zweedse gedragswetenschappers, want symptomen kunnen ook verergeren. Daarnaast kunnen cliënten zich gestigmatiseerd voelen, afhankelijk worden van de therapeut en/of nieuwe klachten ontwikkelen – om een paar voorbeelden

te noemen. Bestaande instrumenten om zulke negatieve effecten in kaart te brengen laten allerlei gebreken zien.

Hoog tijd dus voor een nieuwe vragenlijst, de Negative Effects Questionnaire. De items voor deze vragenlijst werden ontwikkeld op basis van literatuur, zelfrapportage van cliënten en de inbreng van onderzoekers. Zo hoopten de auteurs tot een instrument te komen dat zowel een theoretische als empirische basis heeft. En dat therapeuten kan helpen vroegtijdig cliënten op te sporen die wellicht meer baat hebben bij een andere therapie.

De vragenlijst werd aan 653 ex-clieñten voorgelegd. Bijna de helft had last (gehad) van angststoornissen, maar ook depressie en een combinatie van angst

en depressie waren alom aanwezig (geweest).

Ruim een op de drie deelnemers gaf aan tijdens de therapie meer stress te hebben ervaren, meer angst, en meer nare herinneringen die zich opdrongen. Dat hun klachten tijdens de behandeling toenamen of dat ze nieuwe symptomen ontwikkelden, vonden de ex-clieñten zelf het vervelendst. Voor zulke negatieve effecten zouden therapeuten meer oog mogen hebben, vinden de onderzoekers. (ID)

Bron: Rozental A., et al. (2016). Negative effects of psychological treatments: an exploratory factor analysis of the Negative Effects Questionnaire for monitoring and reporting adverse and unwanted events. *PLoS ONE* 11(6): e0157503. doi:10.1371/journal.pone.0157503

SCHAP

ZELFDODING



MEER LICHT OP OORZAKEN RISKANT GEDRAG

PUBERHERSENEN EN EMOTIES

Bij emotiecontrole zijn twee hersencircuits betrokken. Mensen stappen in de puberteit van het ene over op het andere, aldus Nijmeegse onderzoekers.

Pubers vertonen geregeld risicovol gedrag. Wetenschappers schrijven dit toe aan heftige emoties en beperkte impulscontrole. Die conditie hangt samen met de toestand van de prefrontale cortex (PFC), het hersengebied dat betrokken is bij redeneren en beslissen en waarvan de voorkant bij volwassenen actief is bij de controle van emoties. Bij pubers is de PFC nog sterk in ontwikkeling.

Onderzoekers van de Nijmeegse Radboud Universiteit wilden meer inzicht in de invloed van de PFC op pubergedrag. Zij lieten 47 veertienjarigen op een

computerscherm foto's zien van blij en boze gezichten. Met een joystick moesten ze de blij gezichten naar zich toe halen en de boze wegduwen, of juist omgekeerd. De laatste, onnatuurlijke reactie vereist, aldus de onderzoekers, meer emotionele controle. Tijdens de taakuitvoering werden fMRI-scans gemaakt van de hersenactiviteit van alle deelnemers. Bovendien werd hun testosteronniveau gemeten.

Bij pubers met relatief veel testosteron bleek het voorste gedeelte van de PFC, als ze hun emoties moesten controleren, actiever dan bij tieners met een laag testosteron. Bij de laatste groep waren de amygdala en pulvinar, hersengebieden die betrokken zijn bij de verwerking van emoties, juist actiever.

De onderzoekers concluderen hieruit dat er twee hersencircuits betrokken zijn bij emotiecontrole en dat mensen in hun puberteit van het ene circuit overstappen op het andere. Die overgang zou meer licht kunnen werpen op riskant pubergedrag en op psychiatrische problemen die ontstaan tijdens de adolescentie. Een agressie- of angststoornis bijvoorbeeld, hangt mogelijk samen met een PFC die niet goed geïntegreerd is geraakt in het hersencircuit dat betrokken is bij het beheersen van emoties. (EdJ)

Bron: Tyborowska, A. et al. (2016). Testosterone during puberty shifts emotional control from pulvinar to anterior prefrontal cortex. *Journal of Neuroscience*, 36. doi: 10.1523/JNEUROSCI.3874-15.2016

BLOED, ZWEET EN ANGST

Bloeddonoren worden door middel van een persoonlijke oproepkaart uitgenodigd. Ongeveer de helft van alle donoren geeft hier geen gehoor aan. Uit het onderzoek van Anne Wevers blijkt dat donoren die een druk ervaren om bloed te geven minder vaak komen opdagen. Ze bekeek met twee interventiestudies of het opkomstgedrag van bloeddonoren kon worden beïnvloed. De eerste studie beoogde de opkomst van nieuwe donoren te stimuleren met beïnvloedingstechnieken zoals het creëren van commitment en het stimuleren van het inplannen van een donatie. Dit resulteerde in een toename van opkomstgedrag met 11,5 procent. In de tweede studie werden verschillende herinneringsmethodes en boodschappen getoetst om opkomstgedrag te beïnvloeden van donoren die al vaker hadden gedoneerd. Deze bleken geen effect te hebben. Het wisselende succes laat zien dat vervolgonderzoek nodig is om donorgedrag beter te begrijpen en eventueel te kunnen beïnvloeden.

Anne Wevers, *Bloed, zweet en angst: verklaren en beïnvloeden van opkomstgedrag van bloeddonoren*. Radboud Universiteit Nijmegen, 17 mei 2016. Promotoren: prof. dr. D.H.J. Wigboldus en prof. dr. R.B. van Baaren

EYETRACKING BIJ KINDEREN

Complexe visuele stoornissen met een neurologische oorzaak komen in toenemende mate voor bij kinderen met visuele beperkingen. Een vroege diagnose is van groot belang en daarom is er grote behoefte aan kwantitatieve en functionele methoden voor het meten van visuele verwerkingsfuncties bij kinderen. Het onderzoek van Marlou Kooiker wijst uit dat het meten met eyetracking apparatuur van visueel gestuurd kijkgedrag uitkomstmaten oplevert die geschikt zijn voor het eenduidig kwantificeren en opvolgen van visuele informatieverwerking en oogmotoriek in diverse groepen kinderen, ook bij jonge en verstandelijk beperkte kinderen. Gegeven de non-verbale metingen en de valide resultaten kan het meten van visueel gestuurd kijkgedrag door middel van eyetracking een waardevolle aanvulling zijn op conventionele visuele functieonderzoeken in de klinische praktijk.

Marlou Kooiker, *Visual information processing in children: an eye movement approach*. Erasmus Universiteit Rotterdam, 5 juli 2016. Promotor: prof. dr. J. van der Steen

SPORTERS EN SOCIALE VAARDIGHEDEN

Coaches zouden meer aandacht mogen schenken aan sociale vaardigheden van sporters. Dat blijkt uit het promotieonderzoek van Frank Jacobs. Volgens Jacobs is het cruciaal dat sporters naast het opdoen van fysieke, technische en tactische vaardigheden, ook leren omgaan met winst en verlies, de druk van presteren en competitiviteit. Deze positieve bijdrage die sport zou kunnen leveren aan de ontwikkeling van jongeren wordt ook door beleidsmakers erkend. Zij gaan ervan uit dat sportparticipatie bijdraagt aan het verminderen van asociaal gedrag onder jongeren.

Frank Jacobs, *Addressing and navigating the social domain in sport: Coaches and physical education teachers*. Universiteit Utrecht, 4 juli 2016. Promotoren: prof. dr. A.E. Knoppers en dr. I.E.C. Claringbould

Ioanna Katidioti, *Understanding and managing interruptions, How to avoid watching cat videos all day long*. Rijksuniversiteit Groningen, 24 juni 2016. Promotor: prof. dr. N. Taatgen

Marthe van der Donk, *Cognitive training for children with ADHD. Individual differences in training and transfer gains*. Universiteit van Amsterdam, 22 juni 2016. Promotoren: Prof. dr. D.A.V. van der Leij en prof. dr. R.J.L. Lindauer

Evelien Kostermans, *Risky decision making: It's all in the head*. Radboud Universiteit Nijmegen, 24 mei 2016. Promotor: prof. dr. H. Bekkering



WELLES! NIETES!

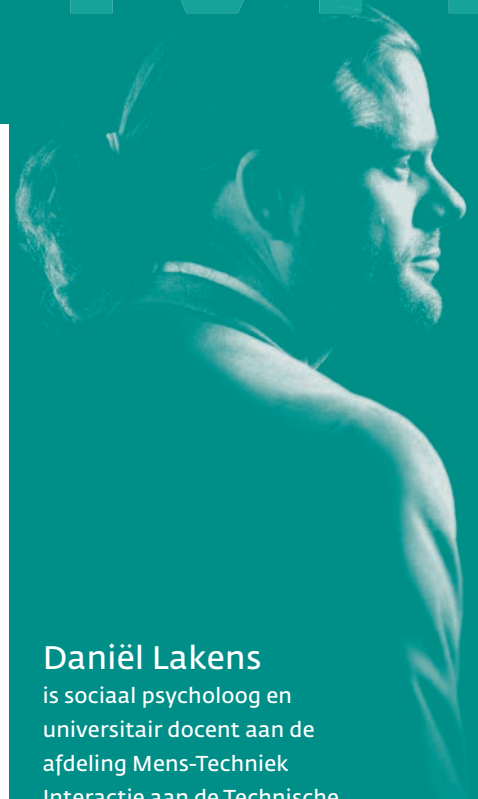
Tegenstellingen vormen de fundamenteën van menselijke cognitie. Charles Osgood reisde in de jaren vijftig de hele wereld over om te onderzoeken hoe gedachten betekenis krijgen, en kwam overal tot dezelfde conclusies. De betekenis van concepten ontstaat door ze te relateren aan drie dimensies van tegenpolen: Goed versus Slecht, Actief versus Passief, en Sterk versus Zwak. Tegenstellingen kunnen helpen om op efficiënte manieren over onderwerpen na te denken. Of het nu gaat over politiek, religie of Zwarte Piet, cognitief versimpelen we de discussie tot een set van tegenstellingen. De perfecte situatie om verschillende standpunten enorm betekenisvol te maken.

We hebben maar weinig nodig om tegenstellingen als betekenisvol te zien. Tajfel en zijn collega's lieten zien dat zeer oppervlakkige verschillen (of je van schilderijen van Klee of Kandinsky houdt) al kunnen leiden tot identificatie met, en competitie tussen, twee groepen. Ze noemen dit het 'minimale groepenparadigma'. Als mensen denken dat ze zelf van Klee houden, zullen ze andere Klee-liefhebbers bevoordelen ten koste van Kandinsky-liefhebbers.

De polarisatie tussen groepen met verschillende standpunten lijkt toe te nemen in onze samenleving. In Engeland liepen de gemoederen hoog op tijdens het Brexit-referendum, en nu zien we een even sterke polarisering in de aanloop naar de Amerikaanse verkiezingen. Door het tweepartijstelsel zijn de tegenpolen duidelijk. Er is weinig voor nodig om onze cognitieve mechanismen in gang te zetten. De verschillen worden extremer, en ze voelen betekenisvoller.

De vraag hoe we polarisatie kunnen voorkomen lijkt mij in onze huidige samenleving het onderzoeken waard. In een experiment dat mij zeer aanspreekt gebruikten Hartstone en Augoustinos (1995)² een simpele variant van het minimale groepenparadigma: in plaats van mensen in twee groepen in te delen, maakten ze drie groepen. Opeens kunnen onze simpele cognitieve mechanismen die tegenstellingen willen creëren tussen twee tegenpolen hun werk niet meer doen. De mensen die in drie groepen werden ingedeeld, bevoordeelden hun eigen groepsgenoten niet meer, zoals dat wel gebeurde wanneer mensen in twee groepen werden ingedeeld. Zo simpel bleek het denken in tegenstellingen te doorbreken.

Na gezien te hebben hoe mensen in de hele wereld denken in tegenstellingen, probeerde Charles Osgood als adviseur voor de Amerikaanse overheid tijdens de Koude Oorlog om de polarisatie tussen Amerika en de USSR te verminderen. Een nobel streven. Als ik zo om me heen kijk, kunnen we de komende jaren nog wel meer psychologen gebruiken die de toenemende polarisering een halt proberen toe te roepen. Al zullen er ongetwijfeld mensen zijn die dit nu lezen en het sterk met me oneens zijn.



Daniël Lakens

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

E-mail: lakens@gmail.com

1 Tajfel, H., Billig, M. G., Bundy, R. P. & Flament, C. (1971). Social categorization and intergroup behaviour. *European journal of social psychology*, 1(2), 149-178.

2 Hartstone, M. & Augoustinos, M. (1995). The minimal group paradigm: Categorization into two versus three groups. *European Journal of Social Psychology*, 25(2), 179-193. <http://doi.org/10.1002/ejsp.2420250205>

De spanningsvelden in de samenleving nemen toe. Ook binnen het zelf van de individuele persoon neemt de spanning toe. Hubert Hermans en Rens van Loon laten zien hoe de Dialogical Self Theory deze spanningen zichtbaar maakt en reguleert. De theorie biedt methoden om multiculturele identiteiten, leiderschap en de ordening van het zelf te onderzoeken en ontwikkelen. 'Een ik-positie weerspiegelt de wijze waarop iemand zich plaatst of opstelt ten opzichte van iets of iemand anders.'

DE MEERWAARDE VAN MEERSTEMMIGHEID

DIALOGICAL SELF
IN ACTIE

Spanningsvelden in het maatschappelijk leven zijn alomtegenwoordig. Denk aan spanningsvelden tussen:

- economie en ecologie in een situatie van uitputting van grondstoffen;
- traditie en innovatie als gevolg van een stroom van technologische vernieuwingen;
- politieke partijen in verval en de opkomst van de mondige en digitaal actieve burger;
- nationale identiteit en de globaliserende samenleving;
- een groeiend individualisme en de noodzaak van participierend burgerschap;
- privacy en openbaarheid;
- de komst van vluchtelingen en delen van de samenleving die zich daardoor bedreigd voelen;
- aanwezigheid in de publieke ruimte en de angst voor terrorisme;
- uitwassen in de financiële sector en het gevoel van onmacht om daarin corrigerend op te treden.

In nauwe samenhang met maatschappelijke ontwikkelingen ontstaan er ook spanningsvelden binnen het individu. Denk aan spanningsvelden tussen:

- moederschap en werknemerschap in een geëmancipeerde samenleving;

- de drang om een kosmopoliet te zijn met gelijktijdig behoud van lokale identiteit;
- de behoefte om constant online te zijn en de tijd en rust nemen om op jezelf te zijn;
- de verleiding om producten aan te schaffen tegen gereduceerde prijzen en het besef dat ethisch verantwoord koopgedrag vereist is;
- het volgen van het advies van de huisarts en het ontdekken van de nieuwste medische inzichten zoals gepresenteerd op internet.

Denk verder aan de politicus die op het wereldtoneel moet laveren tussen meerdere elkaar uitsluitende loyaliteiten. Aan de rechter die de spanning voelt tussen het zo objectief mogelijk handhaven van de wet en meegaan met de politieke waan van de dag. En aan de manager die leiding wil geven en knopen wil doorhakken en tegelijkertijd de stem van medewerkers serieus wil nemen.

In hun combinatie en heterogeniteit plaatsen de voorbeelden het individu in een breder veld van mogelijkheden die meerdere gedragsrichtingen toelaten, maar die ten opzichte van elkaar geladen zijn met spanningen. Keuzen zijn niet voorgegeven en ook niet (meer) van bovenaf bepaald. Ze doen een beroep op iemands identiteit en zelforganisatie. In hun aantal en diversiteit leiden ze tot de vraag: wie ben ik?

Waar sta ik? Hoe ga ik om met anderen? Hoe verhoud ik me ten opzichte van mezelf? Welke stem laat ik horen in de kakofonie van geluiden om mij heen?

Met deze vragen raken we de kern en toegevoegde waarde van de Dialogical Self Theorie (Hermans & Hermans-Konopka, 2010). In deze benadering wordt het zelf opgevat als een open systeem van ik-posities die verbonden zijn met de ik-posities van anderen. Anders dan een 'categorie' of 'eigenschap' weerspiegelt een ik-positie de wijze waarop iemand zich plaatst of opstelt ten opzichte van iets of iemand anders (bijv. ik als kritisch ten opzichte van mensen die mij autoritair benaderen). In overeenstemming met het concept van de 'extended self' van James (1890) worden personen en groepen uit de omgeving, die benoemd worden als 'mijn' (bijv. mijn vader, mijn kinderen, mijn tegenstander), gezien als delen van het externe domein van het zelf. De theorie biedt een alternatief voor benaderingen in de psychologie die het zelf beschouwen als een in zichzelf besloten container.

Wat wordt hiermee bedoeld? In een psychologische en cultuurkritische beschouwing van het ideale zelf in de westerse samenleving merkte Sampson (1985) op dat deze zelfopvatting gekenmerkt wordt door (a) een scherpe scheiding tussen zelf en niet-zelf (b) de ander als afgescheiden van het zelf; en (c) het streven van het zelf om de omgeving te beheersen en onder controle te houden.

Soortgelijke geluiden kwamen uit de hoek van de sociologie. Zo bekritiseerde Callero (2003) mainstream-concepten in de psychologie van het zelf zoals 'self-enhancement', 'self-monitoring', 'self-efficacy', 'self-presentation' en 'self-control'. In deze mainstream-onderzoekstradities wordt het zelf benaderd als een 'entiteit op zichzelf', los van de sociale en maatschappelijke verhoudingen waarin het is ingebed. In Callero's woorden: '...The self that is socially constructed is never a bounded quality of the individual or simple expression of psychological characteristics; it is a fundamentally social phenomenon, where concepts, images, and understandings are deeply determined by relations of power. When these principles are ignored or rejected, the self is often conceptualized as a vessel for storing all the particulars of a person' (Callero, 2003, pag. 127).

Het in zichzelf besloten karakter van het westerse zelf is ook opgemerkt door de cultureel-antropoloog Geertz (1979, pag. 229) die het westerse zelf karakteriseerde als 'a bounded, unique, more or less integrated motivational and cognitive universe...organized into a distinctive whole and set contrastively against other such wholes and against a social and natural background'.

In deze bijdrage presenteren we een benadering die een meerwaarde heeft ten opzichte van bovengenoemde zelf-concepten. Deze ligt in een opvatting van het zelf als een persoonlijk én sociaal-maatschappelijk proces waarin de ander en de maatschappelijke verhoudingen niet worden gezien als louter 'externe determinanten', maar als factoren die *deel* uitmaken van de zelforganisatie van de persoon. We laten dit zien aan de hand van enige methodische toepassingen: het bepalen van culturele posities, de ontwikkeling van leiderschap en het creëren van een nieuwe ordening in het zelf. De centrale concepten van de theorie zullen in de loop van het artikel aan de orde komen en geïllustreerd worden aan de hand van praktische voorbeelden.

Keuzen zijn niet voorgegeven en ook niet (meer) van bovenaf bepaald

POSITIONERING OP HET RAAKVLAKE VAN CULTUREN

In een situatie van globalisering en grensoverschrijdende contacten tussen culturen met verschillende waardensystemen, zijn spanningsvelden onvermijdelijk. Geplaatst in dit spanningsveld slagen sommige individuen en groepen erin een passende identiteit te ontwikkelen.

Een voorbeeld is het onderzoek van Bhatia (2007) die de identiteit onderzocht van Indiërs, een van de snelst groeiende immigrantengroep in de Verenigde Staten. De deelnemers aan zijn onderzoek waren opgeleid als ingenieur, arts, wetenschapper of hoogleraar. Met behulp van participerende observatie en diepte-interviews stelde hij vast dat de meesten van hen zichzelf zagen als succesvolle leden van de Amerikaanse samenleving. Tegelijkertijd echter merkten zij, evenals hun kinderen op school, dat ze niet als 'echte' Amerikanen gezien werden. In de interviews benadrukten ze dat ze niet alleen anders waren dan de Amerikaanse meerderheid, maar tevens gelijk aan hen gezien hun verdiensten als professionals en hun succesvolle integratie in de samenleving. Zij leken tegelijkertijd hun positie ten opzichte van de meerderheidscultuur te accepteren én te verwerpen.

Hoe is dit mogelijk? In hun innerlijke dialogen waren ze geïnvolveerd in een 'double-voiced discourse' (Bhatia, 2007, pag. 158) tussen hun individuele stem en de stem van de dominerende meerderheid. Bhatia concludeerde dat het voor zijn respondenten niet noodzakelijk was om de conflicterende posities te vervangen door harmoniserende. Klaarblijkelijk vormen de contradictoire posities een meerstemmige combinatie ('ik word gediscrimineerd *maar* ik ben even goed als zij') die behulpzaam is als antwoord op het aanwezige spanningsveld. Tussen de twee stemmen ontstaat een ruimte die een interne dialoog toelaat. Door deze dialoog polariseert de tegenstelling niet maar transformeert zich naar een combinatie van ik-posities die een adequaat antwoord geeft op een problematische situatie (Zie voor soortgelijke bevindingen een onderzoek naar immigranten in Ierland van O'Sullivan-Lago & De Abreu (2010)).

Het is echter niet vanzelfsprekend dat een adequaat antwoord gevonden wordt in een spanningsveld van tegenstrijdige posities. Als er in het meerstemmige zelf geen ruimte is voor een coherentie-bevorderende dialoog, dan ligt identiteitsverwarring en fragmentatie op de loer. Dit wordt geïllustreerd door een onderzoek door cultureel-antropoloog Van Meijl (2012) naar de immigratiestroom van het Pacificgebied naar Nieuw Zeeland. Geconfronteerd met een beperkt vooruitzicht op economische groei en het effect van klimaatverandering, zoeken bewoners van eilanden als Samoa en Tonga hun geluk elders. Eenmaal gearriveerd in Nieuw Zeeland komen vooral jongeren terecht in een situatie van meervoudige identificatie. Ze vereenzelvigen zich met twee culturen die verschillende waarden en normen met zich meebrengen. Verwarring ontstaat als hun Samoaanse identiteit op de proef wordt gesteld door leden van in Samoa geboren en in Nieuw-Zeeland woonachtige leden van hun 'extended family', terwijl ze tegelijkertijd onder invloed komen van Nieuw-Zeelanders van Europese afkomst. Ze voelen zich onveilig en ervaren een gebrek aan controle als ze merken dat hun nieuwe omgeving sociale en culturele attitudes vraagt die conflicteren met hun Samoaanse identiteit. Van Meijl laat zien dat hun zelf gespleten raakt tussen twee culturele posities (ik als afkomstig uit Samoa en ik Nieuw-Zeeland), met identiteitsverwarring als resultaat.

Een spanningsveld tussen culturele posities kan leiden tot een nieuwe meervoudige en aangepaste identiteit (Bhatia's onderzoek) maar ook tot identiteitsverwarring (Van Meijl's onderzoek). Voor eenzelfde conclusie zie het literatuuroverzicht van Arnett (2002) betreffende de relatie tussen globale en lokale identiteiten bij jong volwassenen en het

literatuuronderzoek van Hermans (2015) naar de relatie tussen cultuur en individuele ontwikkeling in het kader van globalisering en lokalisering.

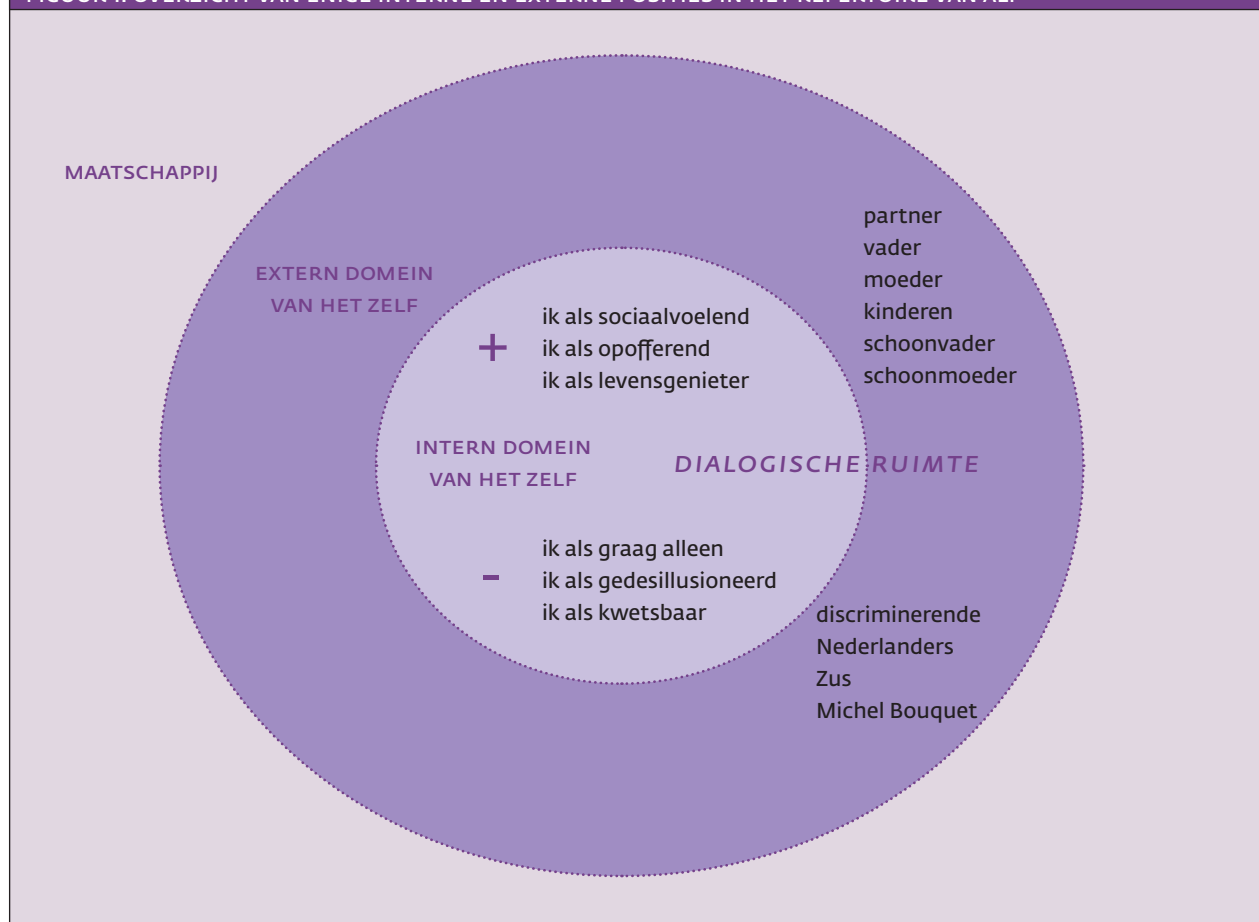
DE CONSTRUCTIE VAN EEN PERSOONLIJK POSITIE-REPERTOIRE

Als mensen zich bevinden op het raakvlak van culturen, rijst de vraag hoe de posities die ze daarbij innemen zich tot elkaar verhouden. Om dit te onderzoeken, is de Persoonlijk Positie Repertoire (PPR)-methode (Hermans, 2001) ontwikkeld die laat zien hoe individuele posities geordend worden. We illustreren de methode aan de hand van een casus.

Het voorbeeld (zie Figuur 1) is van Ali, een 45-jarige in Marokko geboren en getogen man die gehuwd is met een Nederlandse vrouw en op het moment van onderzoek werkzaam was in een Nederlands bedrijf. Hij betitelde zichzelf als Nederlander en maakte de indruk positief in de maatschappij te staan. Als deel van de methode werd hem een lijst voorgelegd met een grotere reeks ik-posities (bijv. ik als man, ik als kind van mijn ouders, ik als ambitieus, ik als kwetsbaar, ik als angstig) waaruit hij die posities kon kiezen waarvan hij vond dat ze op hem van toepassing waren. Bovendien kon hij door hemzelf aangedragen unieke posities toevoegen zodat het geheel zijn eigen persoonlijk karakter kreeg. In figuur 1 staan enige interne posities die zich bevinden in de binnenste cirkel. In de buitenste cirkel een aantal zogenaamde externe posities. Externe posities zijn verwijzingen naar belangrijke anderen of groepen van anderen in de sociale en maatschappelijke omgeving die als psychologische posities in de mini-maatschappij van het zelf zijn opgenomen en daarin, in nauwe samenhang met de interne posities, een constituerende rol spelen.

De ordening van Ali's repertoire laat zien hoe positief (boven in figuur 1) en negatief (onder in figuur 1) ervaren posities met elkaar contrasteren, zowel binnen het interne als externe domein. Het bijzondere van het voorbeeld is dat de ordening van zijn repertoire een in-group versus out-group-tegenstelling (Marokkanen tegenover Nederlanders) doorbreekt. Zijn eigen ouders (Marokkanen) bevinden zich in dezelfde positieve groep als de ouders (Nederlanders) van zijn partner. Vanuit zijn gevoel van loyaliteit houdt hij de twee families in zijn ervaring bij elkaar en verstevigt zo de relatie met zijn partner. In de negatief ervaren groep zien we iets soortgelijks. Daarin bevinden zich niet alleen discriminerende Nederlanders maar ook zijn eigen zus, die volgens hem en zijn vrouw, betiteld wordt als de 'heks van de familie'. Met deze complexe, grenzen-overstijgende persoonlijke

FIGUUR 1. OVERZICHT VAN ENIGE INTERNE EN EXTERNE POSITIES IN HET REPERTOIRE VAN ALI



ordering, vol spanningsvelden in de dialogische ruimte van het zelf, slaagt hij erin om een goede band te onderhouden met zijn partner en schoonouders.

De PPR-methode is verder ontwikkeld door König (2009) en König & Clarke (2016) die dialogische relaties onderzochten tussen culturele ik-posities van expats (bijv. ik als Nederlandse en ik als Engelse) die een tijd lang op verschillende plaatsen in het buitenland hebben gewoond. De onderzoekers nodigen hun respondenten uit om een uitspraak te doen vanuit de stem van een bepaalde culturele positie, vervolgens een uitspraak te doen vanuit een andere culturele positie en ten slotte de eerste uitspraak te herzien in het licht van de uitspraak van de tweede positie. Vanuit haar Engelse positie zei een van de respondenten: 'Als Engelse voel ik me thuis in Engeland'. Vanuit haar Nederlandse positie zei ze: 'Als Nederlander voel ik me soms boos omdat ik denk en voel dat ze me nog steeds niet begrijpen en

accepteren'. In het licht van de tweede uitspraak herformuleerde ze haar eerste uitspraak als volgt: 'Als Engelse wil ik degene zijn die ik werkelijk ben. Ik wil gewoon de stuntelaar zijn die ik ben en dat iedereen dat accepteert'.

Het voordeel van dergelijke dialogische bewegingen is dat de verschillende culturele posities van elkaar kunnen leren en dat hun verschillen verhelderd worden. Bovendien kan de ene positie langs dialogische weg betekenis toevoegen aan de andere. König (2009) vond aanwijzingen dat de derde uitspraak bij de meeste van haar respondenten, in hun eigen beleving, meer innoverende elementen bevatte dan de twee voorafgaande uitspraken.

BELICHTING VANUIT DE DIALOGICAL SELF THEORY De dialogical self wordt gedefinieerd als een dynamische veelheid van ik-posities in het landschap van de psyche, verbonden als deze is met de wereld van anderen (Hermans & Hermans-

Konopka, 2010). Een ik-positie is te zien als de neerslag van een proces van positionering en tegen-positionering: 'Ik plaats me ten opzichte van de wereld op een bepaalde manier en de wereld geeft daarop, in mijn verbeelding of in werkelijkheid, een antwoord.'

In overeenstemming met de literatuurwetenschapper Bakhtin (1984) wordt de ander opgevat als een 'ander ik', ofwel een ander subject dat in staat is om een antwoord te geven in dialogische relaties. In Ali's voorbeeld fungeren 'ik als opofferend' en 'mijn vader' als positie en tegen-positie in zijn zelf. Terwijl dit voor hem een zeer bevredigende relatie is, is de relatie tussen Michel Bouquet (een Frans acteur met wiens politieke denkbeelden hij het grondig oneens is) en 'ik als gedesillusioneerde' geladen met een sterke negatief getinte spanning. Terwijl de relatie met zijn vader in het teken staat van 'eens zijn' wordt zijn relatie met Michel Bouquet gekenmerkt door 'oneens zijn'. Volgens Bakhtin zijn eens zijn en oneens zijn, evenals vraag en antwoord, fundamenteel dialogische relaties. Als 'stemhebbend' kunnen ik-posities relaties met elkaar onderhouden en boodschappen met elkaar uitwisselen.

In het voorbeeld van Ali, zoals gegeven in figuur 1, zijn wel de posities gegeven maar nog niet de aard van de relaties ertussen. Deze relaties zullen wel beschreven worden bij de twee methoden die nu volgen: het stimuleren van dialogisch leiderschap en het reorganiseren van het positie-repertoire.

DIALOGISCH LEIDERSCHAP EN HET CREËREN VAN EEN DERDE POSITIE

In hun studie naar leiderschap stellen Van Loon & Van den Berg (2016) dat dialogisch leiderschap mensen helpt om beter leiding te geven aan anderen door beter leiding te geven aan zichzelf. Hoe leiders zich positioneren ten opzichte van anderen wordt gevoed door het positie-repertoire dat zij in zichzelf ontdekken en ontwikkelen.

Leiderschap in deze tijd vraagt om een breed positie-repertoire waarbij de leider in staat is om in een diversiteit van situaties flexibel te bewegen van de ene naar de andere positie. De complexiteit van huidige organisaties vereist van leiders dat zij in staat zijn om zich op te stellen als ondernemer (richting geven aan de organisatie), als manager (dingen gedaan krijgen), als coach (anderen steunen in hun ontwik-

keling), als expert (kennis en vaardigheden met betrekking tot een voor de organisatie relevante professie) en als 'change leader' (leiding geven aan veranderingen in de organisatie en cultuur van het bedrijf). Onze ervaring is dat leiders vaak spanningen ervaren tussen deze ik-posities omdat ze verschillende manieren van denken, voelen en handelen met zich meebrengen die tot rolverwarring kunnen leiden. Helderheid in de onderscheiding van posities en het vermogen op het juiste moment de juiste positie in te nemen zijn dan belangrijke vereisten. De Dialogical Self Theory stimuleert het samen brengen van verschillende posities in nieuwe combinaties. In de context van leiderschap noemt Van Loon (2015) dit Dialogical Leadership.

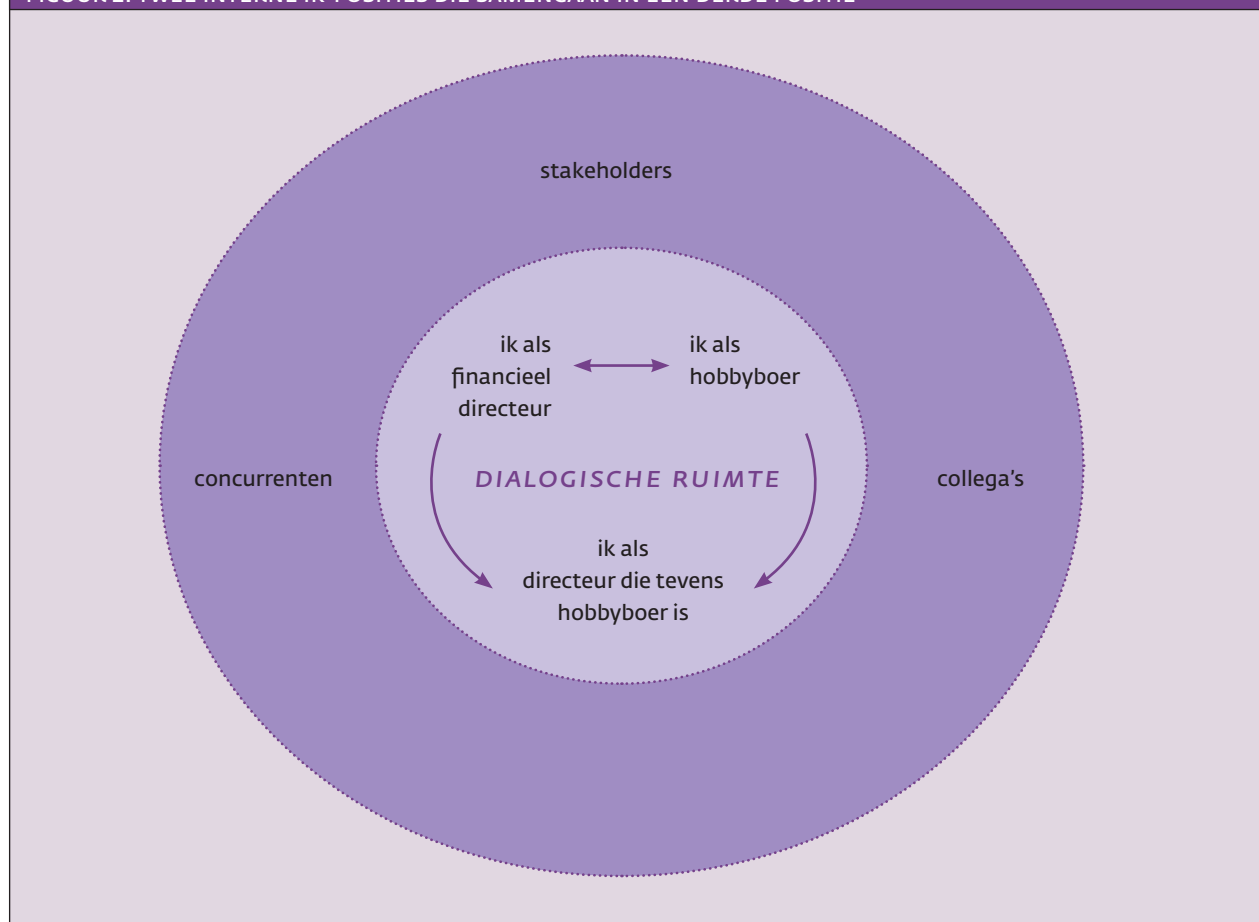
In hun verdere uitwerking van dialogisch leiderschap maken Van Loon & Van den Berg (2016) gebruik van een relevant onderscheid in de Dialogical Self Theory: tussen persoonlijke en sociale ik-posities. Terwijl sociale posities het karakter hebben van rollen (bijv. ik als ouder, leider, collega) die onderworpen zijn aan maatschappelijke verwachtingen en gedragsdefinities, ligt de vormgeving van persoonlijke posities (bijv. ik als dromer, vrijbouter, liefhebber van muziek van Beethoven) meer

binnen het bereik van individuele zelforganisatie. De auteurs betogen dat het bij elkaar brengen van beide soorten posities in een nieuwe combinatie bijdraagt aan de vormgeving van persoonlijk leiderschap. Daarin kunnen beide 'samenwerkende' posities van elkaar profiteren bij het zoeken naar een derde (nieuwe) ik-positie. Deze combinatie wordt door de auteurs geïllustreerd aan de hand van een casus.

Peter, een ongeveer 45-jarige man, is een succesvolle financieel directeur in een Nederlands bedrijf met een grote reputatie. In een reeks coachinggesprekken met de tweede auteur van dit artikel beschrijft hij zichzelf als 'ongeduldig' en 'impulsief'. Collega's zien hem als zeer zelfverzekerd en zelfs als arrogant. Hij maakt de indruk dat hij alles beter weet en wordt daarom als onvoldoende motiverend gezien. In de coachinggesprekken blijkt dat Peter leeft in twee zeer verschillende 'werelden'. Als financieel directeur stelt hij zich primair op als ondernemer en maakt effectief gebruik van zijn analytisch vermogen en zijn talent om bedrijven op te kopen om zo een sterkere portfolio op te bouwen voor zijn onderneming. De schaduwzijde van zijn permanente drive is

*Welke stem
laat ik horen in
de kakofonie van
geluiden om
mij heen?*

FIGUUR 2. TWEE INTERNE IK-POSITIES DIE SAMENGAAN IN EEN DERDE POSITIE



dat hij altijd onderweg is, gestresseerd is en niet ontspannen. In zijn vrije tijd leeft hij in een andere wereld, zijn boerderij waar hij zich ontspannen en verbonden voelt met zijn familieleden en de natuur. In de gesprekken blijkt dat zijn positie als financieel directeur en als hobbyboer niet alleen heel verschillende werelden voor hem zijn, maar ook volledig ontoegankelijk voor elkaar.

In de loop van het coachingstraject komen Peter en coach op een punt dat het idee rijst om het rustgevend aspect van zijn ik-positie als hobbyboer over te brengen naar zijn ik-positie als directeur. Tussen de twee posities ontstaat een dialogische ruimte waarin hun stemmen met elkaar in contact komen en perspectieven worden uitgewisseld. Deze ruimte biedt plaats voor de constructie van een derde positie: de 'ik als directeur die tevens hobbyboer is' waarin de twee oorspronkelijke posities samengaan in een nieuwe combinatie (zie figuur 2). Hoewel dit voor een ander vanzelfsprekend

moge lijken, voor de persoon zelf waren deze ik-posities volledig van elkaar gescheiden. Vanuit deze derde positie ging de cliënt als vanzelf op een meer ontspannen manier om met medewerkers en stelde hij zich meer open voor de ideeën van collega's. We gaan ervan uit dat zo'n derde positie meer is dan de som of loutere samenvoeging van de twee afzonderlijke componenten. Naar analogie van een vruchtbare samenwerking waar iets nieuws ontstaat *tussen* interacterende personen, kunnen ook ik-posities samen iets nieuws creëren dat tevoren niet aanwezig was.

Vanuit methodisch standpunt rijst de vraag hoe zo'n derde positie tot stand komt. Onze ervaring is dat dit het best kan gebeuren door posities in het repertoire op te sporen die tegengesteld zijn aan elkaar (bijv. open tegenover gesloten of formeel tegenover empathisch) en vervolgens naar situaties te zoeken waarin deze tegenstellingen gecombineerd kunnen worden en elkaar bevruchten. Daarbij is het van

belang dat de cliënt de gelegenheid neemt om dergelijke coalities van posities in de praktijk uit te proberen om te zien of het 'werkt' en wat de invloed is op andere posities die deel uitmaken van het zelf-systeem. De praktijk laat zien dat ik-posities vaak een 'eigen leven' leiden als deel van een breed en onoverzichtelijk repertoire zonder dat betrokkene op het idee komt dat er potentieel vruchtbare combinatiemogelijkheden zijn.

Het gegeven voorbeeld illustreert hoe de motivatie van twee posities die gescheiden, tegengesteld of zelfs conflicterend zijn in een integrerende derde positie bij elkaar gebracht kunnen worden. Op deze wijze kan de werking van de ene positie overvloeien naar de andere. Zo'n persoonlijke reorganisatie heeft het voordeel dat de motiverende krachten die al aanwezig zijn in iemands privé-domein een constructieve rol kunnen spelen bij de vormgeving van persoonlijk en meerstemmig leiderschap in een organisatie. Deze motivatie vloeit over van het ene domein naar het andere zonder dat de persoon het gevoel heeft tegen zichzelf te moeten ingaan.

Dit brengt ons bij het beschrijven van een derde methode die eveneens, langs een andere weg, ingezet kan worden voor het reorganiseren van het positie-repertoire.

COMPOSITIE EN HERSTRUCTURING

De compositiemethode (Hermans & Konopka, 2010) is ontworpen om de inhoud en organisatie van het positie-repertoire te onderzoeken en de verdere ontwikkeling ervan te stimuleren. De methode is ontstaan uit een combinatie van de Dialogical Self Theory en de ideeënrijkdom die ten grondslag ligt aan Japanse tuinen. Deze tuinen worden soms beschreven als 'mindscapes' (Nitschke, 1999), een opvatting die mooi aansluit bij de omschrijving van de dialogical self als een innerlijk landschap van ik-posities. Sommigen van deze tuinen, zoals Ryoan-ji en de 'Garden of Eight phases' in de Tofuku-ji tempel te Kyoto, kunnen gezien worden als symboliserings van basale dimensies van het zelf zoals de relatie tussen eenheid en veelheid. Ze representeren ook innerlijke tegenstellingen en conflicten en het zoeken en vinden van een richting in de ontwikkeling van het zelf.

De kern van de methode bestaat uit het maken van een compositie waarbij ik-posities gesymboliseerd worden door stenen die variëren in vorm, kleur, gewicht, structuur, helderheid en doorzichtigheid. Elke steen die door de cliënt wordt geselecteerd uit een grotere pool van stenen symboliseert, door de visuele, en tactiele eigenschappen ervan, de specifieke aard van een ik-positie. Daarbij is de cliënt vrij om

de compositie zo te maken dat deze past bij het beeld dat hij of zij heeft van zichzelf. De cliënt is vrij om de afstand tussen de stenen te variëren, ze samen te brengen in groepen, sommige ervan centraal te plaatsen en andere decentraal. Door het combineren van talige en sensorische elementen beoogt de methode niet alleen een beroep te doen op de overwegend linguïstische en analytische linker hersenhelft maar ook op het meer affectieve, preverbaal en lichamelijke potentieel van de rechter hersenhelft (McGilchrist, 2009; Schore, 2012).

Om de werking van de methode te illustreren, verwijzen we hier naar twee composities van een cliënt (figuur 3 en 4). De eerste maakte hij in een periode waarin zijn zelforganisatie in het teken stond van algehele vermoeidheid, de tweede in een fase waarin hij erin slaagde nieuwe energie in zichzelf aan te boren. De cliënt, hier Steven (53) genoemd, werkte op het moment van onderzoek als directeur in een groot bedrijf. Hij deed het onderzoek in een periode van sterke onvrede met zijn werksituatie en toenemende vermoeidheidsklachten (Konopka & Van Beers, 2016).

Zoals de eerste compositie (figuur 3) laat zien, bevindt de maatschappelijke positie 'directeur' zich te midden van een aantal persoonlijke posities die negatief zijn getint (bijv. ik als onrustig vermoeid, ik als angstig, ik als grenzeloos). Tegelijkertijd bevindt zich links in de compositie een groep positief klinkende posities (bijv. ik als avontuurlijk, ik als creatief, ik als vertrouwend) die echter ver verwijderd zijn van zijn positie als directeur. Zijn rol als directeur stond kennelijk geheel los van zijn meest constructieve en creatieve persoonlijke kwaliteiten.

Dialogisch leiderschap helpt mensen om beter leiding te geven aan anderen door beter leiding te geven aan zichzelf

Na dit onderzoek, dat hem een overzicht bood van zijn positie-repertoire en inzicht gaf in de problematische organisatie ervan, nam hij een opmerkelijk besluit. Hij had de moed om de opgedane inzichten te bespreken met het directieteam waarvan hij deel uitmaakte. Hij maakte daar

FIGUUR 3. EERSTE COMPOSITIE



duidelijk welke activiteiten hem energie gaven en welke niet. Hij opperde dat zowel zijn bedrijf als hijzelf meer gebaat zouden zijn als zijn werk meer van zijn creativiteit zou vergen. Hij stelde een wijziging van zijn takenpakket voor. Het team stemde in met zijn voorstel.

Vier weken na het eerste onderzoek vond het tweede plaats. Zoals figuur 4 laat zien, zijn er aanzienlijke veranderingen in zijn compositie. De directeurspositie ligt nu te midden van een groep positieve posities, zoals 'ik als open', 'ik als grenzen stellend' en 'ik als creatief'. De negatieve posities zijn niet verdwenen, maar hebben een andere context gekregen. Terwijl hij in de eerste compositie nog sprak over 'ik als onrustig vermoeid', zien we in de tweede compositie dat 'ik als vermoeid' in de buurt ligt van 'ik als vredig'. Het gaat bij dit onderzoek niet zozeer om het tellen van positieve en negatieve posities maar eerder om de wijze waarop ze georganiseerd zijn. Het is de ordening die bepalend is voor de vereiste balans (zie ook zijn nieuwe positie 'ik in evenwicht')

Dit casusmateriaal kan tevens gebruikt worden om twee centrale concepten in de theorie te illustreren die betrekking hebben op de organisatie van het zelsysteem: meta-positie en promotor-positie. De reflectie over het zelf-systeem als geheel (zie de figuren 3 en 4) vindt plaats vanuit een meta-positie. Deze maakt het mogelijk om een 'helikopter-standpunt' in te nemen zodat overzicht van posities ontstaat en hun onderlinge relaties (bijv. als deel van een compositie) zichtbaar worden. Tevens stelt een meta-positie de cliënt in staat beslissingen te nemen op grond van het inzicht in de patronen die zich in de compositie aftekenen. (De compositie kan verder uitgebreid worden door het opnemen van externe posities verwijzend naar belangrijke anderen en groepen zodat hun relaties met interne posities onderzocht kunnen worden.)

Een *promotor-positie* speelt een centrale rol in het geven van een ontwikkelingsstimulus aan het zelsysteem als geheel. In de casus wordt deze positie vertegenwoordigd door 'ik als open' (zichtbaar gemaakt door een heldere en

FIGUUR 4. TWEEDE COMPOSITIE



transparante steen in figuur 4). Deze positie ligt bij het tweede onderzoek van Steven centraal en is door zijn nabijheid ten opzichte van zijn positie als directeur in staat deze in gunstige zin te beïnvloeden. Deze openheid motiveerde hem om zijn bevindingen met zijn team te bespreken. Een promotor-positie wordt gekenmerkt door een grote openheid naar de toekomst, oefent invloed uit op meerdere andere posities in het systeem en is zelfs in staat om in de loop van de tijd nieuwe posities te genereren. (Zie voor onderzoek naar de relatie tussen dialoog en openheid Oles & Puchalska-Wasył (2012) die de relatie onderzochten tussen interne dialoog en de 'Big Five' persoonlijkheidsdimensies en de hoogste correlaties vonden met de eigenschap 'openness to experience'.)

Waarom spelen de meta-positie en promotor-positie zo'n centrale rol in het zelf? Stel dat alle posities in het zelf-systeem los van elkaar opereren en een eigen ontwikkelingstraject volgen. Het systeem zou dan, zeker bij een toenemende veelheid van ik-posities, fragmenteren en geen zinvolle

samenhang meer laten zien. De meta-positie faciliteert het reflecteren over het systeem als geheel, nodig voor het stellen van langetermijndoelen en voor het bewust worden van de onderlinge samenhang van de diverse deelaspecten van het zelf. Promotor-posities hebben daarbij een kompasfunctie. Ze zijn vereist om te vermijden dat de ontwikkelingstrajecten van de afzonderlijke posities elk een eigen richting nemen; dat zou ten koste gaan van de oriëntatie en integratie van het zelf als geheel.

RELEVANTIE VOOR DE PRAKTIJK

Wat is de relevantie van deze benadering voor de psychologische praktijk? Zoals aan het begin geschetst, leven we in een samenleving met toenemende spanningsvelden die hun repercussies hebben voor de zelforganisatie van de individuele persoon. Het centrale concept 'ik-positie' maakt het mogelijk om een diversiteit van contrasterende en conflicterende zelf-aspecten bij elkaar te brengen en te overzien als behorende tot één integrerende subject-positie. Door zijn

brede toepasbaarheid maakt het concept 'ik-positie' het mogelijk om sociale en maatschappelijke rollen (bijv. ik als directeur, ik als ouder, ik als behorend tot een of meerdere culturen) te verbinden met persoonlijke attributies (bijv. ik als open, ik als inspirerend, ik als angstig, ik als boos). Op het raakvlak van sociale en persoonlijke posities liggen belangrijke kansen zowel voor het stimuleren van zelfreflectie 'in de volle breedte' alsook voor het aanboren van bronnen van motivatie die tot dusver verborgen liggen (zie het voorbeeld van Peter in figuur 2).

Daarbij fungeren de volgende vragen als richtlijnen voor de praktijk:

- Wat zijn voor jou belangrijke ik-posities en hoe zijn die verbonden met de posities van anderen in de samenleving?
- Als je die posities een stem zou geven, wat zeggen ze dan?
- Wat gebeurt er als je deze stemmen uitnodigt om met elkaar in dialoog te gaan?
- Hoe ziet het totale plaatje eruit als je een meta-positie inneemt en wat leer je daarvan?
- Welke posities zijn richtinggevend voor jouw ontwikkeling en die van anderen (promotor-posities)?

'Ik wil gewoon de stuntelaar zijn die ik ben en dat iedereen dat accepteert'

Deze vragen kunnen als richtlijnen fungeren voor praktijken op het gebied van arbeid, onderwijs, coaching en counseling en culturele relaties. Bij het beantwoorden van deze vragen is het goed te beseffen dat dialogische relaties, zowel binnen het zelf als in de samenleving, zich afspelen in de bredere context van machtsrelaties. Deze machtsrelaties zijn medebepalend voor de wijze waarop het zelf is georganiseerd (zie het voorbeeld van Ali in het spanningsveld van culturen).

De theorie is ook relevant in situaties waarin de persoon geconfronteerd wordt met, vaak overvloedige, categorisaties en typering die gehanteerd worden om iemand onder te brengen in een classificatiesysteem (bijv. dysfuncties, eigenschappen, diagnostische categorieën). Als deze classificaties, vaak gehanteerd door organisaties die deel zijn

van de machtsstructuur van de samenleving, terechtkomen in het zelf van de persoon en de subjectieve vorm aannemen van 'ik als autist', 'ik als ADHD-er' of 'ik als ongewenste vreemdeling' of van welke categorie dan ook, worden deze ingepast in en beantwoord door een zelf-systeem dat zich er slaafs mee conformeert, zich ertegen verzet of er zijn voordeel mee doet. In al deze gevallen rijst de vraag hoe de van buiten aangereikte categorisaties samenkomen in het zelf van de individuele persoon en daar een antwoord vinden in een proces van positionering en tegen-positionering. In het onderzoeken van hoe externe categorisaties worden ingepast in de vorm van ik-posities ligt een belangrijk toepassingsgebied van de gepresenteerde theorie en methoden. Daarmee wordt inhoud gegeven aan het verschil tussen container-zelf en het relationeel positioneren van het zelf.

KRITIEK In een editorial van een themanummer over 'dialoog en zelf' in *Theory & Psychology*, wees hoofdredacteur Henk Stam (2010) erop dat de gestage groei van het aantal publicaties rond het concept 'dialogical self' ook zijn schaduwkanten heeft. Allereerst kan de vraag gesteld worden of het concept 'dialogical self', als product van de intellectuele geschiedenis van de vorige eeuw, nog wel voldoende in overeenstemming is met de oorspronkelijke denkbeelden van de grondleggers, zoals Mead en Bakhtin. Mogelijk is er iets is ingeslopen van de individualistische kijk op het zelf die zo kenmerkend is voor ons huidige tijdsbestek.

Verder merkte Stam op dat de theorie breed genoeg is om zijn weg te vinden in allerlei velden (bijv. arbeid, onderwijs, coaching, counseling en cultuur), maar dat deze parallelle ontwikkelingen het risico met zich meebrengen dat onderzoekers en professionals niet hetzelfde bedoelen als ze concepten als 'dialoog' en 'dialogical self' in de mond nemen.

Ten slotte, de theorie zegt veel over wat er gezegd wordt, maar minder over wat niet gezegd wordt. Stam stelt daarbij de vraag of het onuitsprekbare, niet-verwoorde en niet-dialogische niet als dialectische tegenhanger moet fungeren voor alles wat plaatsvindt op het niveau van verwoording.

BESLUIT

Een grensoverschrijdende maatschappij die aan vele en snelle veranderingen onderhevig is, stelt hoge eisen aan de (re)organisatie van het zelfsysteem van het individu. In een maatschappij die individuele autonomie hoog in het vaandel heeft staan, ontstaan in toenemende mate spanningsvelden op het raakvlak tussen individu en samenleving die om een

Literatuur

- Arnett, J. (2002). The psychology of globalization. *American Psychologist*, 57, 774-783.
- Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostoevsky's poetics*. (C. Emerson, Ed. and Trans), Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Bhatia, S. (2007). *American Karma: Race, culture, and identity in the Indian diaspora*. New York: New York University Press.
- Callero, P.L. (2003). The sociology of the self. *Annual Review of Sociology*, 29, 115-133.
- Geertz, C. (1979). From the native's point of view: On the nature of anthropological understanding. In P. Rabinow & W.M. Sullivan (Eds.), *Interpretive social science* (pp. 225-241). Berkeley: University of California Press.
- Hermans, H.J.M. (2001). The construction of a personal position repertoire: Method and practice. *Culture and Psychology*, 7, 323-365.
- Hermans, H.J.M. (2015). Human development in today's globalizing world: Implications for self and identity. In: L. Arnett Jensen (Ed.), *The Oxford Handbook of Human Development and Culture* (pp. 28-42). Oxford, New York: Oxford University Press.
- Hermans, H.J.M. (Ed.) (2016). *Assessing and stimulating a dialogical self in groups, teams, cultures and organizations*. New York: Springer.
- Hermans, H.J.M. & Hermans-Konopka, A. (2010). *Dialogical Self Theory: Positioning and counter-positioning in a globalizing society*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- James, W. (1890). *The principles of psychology* (vol. 1). London: Macmillan.
- König, J. (2009). Moving experience: Dialogues between personal cultural positions. *Culture and Psychology*, 15, 97-119.
- König, J. & Clarke, K. (2016). Dialogical culture coaching. In: H.J.M. Hermans (Ed.), *Assessing and stimulating a dialogical self in groups, teams, cultures, and organizations*. New York: Springer.
- Konopka, A. & Van Beers, W. (2016). Compositionwork: A method for self-exploration and development. In: H.J.M. Hermans (Ed.), *Assessing and stimulating a dialogical self in group, team, culture, and organization*. New York: Springer.
- McGilchrist, I. (2009). *The master and his emissary: The divided brain and the making of the western world*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Nitschke, G. (1999). *Japanese gardens. Right angle and natural form*. Tokyo: Taschen.
- Oles, P.K. & Puchalska-Wasył, M. (2012). Dialogicality and personality traits. In H. J. M. Hermans & T. Gieser (Eds.), *Handbook of Dialogical Self Theory* (pp. 241-252). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- O'Sullivan-Lago, R. & de Abreu, G. (2010). Maintaining continuity in a cultural contact zone: Identification strategies in the dialogical self. *Culture & Psychology*, 16, 73-92.
- Sampson, E. (1985). The decentralization of identity: Toward a revised concept of personal and social order. *American Psychologist*, 11, 1203-1211.
- Stam, H.J. (2010). Self and dialogue: Introduction. *Theory & Psychology*, 20, 299-304.
- Van Loon, E.J.P. (2015). *Dialogical Leadership. Over grenzen*. PrismaPrint: Tilburg University.
- Van Loon, E.J.P. & Van den Berg, T. (2016). Dialogical leadership: The "Other" way to coach leaders. In: H.J.M. Hermans (Ed.), *Assessing and stimulating a dialogical self in group, team, culture, and organization*. New York: Springer.
- Van Meijl, T. (2012). Multiculturalism, multiple identification and the dialogical self: Shifting paradigms of personhood in sociocultural anthropology. In H.J.M. Hermans & T. Gieser (Eds.), *Handbook of Dialogical Self Theory* (pp. 98-114). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Schore, A. (2012). *The science of the art of psychotherapy*. New York: Norton.

persoonlijk antwoord vragen. In dit artikel hebben we enige theorie-geleide methoden geschetst die ervan uitgaan dat het zelf functioneert als een proces van positionering, tegen- en herpositionering. Dit proces opent de mogelijkheid van dialogische relaties tussen ik-posities die met elkaar in contact kunnen treden en elkaar beïnvloeden. De aard en kwaliteit van deze wederzijdse invloeden maken het verschil uit tussen 'gevaar' en 'kans', dat wil zeggen het gevaar van oplopende stress en de kans om constructief gebruik te maken van spanningsvelden in individu en samenleving.

OVER DE AUTEURS

Hubert Hermans is emeritus-hoogleraar Persoonlijkheidsleer aan de Radboud Universiteit. Hij is hoofdredacteur van het International Journal for Dialogical Science en mede-oprichter van de Dialogical Self Academy (www.hubherthermans.com). Rens van Loon is hoogleraar Dialogical Leadership aan de Universiteit Tilburg. Hij is werkzaam bij Deloitte Consulting en boardmember van de International Leadership Association (www.tilburguniversity.edu/webwijs/show/?uid=e.j.p.vanloon).

Summary

DIALOGICAL SELF THEORY IN ACTION: THE SURPLUS VALUE OF MULTIVOICEDNESS

H. HERMANS & R. van LOON

Contemporary border-crossing and globalizing society leads to the emergence of fields of tensions within the self of the individual person. Dialogical Self Theory is constructed to study the nature of these tensions in terms of a multiplicity of I-positions which have the potential to entertain dialogical relationships with each other. The theory has generated various methods for assessing and stimulating dialogue within the self. Three methods are discussed and illustrated with case material: (a) the Personal Position Repertoire (PPR) method for investigating the organization of cultural positions; (b) a method for assessing and stimulating dialogical leadership as a multi-voiced construction; and (c) a composition method which can be used for studying the organization of the position repertoire and stimulating its reorganization. Finally, some fields of application and some critical remarks about the presented theory are added.



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 **Els Kleijn, algemeen directeur Jungiaans Instituut, Academie voor Dieptepsychologie.**



DE MENS ALS IJSBERG

Bij het Jungiaans Instituut, Academie voor Dieptepsychologie, houdt men zich met 'de hele mens' bezig. Zo ook Els Kleijn. Aanvankelijk was ze er coördinator en werkte ze ernaast als therapeut in de dieptepsychologie, sinds kort is ze aangesteld als algemeen directeur. Het was voor haar een lange weg ernaartoe.

Aanvankelijk wilde Kleijn kinderarts worden. Maar dat viel tegen, ze vond dat de mens wel erg letterlijk ontleed werd, terwijl zij zich juist met de hele mens wilde bezighouden. Ze haakte definitief af toen ze in het tweede jaar ook nog de snijkamer in moest om in lichamen te

snijden. Van de weeromstuit is ze rechten gaan studeren.

Na haar afstuderen werkte ze een aantal jaar als jurist bij verschillende bedrijven. Toen ze kinderen kreeg, stopte ze met werken en ging vrijwilligerswerk doen. Ze werkte onder andere in een hospice. Na de cursus Praktische Psychologie bij de NTI (onderwijsinstelling, red.) die ze uit interesse volgde, wilde ze verder. Even overwoog ze een universitaire studie psychologie, maar het pure wetenschappelijke stond haar niet aan. 'Ik wilde meer praktisch aan de slag. Bovendien had ik toen al het idee dat er meer was dan het cognitieve, gedragsmatige deel,' zegt ze. 'Voor mijn gevoel lag

daar bij de studie psychologie te zwaar de nadruk op. Toevallig zag ik toen een advertentie van het Jungiaans Instituut – nou ja, we geloven niet in toeval, synchroniciteit noemen we dat.' (*Synchroniciteit is het idee dat twee gebeurtenissen die gelijktijdig gebeuren, een verband met elkaar kunnen hebben, zonder dat dit causaal hoeft te zijn, red.*)

Kleijn ging naar de introductiedag en de aangeboden opleiding was precies wat ze zocht. 'Alles wat ik die eerste dag hoorde en zag, sloot aan bij hoe ik onbewust altijd geweten heb hoe het werkt bij de mens. Vaak wordt bijvoorbeeld gedacht dat het bewustzijn alles aanstuurt en dat ons gedrag begint met bewust genomen



FOTO: LEONIE VAN DER LOCHT - HUIJBERS

De mens is een geheel en geen plakje uit de snijkamer

niet gebruikt, zegt Kleijn stellig – wellicht om een associatie met zweverigheid te voorkomen.

FREUD EN JUNG

Dieptepsychologie is gebaseerd op het gedachtegoed van de psychoanalytici Sigmund Freud en Carl Jung en stelt de hele mens – inclusief zijn ziel – centraal. Kleijn: 'Wij mensen zijn ons niet bewust van hoe we in elkaar zitten. Vergelijk het met een ijsberg: het grootste deel bevindt zich onder water, het is de bedoeling dat een groter deel daarvan boven water komt. Het waterpeil moet als het ware zakken. En als onbewuste kennis bewust wordt, leer je begrijpen waarom je doet wat je doet, waarom je reageert zoals je reageert en waar dat vandaan komt.'

Tijdens de therapie wordt naast bewustwording ook gewerkt aan verwerking en integratie, zodat storende symptomen, gevoelens en gedragingen echt verdwijnen en er een duurzaam effect wordt bereikt. Kleijn: 'Het moet niet alleen in het hoofd zitten, er moet ook een verbinding worden gelegd tussen de cognitie en de beleving.'

Bij dieptepsychologie wordt er niet alleen gepraat en er is geen divan meer, zoals er ooit wel bij Freud stond. Er staan gewoon twee stoelen tegenover elkaar. 'We werken ook met dromen, tekeningen en actieve imaginatie. En verder houdt de therapeut geen afstand, maar is hij nadrukkelijk onderdeel van het proces.' Hoe ziet dat eruit? 'Hij is onderdeel van de interactie, hij staat er niet buiten. Alleen dan ontstaat er ook echt wezenlijk contact tussen de therapeut en de cliënt.'

Het is belangrijk dat de therapeut ook zicht heeft op zichzelf en zelf door middel

van leeranalyse een integratieproces heeft doorlopen. Kleijn: 'Hoe verder de therapeut is in zijn ontwikkeling, hoe verder de cliënt kan komen. Een cliënt kan nooit verder komen dan een therapeut is.' Waarom niet? 'Op een gegeven moment houdt het op, dan is er geen aansluiting meer. Ook daarom moet de therapeut zich blijven ontwikkelen.'

GEEN PSYCHOLOOG

In de maatschappij ligt de nadruk volgens Kleijn te zwaar op protocollen, kostenbewustzijn, snelheid en meetbaarheid; bij dieptepsychologie staat de mens centraal. 'De slinger is te veel uitgeslagen naar de meetbaarheid. Niet dat die helemaal de andere kant op moet; het zou mooi zijn als we ergens in het midden uit kunnen komen. Want de mens is een geheel en geen plakje uit de snijkamer.'

Dieptepsychologie is het menselijke antwoord op de trend van meten=weten en kostenbewustzijn. Kleijn wil bewust geen 'gangbaar' psycholoog zijn omdat ze het belangrijk vindt dat de cliënt zicht krijgt op de persoonlijke thema's, vragen en conflicten die achter zijn of haar concrete klachten liggen. 'Niet het symptoom, maar de oorsprong van de klacht staat centraal. Ik wil de gangbare psychologie zeker ook niet bestrijden. De twee moeten juist naast elkaar bestaan, zodat de cliënt kan kiezen wat het best bij hem of haar past.'

En dieptepsychologie moet er zijn omdat psychologen te objectief proberen te zijn, besluit Kleijn. 'Maar de mens is voor een groot deel subjectief. Meer dan negentig procent van het gedrag van de mens is onbewust. Ook onze problemen komen daar vandaan.'

beslissingen. Maar de Jungiaanse dieptepsychologie gaat ervan uit dat bij verreweg het grootste deel van ons gedrag het bewustzijn geen enkele rol speelt.'

Aanvankelijk wilde ze alleen een cursus volgen voor haar persoonlijke ontwikkeling, maar ze kreeg het advies om de opleiding tot therapeut te gaan volgen. Ze moest er een paar weken over nadenken, maar besloot toen de vierjarige opleiding te gaan volgen. Het instituut is nog altijd gevestigd in een oud schoolgebouw in een buitenwijk van Nijmegen. De oude school met zijn granieten trappen en lokalen is nog herkenbaar. Het is wel aangekleed, veel muren hebben warme donkere kleuren, er hangt en staat veel kunst en overal staan boekenkasten. Bovendien lijkt het er naar wierook te ruiken. Maar dat kan niet, want dat wordt

AGNES SCHOLING OVER EFFECTIEVE PSYCHOTHERAPEUTEN

BETER DAN DE BUURVROUW

Hoe goed werkt psychotherapie? Dat ligt eraan wat er in de therapie gebeurt. Maar het ligt ook aan de therapeut, zegt Agnes Scholing. Wat maakt een goede therapeut effectief? En kunnen andere therapeuten dat ook leren? Onder andere daar wil ze onderzoek naar doen als bijzonder hoogleraar aan de Open Universiteit.

In de meeste onderzoeken naar de effectiviteit van psychotherapie wordt gekeken welke interventies effectief zijn en welke minder. Het onderzoeken van de effectiviteit van individuele therapeuten ligt veel gevoeliger, stelt Agnes Scholing. Het is amper onderzocht, terwijl menig een op het belang ervan wijst. 'Het is mogelijk dat er te veel energie wordt gestoken in onderzoek naar interventies, ten koste van onderzoek naar therapeuten,' zegt zij. Het weinige onderzoek dat er is gedaan naar de effectiviteit van (psycho)therapeuten, haalt ze aan in haar oratie *Over de psychotherapeut en de buurvrouw*¹. Ze hield die april dit jaar bij de aanvaarding van haar bijzondere leerstoel 'Psychotherapie in de context van wetenschap, werkveld en onderwijs' aan de Open Universiteit (ou). Uit het spaarzame onderzoek dat er

is, blijkt dat de verschillen tussen therapeuten groot kunnen zijn. In haar oratie haalt Scholing twee opvallende onderzoeken naar voren. McKay en collega's (2006) onderzochten negen psychiaters die een placebo of echt medicijn aan patiënten met een depressieve stoornis toedienden. Bij de psychiater die als beste behandelaar uit de bus kwam, verbeterden alle patiënten, of hij ze nu met een placebo behandelde of niet, terwijl bij de minst effectieve psychiater de patiënten gemiddeld verslechterden. Uit ander onderzoek (Okiishi et al., 2006) bleek dat patiënten bij de effectiefste therapeuten gemiddeld zes tot zeven sessies nodig hadden om te verbeteren, terwijl ze bij de minst effectieve behandelaar 94 sessies nodig hadden. Scholing wil weten wat effectieve psychotherapeuten goed doen. En of minder effectieve collega's via training beter kunnen worden.

¹ <http://tinyurl.com/zw7rroc>



Van het idee dat je de buurvrouw ook kunt inschakelen als je psychische problemen hebt, zoals minister Schippers een paar jaren geleden opperde en wat ook de Maastrichtse psychiater Jim van Os (initiatiefnemer van de *nieuwe ggz-beweging*, red.) af en toe zegt, wordt Scholing een beetje narrig. 'Natuurlijk kan een goed gesprek met de buurvrouw helpen, als die tenminste vragen stelt en niet haar eigen ervaringen voorrang geeft. En ze moet minimaal eerst de deur opendoen. Maar een goede psychotherapeut kan natuurlijk meer dan een buurvrouw.'

WAT MAAKT EEN THERAPEUT EFFECTIEF?

'Dat wil ik nu juist verder onderzoeken, maar er is in de loop der tijd een aantal variabelen gevonden waarin effectieve therapeuten zich onderscheiden van degenen die minder effectief zijn. Oprechte, empathische belangstelling voor de patiënt is er een van, patiënten moeten niet het gevoel hebben een nummertje te zijn. Flexibele modelgetrouwheid is ook heel belangrijk – je aan het protocol houden, maar wel op een flexibele manier. En interpersoonlijke vaardigheden, en dan vooral om moeilijke momenten in de therapeutische relatie goed te hanteren. Bijvoorbeeld als een patiënt de oorzaak van zijn problemen maar buiten zichzelf blijft leggen en er weinig voor voelt om te bespreken waar hij zelf zou kunnen veranderen. Het is belangrijk dat therapeuten hun eigen emoties herkennen en kunnen omzetten in constructieve interventies waarin de patiënt zich gehoord voelt, maar ook wordt aangezet om over zichzelf na te denken.'

FLEXIBEL EN MODELGETROUWHEID, DAT LIJKT HAAKS OP ELKAAR TE STAAN. WAT HOUDT DAT IN?

'De laatste jaren wordt meer gewerkt met behandelprotocollen en voor onderzoek worden deze protocollen heel gedetailleerd uitgewerkt, soms per kwartier. Ik ben een groot voorstander van behandelprotocollen maar in hun gedetailleerdheid worden ze soms bijna een karikatuur. Het doel van een protocol is dat je binnen een behandeling doet wat effectief is, dus dat je de werkzame mechanismen ook echt inzet. Zo is het bij exposure bij angststoornissen van belang dat mensen daadwerkelijk in de situatie komen waar ze bang voor zijn, ze moeten niet alleen over hun angst praten, maar die ook echt ervaren om vervolgens te merken dat hun angstige verwachtingen niet uitkomen. Een

therapeut moet een angstige patiënt zover krijgen dat hij of zij de angst echt ervaart. Hoe hij dat voor elkaar krijgt, is niet zo van belang. Als het maar gebeurt.'

EEN PROTOCOL IS DUS MEER EEN MAPJE MET WERKZAME ONDERDELEN DAN EEN RECEPT WAARIN OOK DE VOLGORDE EN PRECIEZE HOEVEELHEDEN STAAN BESCHREVEN?

'Het is zeker een recept. Maar ook recepten kun je vaak wat losser toepassen. Sommige ingrediënten zijn essentieel, andere wat minder. Probleem is dat we niet altijd precies weten wat de werkzame ingrediënten zijn. Sommige protocollen schrijven voor dat je in het begin van een sessie samen met de patiënt een agenda moet opstellen. Ik geloof dat dat nuttig is. Het helpt om doelgericht te blijven werken, maar ook om te zorgen dat de therapie een gezamenlijke inspanning blijft van therapeut en cliënt, en dat de cliënt actief meedenkt. Maar het hoeft wellicht niet altijd precies een agenda te zijn en het hoeft niet altijd per se aan het begin van de therapiesessie.

EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, red.) is ook een mooi voorbeeld. Dat is een sterk geprotocolleerde behandeling. Maar het protocol bevat onderdelen waarvan ik me afvraag of die werkzaam en dus noodzakelijk zijn. Bij EMDR gaat het erom dat je herinneringen ophaalt aan trauma's en tegelijkertijd het werkgeheugen belast met een andere taak. En of die andere taak nu bestaat uit het bewegen van je ogen, het luisteren naar tikken of het letten op je ademhaling of iets als mindfulness of zelfs tekenen... het gaat om de juiste dubbele belasting van het werkgeheugen. Die zorgt ervoor dat traumatische herinneringen minder beladen worden teruggeschreven naar het langetermijngeheugen.'

INTERPERSOONLIJKE VAARDIGHEDEN ZIJN OOK VAN BELANG, BENADRUKE U EVENEENS. WAT WORDT DAARMEE BEDOELD?

'In elke therapeutische relatie ontstaan hobbels, zeker bij complexe problematiek. Denk aan weerstanden, patiënten die hun problemen ontkennen. Therapeuten die goed in staat zijn om hobbels in de therapeutische relatie tijdig op te merken en daar goed op te reageren, zodat de verbinding blijft en de cliënt gemotiveerd blijft om aan zichzelf te werken, zijn effectiever. In een onderzoek van Andersson (2009)

moesten therapeuten reageren op vier types moeilijke patiënten: een boze patiënt, een passieve, stille, teruggetrokken patiënt, een verwarde en onderdanige patiënt, en een controlerende en beschuldigende patiënt. De therapeuten die gemiddeld genomen effectiever waren in een eerder onderzoek, bleken deze groepen patiënten beter te kunnen hanteren. Mogelijk voelden deze therapeuten zich minder snel aangevallen en waren zij beter in staat goed te blijven luisteren op momenten dat de therapeutische relatie onder druk stond. Dit soort vaardigheden, specifiek in het contact met lastige patiënten, komen in de therapie-opleiding nog te weinig aan de orde. Het zou interessant zijn die explicieter te trainen. Naast het leren toepassen van de protocollen, want dat blijft natuurlijk heel belangrijk.'

ERVARING NOEMT U NIET ALS EEN VAN DE WERKZAME ONDERDELEN, IS DIE DAN NIET BELANGRIJK?

'Jonge therapeuten kunnen net zo effectief zijn als ervaren therapeuten. Het is in ieder geval niet zo dat therapeuten door ervaring zonder meer beter worden. Als ze onvoldoende feedback krijgen, kunnen ze ook eigenwijzer worden en meer vastroesten in minder effectieve interventies. De onderzoeken spreken elkaar wat tegen op dit gebied. Maar jonge therapeuten die geprotocolleerd werken en dat onder supervisie doen, behalen over het algemeen heel goede resultaten. Dat heeft waarschijnlijk te maken met dat ze doen wat ze volgens het protocol moeten doen. Ze zijn wat minder eigenwijs en zitten in een voortdurende feedbacksituatie, waardoor ze reflecteren op hun eigen gedrag en het zo nodig aanpassen. Ze zijn nog gretig en heel intrinsiek gemotiveerd om het vak te leren. Mensen die langer in het vak zitten, varen mogelijk meer op hun klinische blik. Die klinische blik moeten we niet helemaal overboord zetten, zolang we ons maar realiseren dat die onbetrouwbaar is. Die blik zorgt er dus lang niet altijd voor dat we de juiste keuzes maken en de goede dingen doen in de behandeling.'

GELDT DAT VOOR ALLE THERAPEUTEN? HEBBEN SOMMIGE THERAPEUTEN NIET GEWOON EEN HEEL GOEDE KLINISCHE BLIK EN ANDERE NIET?

'Dat laatste zou kunnen. Daarom is dat onderzoek onder psychiaters zo interessant. Negen psychiaters die elk zo'n twaalf patiënten behandelden, werden onderzocht en de verschillen waren groot: van ef-

fectief tot helemaal niet effectief. Het kan zijn dat de minder effectieve psychiater een minder goede klinische blik heeft maar daar wel op blijft afgaan. Een goede klinische blik betekent dat je goed blijft kijken naar de patiënt en wat die nodig heeft. Misschien dat de minder effectieve psychiaters dat te weinig deden en gewoon hun eigen spoor bleven volgen. Maar het kan ook zijn dat ze minder goed waren in het managen van de verwachtingen van hun patiënten, wat ook bij medicijnen heel belangrijk is. Dan moet je ervoor zorgen dat patiënten de medicijnen blijven gebruiken, ondanks de bijwerkingen. En verwachtingen managen is iets anders dan je klinische blik inzetten.'

Verwachtingen managen is iets anders dan een klinische blik

HOE KAN EEN NIET ZO EFFECTIEVE THERAPEUT BETER WORDEN?

'Een van de meest effectieve leerstrategieën is onmiddellijke feedback geven op dat wat goed gaat. Ik zou graag willen onderzoeken of de zorg beter wordt als de behandelaar eerlijke feedback krijgt, bijvoorbeeld van de instelling, over de verbetering van zijn patiënten en daar iets mee doet. Die feedback moet niet over één patiënt gaan, want ook de meest effectieve therapeut zal patiënten hebben met wie hij of zij minder resultaat behaalt. Het kan zijn dat therapeuten met sommige patiënten effectiever zijn dan met andere, dat de een bijvoorbeeld heel sterk is met angstige of afhankelijke patiënten en andere weer meer met agressieve of impulsieve patiënten.'

FEEDBACK IS DUS BELANGRIJK, MAAR DIE MOET NIET OP STRAAT KOMEN TE LIGGEN. DAT GEBEURT TOCH EIGENLIJK MET DE ROM EN ZORGKAART.NL?

'De ROM gaat naar de verzekeraar. En die informatie wordt op dit moment nog niet op therapeutniveau geanalyseerd; dat gebeurt vooral op groeps- en afdelings-

niveau. Je kan op therapeutniveau kijken, maar dan zijn veel factoren nog niet gecontroleerd. Om een voorbeeld te geven: in de gespecialiseerde ggz worden veel patiënten door verschillende behandelaren behandeld, maar één behandelaar is de hoofdbehandelaar. Zijn naam staat op de DBC, maar het is lang niet zo dat die behandelaar het grootste deel van de behandeling doet.'

HET IS WEL ZINNIGE INFORMATIE VOOR THERAPEUTEN. WAAROM DIE ZAKEN NIET UIT ELKAAR GETROKKEN?

'Ik denk dat instellingen dat steeds meer gaan doen. Dat men binnen instellingen steeds meer gaat kijken hoe individuele therapeuten functioneren en of die informatie gebruikt kan worden om behandelaars gericht bij te scholen. Dan gebruik je informatie waardevol, maar dat veronderstelt een context en veiligheid waarin mensen niet worden afgerekend.'

WAT VINDT U VAN ZORGKAART.NL? HOE BETROUWBAAR, LAAT STAAN OBJECTIEF ZIJN OORDELEN DAAROP?

'Het hoort bij deze tijd van meer transparantie, dus in die zin vind ik het prima. Het is net als Iens.nl, daar kijk ik ook op als ik ergens ga eten. Maar er zijn nadelen. Lang niet alle hulpverleners staan erop. Er staan bijvoorbeeld nog geen achthonderd psychotherapeuten op, terwijl er een paar duizend zijn. Bovendien is het de vraag welke cliënten hun consumentenoordeel geven, en hoeveel waarde je daaraan moet hechten. Ik vermoed dat dit vooral de mensen zijn die een uitgesproken oordeel hebben, zowel tevreden als ontevreden. De groep die ertussenin zit hoor je vaak niet. De informatie op zorgkaart.nl zegt daarom niet zoveel. Wat het oordeel betreft: het cijfer zegt meer over hun subjectieve tevredenheid dan over de effectiviteit. De patiënt moet iedere therapeut op zes dimensies beoordelen en slechts één daarvan heeft betrekking op de behandeling. De andere gaan over hoe de afspraken liepen, hoe de medewerkers met de patiënt omgingen, hoeveel informatie de patiënt kreeg, over de accommodatie, en over hoe goed de medewerkers luisterden.'

*Jonge therapeuten
zijn niet minder
effectief dan ervaren
therapeuten*

BOVENDIEN HOEFT EEN THERAPEUT GEENSZINS LEUK GEVONDEN TE WORDEN DOOR EEN PATIËNT OM TOCH EFFECTIEF TE ZIJN?

'Als een patiënt uiteindelijk beter wordt, zal hij meestal ook tevreden zijn. Als therapeut weet je wat een patiënt moet doen om beter te worden. Maar als een patiënt daar om wat voor reden dan ook geen trek in heeft en bijvoorbeeld liever praat over problemen dan aan de slag te gaan, dan helpt de therapie niet. Verder kan het zo zijn dat je als therapeut een beslissing moet nemen die op de lange termijn de patiënt helpt om zelfstandiger en gezonder te worden, maar die op de korte termijn door de patiënt niet wordt gewaardeerd. Een voorbeeld is dat je bij een crisisgevoelige patiënt met een borderline stoornis een opname weigert omdat je weet dat ze daar uiteindelijk niet beter van wordt. Op de lange termijn verdient het de voorkeur als zo'n patiënt leert thuis de crisis te overwinnen, zo nodig met hulp vanuit de ggz en de omgeving. Maar dat wordt je lang niet altijd in dank afgenomen, niet door de patiënt en niet door de familie.'

AFGEZIEN DAARVAN VINDT U ZORGKAART EEN GOED INITIATIEF?

'Het is wat erg op de somatische zorg gericht. Op de ggz en vooral langdurige zorg is de site te weinig toegespitst. En verder kunnen therapeuten maar

beperkt reageren vanwege hun beroepsgeheim. Dus ze kunnen zich moeilijk verweren bij een negatieve reactie. Je bent dan afhankelijk van andere patiënten die zo'n oordeel kunnen nuanceren. Maar goed, zorgkaart.nl is er nu eenmaal, dus we kunnen

maar beter zorgen dat we die site zo gebruiken dat die zoveel mogelijk goede informatie geeft. Misschien moeten we een disclaimer toevoegen en iets beter uitleggen hoe de informatie gelezen moet worden.'

IN UW ORATIE ZEGT U OVER DE DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS: WE MOETEN HET KIND NIET MET HET BADWATER WEGGOOIEN. WAT IS HET BADWATER EN WAT DE BABY?

'Door de DSM is duidelijk geworden dat psychopatho-

Ik ben een groot voorstander van behandelprotocollen, maar in hun gedetailleerdheid worden ze soms bijna een karikatuur

logie veel verschillende vormen heeft en dat deze vormen verschillende interventies vragen. De DSM heeft veel onderzoek in gang gezet. Dat heeft bijvoorbeeld laten zien dat een angststoornis heel anders moet worden behandeld dan een ontwikkelingsstoornis of verslaving. Die kennis moeten we niet weggooien, want daarmee verfijnen we onze interventiemogelijkheden. Maar de DSM-5 kent binnen de ongeveer twintig hoofdgroepen honderden subcategorieën en dat gaat helemaal nergens meer over. Het lijkt zinnvoller om in plaats van al die aparte hokjes meer te kijken naar de zogenaamde transdiagnostische factoren, dus psychische en gedragsdimensies die bij bepaalde vormen van psychopathologie verstoord zijn, zoals emotieregulatie, verslavingsgevoeligheid en laag zelfbeeld. En daarbij moeten we dan weer uitzoeken wanneer een dimensie pathologisch wordt.'

WAT IS UW BEZWAAR TEGEN DE UITSPRAKEN VAN JIM VAN OS MET BETREKKING TOT DE NIEUWE GGZ?

'Ik deel zijn kritiek op de huidige ggz, die loopt vast en dat heeft vooral te maken met het medische model waar de DSM vanuit gaat. Ik ben blij dat hij dat

aankaart. Maar ik vind dat hij doorslaat als hij zegt dat je uiteindelijk net zo goed met de buurvrouw kunt praten. Daarnaast heeft hij veel kritiek op het wetenschappelijk onderzoek naar groepen patiënten. Hij zegt: de gemiddelde patiënt bestaat niet. Dat vind ik een beetje flauw, want dat klopt natuurlijk. De gemiddelde mens bestaat ook niet, maar we hebben veel kennis opgedaan door naar die gemiddelden te kijken. Verder is zijn pleidooi naar mijn idee sterk gericht op de patiënten met ernstige en chronische aandoeningen, zoals de psychotische stoornissen. Dat zijn nu juist afwijkingen van het gemiddelde. Ik ben het met hem eens dat het juist voor die groep goed is om niet alleen te kijken wat ze niet kunnen, maar juist te focussen op wat ze wel kunnen. Dat neemt niet weg dat er ook voor die groep interventies zijn ontwikkeld die hen daadwerkelijk helpen om bijvoorbeeld anders met hun stemmen om te gaan. Wat in de ggz vooral nodig is: behandelaars zouden meer feedback moeten krijgen over hun effectiviteit, maar ook ruimte om zich bij te scholen en goede intervisie te volgen. Daar is met de productiedruk van tegenwoordig maar weinig tijd voor. En dat vind ik een serieus probleem.'

Literatuur

Anderson, T., Ogles, B.M., Patterson, C.L., Lambert, M.J. & Vermeersch, D.A. (2009) Therapist effects: facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 755-768.

McKay, K.M., Imel, Z.E. & Wampold, B.E. (2006) Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 92, 287-290.

Okiishi, J.C., Lambert, M.J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D.D. & Vermeersch, D.A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1157-1172.

INSPIRATIE – THERAPIE A OF THERAPIE B?

Marcus Huibers is hoogleraar Klinische Psychologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Hij is een van de keynotesprekers op het congres *Personalized Mental Health*, dat het NIP op 13 oktober organiseert.

De Universiteit van Pennsylvania in Philadelphia is een zeer gerenommeerde universiteit. Deze op een na oudste universiteit van Amerika heeft een prachtige campus met grote bomen en fraaie oude en statige gebouwen. Philadelphia geldt als hoofdstad van de cognitieve gedragstherapie, want daar zat Aaron Beck (Amerikaanse psychiater, psychotherapeut en emeritus-hoogleraar, geboren in 1921, die wel wordt beschouwd als de grondlegger van de cognitieve therapie, red.). Zijn opvolger Robert DeRubeis – wij mogen Rob zeggen – is volgens mij een van de meest bevlogen en gerenommeerde onderzoekers die we momenteel hebben op het gebied van psychotherapie.

Op een mooie junimiddag in 2011 was ik op de universiteit voor mijn zoveelste werkbezoek aan de groep van DeRubeis. In de wandelgangen had ik gehoord dat Rob met een nieuw idee bezig was. Een van de belangrijke vragen in ons veld is: als je een cliënt binnenkrijgt, hoe kun je dan voorspellen welke therapie het beste werkt? Bij depressie zijn er bijvoorbeeld verschillende vormen van psychotherapie en medicatie en alles werkt ongeveer even goed. Dat geldt althans gemiddeld, maar de verschillen tussen mensen onderling zijn groot. Dat kun je achteraf vaststellen, maar kun je het ook vooraf

voorspellen? Met dat probleem was Rob bezig en ik ging naar de labmeeting daarover. Ik was benieuwd.

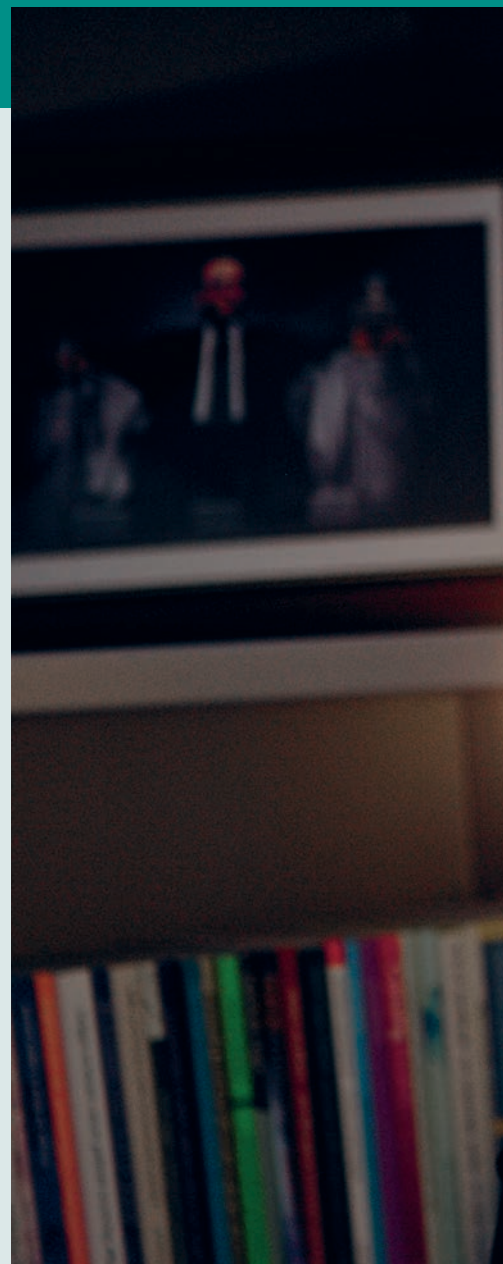
DONKER ZAALTJE

In tegenstelling tot de rest van de universiteit is het psychologiegebouw niet zo sfeervol. We zaten met acht man in een klein, donker zaaltje met lelijk linoleum op de vloer en van die jarenzeventig stoelen met koffievlekken en zo'n geur die er niet meer uit gaat.

Rob had het over de moderatoren die hij had gevonden in data waarover hij al beschikte. Moderatoren zijn prescriptieve factoren die voorspellen of iemand baat heeft bij de ene of de andere therapie. Denk aan leeftijd, geslacht, ernst van depressie, wel of geen persoonlijkheidsstoornis en andere klinische kenmerken. Dat onderzoek doen we al twintig jaar met zijn allen en die moderatoren onderzoeken we in trials. Hij bedacht: wat nu als je drie moderatoren hebt die zeggen of je deurtje a of deurtje b nodig hebt? Voor een individuele patiënt wijzen die van de drie keer, twee keer in de richting van therapie a en een keer in de richting van therapie b. Wat doe ik dan? Rob bedacht een statistische methode om al die informatie achter elkaar te plakken en zo tot een gewogen behandeladvies voor die ene patiënt te komen.

Dat liet hij aan de hand van zijn eigen data zien. Rob kwam met zijn eerste slides en de eerste data. Als hij alle gevonden moderatoren samennam, dan leverde dat enorme verschillen op tussen mensen die de therapie kregen die ze volgens zijn voorspelling hadden moeten krijgen, in vergelijking met mensen die

een therapie kregen die volgens de voorspelling minder goed paste. Toen hij de laatste slide met data liet zien, ontplofte de zaal zowat! Dit soort verschillen zien we nooit in ons vak! Met de geschikte therapie knapten de meeste depressieve patiënten op, terwijl patiënten die niet de bij hun passende therapie kregen, hartstikke depressief bleven. Ik dacht: als dit toch klopt! Dit kon heel groot worden, dit zou het hele veld kunnen veranderen. Ik was getuige van de geboorte van een idee en wist dat ik me hier ook mee bezig wilde houden. Na de





*Ik dacht: als dit
toch klopt! Dit kan
heel groot worden*

FOTO: EEF BONGERS

presentatie zijn we de kroeg ingegaan en hebben nog lang doorgepraat over alles. Vooraf wist Rob wel dat hij iets te pakken had, maar dat het zo goed viel, had hij ook niet verwacht. Een jaar later publiceerde hij zijn artikel en nog een jaar later deden wij dat samen nog eens op Nederlandse data.

KRACHTIG MODEL

DeRubeis had cognitieve gedragstherapie met medicatie vergeleken en dat maakte veel verschil. Wij hadden data waarin twee therapieën werden

vergeleken: cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie. Het was voor ons minder evident dat daar ook zo'n krachtig model uitkomt. Maar ons model was minstens zo krachtig. We hebben inmiddels dus een methode gevonden. En als we maar genoeg data kunnen verzamelen rondom de effectiviteit van behandelingen, kunnen we daarmee een soort algoritme bouwen waarmee we op grond van iemands persoonlijke kenmerken een voorspelling kunnen doen over welke therapie het beste voor hem werkt.

We zitten nog in het beginstadium. We hebben nog niet kunnen aantonen dat we het daadwerkelijk kunnen voorspellen bij elke nieuwe cliënt die zich aandient. Daarvoor hebben we prospectief onderzoek nodig om ons model te testen.

Inmiddels heb ik ook een aanstelling als hoogleraar in Philadelphia, ik kom er nu minimaal twee keer per jaar en doe onderzoek met de groep van DeRubeis. We willen nu Europees geld aanvragen. Als dat allemaal lukt, wordt het een miljoenenproject.'

BIJSCHOLING OP ZONDAG

en uw partner & kids beleven een onvergetelijke dag
op 'Horse Event' te Ermelo



Zondag 11 september 2016

Congreshal van het KNHS centrum, De Beek 125, 3852 PL Ermelo
Dit is gelegen halverwege de N 302, tussen Harderwijk en Kootwijk

**"The Horse Boy methode" een nieuwe
behandelmethode voor kinderen met Autisme**

informatie/inschrijving: ridaire@hotmail.com

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!

De zomer voorbij

NIP-directeur Linde Gonggrijp vertelt over haar ambities en de opgave waar het NIP voor staat. 'We moeten op zoek naar een overkoepelend verhaal waar we de boer mee op kunnen. We moeten inspireren en elke dag uitdragen wat de maatschappelijke waarde van psychologie is.'

Je bent in maart 2016 begonnen als directeur. Is je oriëntatiefase nu voorbij?

'Ja. Ik heb een helder beeld gekregen van de werkomgeving en de onderwerpen die spelen. De leden bepalen welke kant we op gaan en daarom is het van belang dat we beter gaan onderzoeken wie onze leden nu echt zijn en wat ze bezighoudt. Ik wil daarom strategische dialogen, brainstormsessies en gerichte surveys organiseren. En zoals ik ook al in mijn blog schreef, zou ik graag zien dat het NIP nog zichtbaarder wordt, dat we onze wapenfeiten naar buiten brengen, dat we de NIP-naam "laden" en met een duidelijke "verkooppitch" de boer op gaan, zodat we kunnen blijven groeien!'

Zo'n pitch is er nu niet. Hoe gaan we die formuleren?

'Als verenging ben je een merk dat je moet laden met een inspirerend, overkoepelend verhaal. Het zweeft al rond binnen de vereniging, we moeten het alleen concreet maken. Maar het is niet mijn rol om dat te schrijven, ik moet het aanjagen, daar ben ik goed in. Bij deze roep ik iedereen dan ook op om mee te denken. Ook de ledenraad zou hier een rol in kunnen spelen, door mee te denken over een visie, met elkaar strategi-

sche gesprekken aan te gaan. Om samen tot een verhaal te komen over wat ons bindt en wat de maatschappelijke waarde van de psychologie is.'

Blijft die waarde dan onderbelicht?

Nou, veel beleidsvoorbereiding wordt gedaan door economen en juristen. Maar waar zijn de psychologen? Ik wil me hard maken om de expertise en de kracht van de psychologie voor het voetlicht te brengen als het gaat om ontwikkelen van overheidsbeleid, bijvoorbeeld met betrekking tot vraagstukken in probleemwijken of radicalisering. Of neem de expertise binnen A&O, die kan helpen om mensen lang en gelukkig gezond te houden met plezier in hun werk. Dat is zo'n groot goed voor de maatschappij. Daar kunnen we nog wel een slag in maken.'

In je blog schrijf je over de noodzaak van strategische keuzes. Kun je daar voorbeelden van geven?

Als verenging gaan we de komende periode veel aandacht besteden aan de toegevoegde waarde van de sector A&O. Dat is een keuze die we met elkaar hebben uitgesproken. Een

andere strategische zet is de oprichting van P3NL, de nieuwe federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen, waar het NIP ook deel van uitmaakt. Door deze federatie wordt het mogelijk om macht goed te organiseren en een vuist te maken richting Den Haag. We moeten daarbij echter goed kijken hoe we de belangen blijven borgen van dat deel van onze leden dat niet in P3NL zichtbaar is, zoals de sector A&O. Mede daarom ook de keuze voor extra aandacht in die richting, om de balans te bewaren.'

Tot slot: het NIP is verhuisd, hoe bevalt het nieuwe Huis van de Psychologie?

Uitstekend! We werken met alle collega's van het bureau nu bij elkaar in een grote, open en lichte ruimte. Voor leden is het nog altijd mogelijk om te komen vergaderen, het is nu alleen anders georganiseerd dan in het oude pand (zie: <http://www.psynip.nl/contact-en-service/het-nip-is-verhuisd.html>). Maar de leden zijn natuurlijk nog steeds van harte welkom!

Lees ook de blogs van Linde op www.psynip.nl/actueel

Linde Gonggrijp Directeur NIP



NIP NASCHOLINGSDAG EN DAG VAN DE VRIJGEVESTIGD PSYCHOLOOG

Op woensdag 21 september 2016 organiseert het NIP in de Jaarbeurs in Utrecht de NIP Nascholingsdag en de Dag van de Vrijgevestigd Psycholoog. Tijdens deze dag staan opleiders voor u klaar om u te adviseren over bij- en nascholing voor uw (her-)registratie of postmasterscholing na afstuderen en organiseert het NIP tal van interessante lezingen en informatiebijeenkomsten.

Virtual reality, vluchtelingen en meer

Promovendi Marieke van Meggelen (EUR) en Myrthe Tielman (TU Delft) vertellen over hun onderzoek naar virtual reality en traumabehandeling. Wilt u zich professioneel inzetten voor vluchtelingen? NIP-collega's van de werkgroep mensenrechten en sector Arbeid- en Organisatie praten u bij over de mogelijkheden. U hoort van Dr. Sabine Hunnius meer over haar onderzoek in het babylab in Nijmegen en Marja Rexwinkel vertelt over het belang van het manifest 1001 kritieke dagen. Benieuwd wat promovendi in de psychologie momenteel onderzoeken? In het vernieuwende concept ScienceBattle gaan drie promovendi de strijd met elkaar aan en kiest u een winnaar! Ook voor de Arbeid- en Organisationspsychologen wordt een interessante bijeenkomst verzorgd.

Dag van de Vrijgevestigd Psycholoog

Voor het eerst organiseert het NIP speciaal voor zelfstandigen de Dag van de Vrijgevestigd Psycholoog. Deze groep psychologen heeft vaak te maken met veranderende wet- en regelgeving. Daarom verzorgt het NIP voor zelfstandige leden uit alle werkvelen deze middag waarop u wordt bijgepraat over onder meer het kwaliteitsstatuut, ROM, visitatie, het EVC-traject, A&O en nieuwe inkoopmodellen in het jeugddomein.

Speeddaten met een expert

Wilt u loopbaanadvies of heeft u een vraag over beroepsethiek of het kwaliteitsstatuut? Onze experts zitten deze middag voor u klaar om in een 'speeddate' uw vraag persoonlijk te beantwoorden.

Key note lezing: Iedereen racist?

Deze dag wordt afgesloten door key note speaker Prof. Dr. Alain van Hiel, verbonden aan de Universiteit Gent. De titel van zijn lezing is 'Iedereen racist: De multiculturele droom ontleed', naar zijn gelijknamige boek.

Meer informatie vindt u op de NIP-website, onder Agenda.

Accreditatie voor de dag wordt aangevraagd.

Wetenschap op de planken tijdens de Science Battle

Benieuwd wat promovendi in de psychologie momenteel onderzoeken? Kom dan naar de Psychologie Science Battle tijdens de NIP Nascholingsdag op 21 september. Drie promovendi presenteren hun lopende onderzoek en het publiek bepaalt ter plekke wie van hen het beste verhaal heeft. Science Battle is een nieuw theaterconcept waarin promovendi voor een breed publiek over hun onderzoek vertellen en met elkaar en met de toeschouwers in debat gaan.

De deelnemers:

JEANETTE MOSTERT (RU Nijmegen) kijkt bij volwassen ADHD-ers in het hoofd als ze rustig zijn en aan niets denken. Wat ziet ze? Is er een biologische oorzaak te vinden? Zijn de verschillen tussen volwassenen met en zonder ADHD wel groot genoeg om per individueel geval ADHD te verklaren?

MARTIJN KOOL (Erasmus Universiteit) doet onderzoek naar een eiwit dat essentieel is voor ons geheugen. Lange tijd was het onmogelijk om metingen te doen in levende hersenen, maar het Erasmus MC is het gelukt om hersenen in een slimme vloeistof nog 24 uur levend te houden.

LINDA DRIJVERS (RU Nijmegen) onderzoekt de functie van handgebaren in taal.

Als we praten, bewegen we met ons hele lichaam. Toch laten taalwetenschappers die bewegingen vaak buiten beschouwing. Wat zijn de processen in het brein die taalbegrip mogelijk maken? Hoe koppelt ons brein gebaren aan taal?

De Science Battle vindt plaats van 16.45 tot 17.45 uur tijdens de NIP Nascholingsdag in de Jaarbeurs Utrecht.



MANIFEST 1001 KRITIEKE DAGEN

WERKERVARINGSPLEKKEN

TASKFORCE PRIVACY

VISITATIE



Een leven lang leren

De sector A&O organiseert in de periode 2016-2017 een leergang met als thema 'Leren van wieg tot graf'. (Mede)organisator Hans de la Parra vertelt waarom deze leergang er moest komen en welke onderwerpen de revue passeren.

'De komende leergang is NIP-breed opgezet en gaat over leren in al zijn facetten. In totaal komen er tussen de tien en twaalf maandelijkse sessies met daarin een tweetal keynote sprekers en workshops. In november trappen we af met een bijeenkomst over hoe ons brein werkt. Elke volgende sessie is gericht op een andere fase in de menselijke ontwikkeling. Weten we bijvoorbeeld of een foetus leert en zo ja hoe? Wat zouden moeders moeten weten als ze zwanger zijn over mogelijke leermogelijkheden van hun ongeboren kind? Maar ook: wat kun je tijdens de laatste dagen van je leven nog leren? Of hoe leer je met behulp van collectieve intelligentie, een fenomeen dat door technologische vooruitgang steeds meer opgang maakt?

Al met al komen diverse professionals hun kennis en ervaring delen op het terrein van leren en hoe we leren, uit de hoek van de kinder- en schoolpsychologie, maar ook vanuit de neuropsychologie, ouderenpsychologie, A&O en vele anderen invalshoeken wordt over dit onderwerp gesproken. Ook voor klinici kan de leergang relevant zijn. Je kan je namelijk afvragen waarom therapieën bij de een wel aanslaan en bij de ander niet. Als je wilt weten of jouw therapie effect gaat hebben, staat er in je anamnese dan ook iets over het leervermogen van de cliënt? En wat doe je als je er achter komt dat iemand "leren" lastig vindt? Ik wil graag dat naar voren komt wat de stand van het onderzoek hieromtrent is, ook al is het nog niet helemaal waterdicht.

Ik ben al een tijd bezig met het vraagstuk 'hoe leren we leren', en wat betekent leren eigenlijk? Welke mentaliteit vereist het? Volgens de Amerikaanse psychologe Carol Dweck heb je mensen met een *fixed mindset* en mensen met een *growth mindset*. De eersten gaan ervanuit dat intelligentie, persoonlijkheid en karakter vaststaande gegevens zijn. De tweede groep gaat ervan uit dat je je basiskwaliteiten kan ontwikkelen door er moeite voor te doen. Ik had Dweck

graag aan het programma toegevoegd, maar dat was helaas niet haalbaar. Wel kan ik van harte haar boek *Mindset* aanbevelen. Gelukkig komen er vele andere gerenommeerde sprekers, onder wie professor Harold Bekkering, bekend van het boek *De lerende mens*.

Bekkering is net als ikzelf kritisch op het onderwijsbeleid. Leren is niet alleen kennis overdragen, het is ook mensen kunnen prikkelen om zelf op onderzoek uit te gaan. Wat dat betreft vind ik dat te veel leerlingen buiten de boot vallen. Te veel talenten komen onvoldoende tot bloei. Wordt de beschikbare psychologische kennis wel voldoende vertaald naar onderwijsbeleid? Er is bijvoorbeeld

onderzoek waaruit blijkt dat kinderen heel makkelijk van elkaar kunnen leren. Krijgen docenten in spe dat soort handvatten mee tijdens hun opleiding? Het is belangrijk dat we dit soort issues

aan de orde stellen. Graag nodig ik professionals uit het onderwijs uit om mee te komen discussiëren

Zonder het NIP en de steun van het Algemeen Bestuur was deze leergang niet van de grond gekomen. De vereniging staat borg voor een stuk financiën en biedt personele ondersteuning. Ook vormt het NIP een toegang tot kennis. Secretarissen van de verschillende sectoren schuiven via hun leden interessante sprekers naar voren, mensen die vanuit hun achtergrond iets met leren doen. Deze leergang wordt dus NIP-breed opgezet, we gaan voorbij aan de grenzen binnen het vakgebied. Daar ben ik erg blij mee, want grenzen, daar geloof ik niet in.'

Voor meer info zie:
www.psynip.nl/agenda



Hans de la Parra is van huis uit klinisch psycholoog en werkt als senior consultant/partner op het gebied van Human Resources bij Volta consultancy in Den Bosch

NIP ontwikkelt rekentool voor omzetplafond



Matt Schillings Senior beleidsmedewerker Bekostiging & Financiering bij het NIP

"Verzekeraars en gemeenten hanteren soms een omzetplafond voor zorgaanbieders binnen de GGZ met wie zij een contract hebben. Zij bepalen daarmee voor welk bedrag er maximaal gedeclareerd mag worden in het betreffende contractjaar. Het NIP heeft een handige rekentool uitgebracht waarmee tijdig kan worden gecontroleerd of het afgesproken plafond is bereikt. Matt Schillings, senior beleidsmedewerker Bekostiging & Financiering bij het NIP, vertelt van de hoed en de rand.

Het omzetplafond geldt per verzekeraar, regio en/of gemeente en is onder meer afhankelijk van de omvang van de praktijk of instelling en van bijvoorbeeld het marktaandeel van een verzekeraar in de betreffende regio. Bij overschrijding van dit plafond wordt het teveel gedeclareerde teruggevorderd en worden resterende nota's niet meer vergoed, ook al is er sprake van rechtmatige zorg(verlening).

Steeds meer zorgaanbieders worden voor feitelijk geleverde zorg toch niet betaald door hun verzekeraar. Of moeten terugbetalen over voorgaande contractjaren. En dit alles omdat men vooral bezig was met het eerste doel van de zorgprofessional, zorg verlenen, en niet met alle administratieve en bedrijfskundige zaken.

'Ook verzekeraars en gemeenten hebben zorgplicht'

Zorgverzekeraars of gemeenten vergoeden niet meer dan het zorgplafond dat is afgesproken. Het is dus belangrijk om tot een aangepaste afspraak te komen indien er sprake is van een dreigende overschrijding. Daar zijn soms goede redenen voor. Redenen die ook door zorgverzekeraars en/of gemeenten vanuit een welbegrepen eigenbelang worden gezien. Ook zij hebben immers zorgplicht! Op basis hiervan kunnen aanvullende afspraken worden gemaakt. Echter zonder aanvullende afspraken wordt niets vergoed.

Ter ondersteuning van met name vrijgevestigde leden heeft het NIP een handige rekentool uitgebracht om tijdig te controleren of het afgesproken plafond bereikt is en of er nog nieuwe cliënten van deze verzekeraars in behandeling kunnen worden genomen. Op basis van al gedeclareerde ggz-zorg en van lopende behandelingen ('Onder handen werk') wordt er berekend of er nog ruimte is voor nieuwe klanten of dat een nieuwe klant voor bemiddeling moet worden doorverwezen naar de betreffende zorgverzekeraar of gemeente. Tevens heeft het NIP-bureau een aantal tips en scenario's over hoe te handelen beschreven."

U kunt zowel de rekentool als de tips en scenario's vinden op de NIP-website: <http://www.psynip.nl/themadossiers/zorgstelsel/omzetplafondcheck.html>



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 CONGRES PERSONALIZED MENTAL HEALTH 13 OKTOBER 2016

Het belang van individuele trajecten – therapie op maat – dringt steeds nadrukkelijker door in de ggz. Dit congres biedt een gevarieerd programma voor elke psycholoog werkzaam in de gezondheidszorg.

Voor meer informatie: www.psynip.nl/agenda

COLOFON DIT COLOFON IS IN OPDRACHT VAN HET NIP SAMENGESTELD DOOR JEROEN VAN GOOR, REDACTEUR DE PSYCHOLOOG. VORMGEVING: STUDIO JORRIT VAN RIJT. MAIL VOOR SUGGESTIES OVER ONDERWERPEN: COMMUNICATIE@PSYNIP.NL.





Iedereen manager

Think like a manager, don't act like one

Door H. Starren

Amsterdam: Bis Publishers, 174. p.

Recensent: Vittorio Busato

Veranderingen worden vaak als een moeilijk traject gezien. Daar hebben managers baat bij. Het maakt hun taak lastig en daarom goed betaald. Maar mensen vinden het helemaal niet zo vervelend om te veranderen, het zit in onze natuur. Mensen passen zich vanzelf aan aan de omstandigheden. Angst voor verandering is dus een mythe, ontdekte de hoogleraar Hans Wissema. Mensen willen zelf wel veranderen, ze willen alleen niet veranderd worden.'

Managers, wie heeft er niet mee te maken? Volgens Harry Starren, voormalig directeur van managementcentrum De Baak en thans voorzitter van de federatie Nederlandse creatieve industrie, zorgen managers ervoor dat dingen worden gedaan, afspraken worden nagekomen en resultaten worden bereikt. Maar waar tien jaar geleden de manager nog gold als de oplossing voor veel bedrijven, staat zijn voortbestaan nu ter discussie. Waarom dan nog een aparte functie? Managers doen we immers allemaal, aldus Starren.

In zijn fraai vormgegeven boek legt Starren uit hoe iedereen kan denken als een manager zonder als een manager te acteren – wat direct de titel verklaart van zijn bundel met 75 prikkelende observaties en lessen over management. Ze zijn vooral bedoeld ter reflectie, soms ook om te irriteren maar bovenal om te verrassen – iets waar Starren beslist in slaagt.

Neem, als dessert van deze korte bespreking, zijn observatie over het al dan niet bestaan van organisaties: "‘Heb je ooit de organisatie een hand gegeven?’" zei mijn leraar Edu Feltmann ooit. We realiseren ons zelden dat een organisatie geen ding is, of een persoon. Het is een gedachte, een constructie van de geest. Daarmee is de organisatie niet minder waar, maar het maakt wel makkelijker om deze te veranderen. Als een organisatie niet goed functioneert, kun je enkel door een andere manier van denken al een organisatie veranderen. It's all in the mind.'

Dat moet psychologen aanspreken.

ADVERTENTIES

Leerboek ontwikkelingsstoornissen in de levensloop

Door: Wouter Staal, Jacob Vorstman, Rutger Jan van der Gaag (2016)

Utrecht, De Tijdstroom, 516 p. € 58,00

Wanneer wordt gesproken van ziekte en wanneer van een niet-afwijkende ontwikkeling? In dit boek worden de ontwikkelingsstoornissen beschreven vanuit een integrale medische en psychologische benadering.

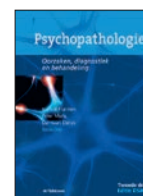


Psychopathologie. Oorzaken, diagnostiek en behandeling

Door: Ingmar Franken, Peter Muris, Damiaan Denys (2016)

Utrecht, De Tijdstroom, 969 p. € 69,00

Tweede herziene druk en geheel up-to-date met DSM-5. Voor bachelor en masterstudenten psychologie en psychologen in opleiding tot gz-psycholoog, klinisch psycholoog of neuropsycholoog.



Leerboek psychiatrie

Door: Michiel Hengeveld, Ton van Balkom, Kees van Heeringen, Bernard Sabbe (2016)

Utrecht, De Tijdstroom, 777 p. € 89,00

De nieuwe 3e druk is hét standaardwerk voor het vak psychiatrie in de geneeskundeopleiding. Gebleken is dat het boek ook zeer bruikbaar is voor opleiding en bijscholing van psychologen en huisartsen.



De boeken zijn verkrijgbaar via www.tijdstroom.nl, voor al uw vakliteratuur.

Ook een boekadvertentie plaatsen? Neem voor informatie en tarieven contact op via 073-689 58 89 of depsycholoog@performis.nl

Is een preventieve cognitieve behandeling via het internet (Mobiele Cognitieve Therapie) een effectieve en acceptabele manier van behandelen?

En hoeveel ondersteuning door therapeuten wordt er gebruikt?

Depressie wordt vaak gekenmerkt door het recidiverende karakter. Om het risico op terugval te verminderen, is continue monitoring en behandeling het advies voor mensen met eerdere depressieve episoden. Om de zorg voor hen toegankelijker te maken, kan E-health uitkomst bieden, stellen Gemma Kok en Claudi Bockting.

WORDT HET RISICO KLEINER?

TERUGVAL- PREVENTIE MET E-HEALTH

INLEIDING

Het gebruik van E-health als aanvulling op het bestaande behandel aanbod biedt vele voordelen, waaronder de toename van toegankelijke zorg. De meeste instellingen bieden E-health aan als onderdeel van 'blended' behandeling. Dat houdt in dat reguliere face-to-face-afspraken gecombineerd worden met afspraken via internet of (mobiele) telefoon, of dat E-health ondersteund wordt door gesprekken via de telefoon, skype of e-mail. Uit diverse meta-analyses blijkt dat internetbehandelingen effectief zijn in het behandelen van onder andere angst, depressie en alcoholmisbruik (Andersson & Cuijpers, 2009; Richards & Richardson, 2012; Riper et al., 2011; Spek et al., 2007). Ook zijn de eerste resultaten van een psychologische behandeling aangeboden met behulp van een smartphone app positief (Ly et al., 2012; Ly et al., 2014).

De meeste onderzoeken naar de effectiviteit van E-health, zijn uitgevoerd bij mensen met acute klachten zoals depressie en angst. Zo zijn er online programma's gericht op management van bipolaire stoornissen (Barnes et al., 2007; Barnes et al., 2015), een online cognitieve gedragstherapie (CGT) terugval-preventieprogramma bij anorexia nervosa (Fichter et al., 2012), en bij obsessief compulsieve stoornissen (Andersson et al., 2014). Veel psychische aandoeningen, waaronder depressie, zijn echter terugkerend en/of chronisch van aard (Mueller et al., 1999; Paris, 2003; Penninx et

al., 2011; Scholten et al., 2013; Burcusa & Iacono, 2007).

Zodoende is het van belang na herstel alert te blijven letten op signalen van mogelijke terugval, zoals een toename van depressieve symptomen. Het gebruik van E-health kan hiervoor een potentiële (kosten)effectieve methode zijn. Tot nu toe is er slechts één studie gedaan die het effect van een online behandeling gericht op het voorkomen van depressieve terugval onderzocht bij mensen die gedeeltelijk hersteld waren van een depressie (Holländare et al., 2011; Holländare et al., 2013). De onderzochte online CGT vermindert het risico op terugval over twee jaar in vergelijking tot een controlegroep.

In onderhavig artikel beschrijven we de kortetermijnresultaten van het gebruik van een online preventieve cognitieve therapie (CT), met geautomatiseerde stemmingscontrole via sms en e-mail en minimale ondersteuning door therapeuten ('mobiele cognitieve therapie') op het beloop van depressieve klachten drie maanden na herstel van ten minste twee voorgaande depressieve episoden. Deze gegevens zijn gebaseerd op studies gedaan in het kader van de 'Doorbreek het ritme van depressiestudies' (Bockting et al., 2011; Bockting, Kok et al., 2011; Kok, 2014). Daarnaast is er aandacht voor wat we tot nu toe weten (en nog niet weten) over ondersteuning door therapeuten en de implementatie van E-health.

ONDERZOEKSOPZET EN DEELNEMERS

De Rijksuniversiteit Groningen heeft, in samenwerking met het Trimbos-instituut, een gerandomiseerde trial uitgevoerd naar de effectiviteit van mobiele CT. Deelnemers waren: a) tussen de 18 en 65 jaar oud; b) minstens twee maanden, maar niet langer dan twee jaar in herstel van minimaal twee voorgaande episoden van depressie, vastgesteld met het Gestructureerd Klinisch Interview voor de vaststelling van DSM-IV As-I Stoornissen (telefonisch afgenomen; SCID-I; (First, Spitzer, Gibbon, 2001), en een maximum score van 10 op de 17-item tellende Hamilton Rating Scale of Depression (HRSD17) (Hamilton, 1960). Daarnaast hadden deelnemers beschikking over internet en beheersten zij de Nederlandse taal vloeiend. Deelnemers werden uitgesloten van het onderzoek als het volgende uit de SCID-I naar voren kwam: 1) een primaire angststoornis die behandeling behoefde; 2) manie of hypomanie, huidig of in het verleden; 3) huidig alcohol- en/of drugsmisbruik en 4) een psychose, huidig of in het verleden. Verder konden mensen niet deelnemen als zij recent behandeld waren met elektro-convulsie therapie (ECT) of een organisch psychosyndroom hadden.

Deelnemers werden geworven via huisartsen (VUmc), ggz-instellingen (Arkin Amsterdam en PsyQ Rotterdam) en advertenties in kranten, tijdschriften en internet. Mensen konden zelf hun gegevens verstrekken aan de onderzoekers, zodat er contact opgenomen kon worden voor een korte telefonische screening. Daarin werd onder meer gevraagd naar het aantal depressieve episoden, en of er momenteel sprake was van somberheid en/of interesseverlies. Als mensen geschikt leken voor deelname en nog geïnteresseerd waren, werd er een telefonisch interview afgenomen bestaande uit de SCID-I en de HRSD17. Op basis van dit interview werd besloten of iemand mee kon doen aan het onderzoek. Bij twijfel vond er

overleg plaats met een klinisch psycholoog. Hiernaast werden er regelmatig consensusvergaderingen gehouden

De SCID-I is een veelgebruikt, valide en zeer betrouwbaar instrument om As I stoornissen zoals depressie vast te stellen (Williams et al., 1992). Een voorbeelditem uit de SCID-I is: 'Gedurende de afgelopen maand is er een periode geweest waarin u zich het grootste gedeelte van de dag

gedepimeerd of down voelde, bijna elke dag?'

De HRSD17 is evenals de SCID-I een veelgebruikt instrument om depressie vast te stellen waardoor het goed mogelijk is onderzoeksresultaten met elkaar te vergelijken. Hoewel de interne betrouwbaarheid adequaat is, is de betrouwbaarheid minder goed (Bagby et al., 2004). Een voorbeeldvraag in de HRSD17 is: 'Bent u de afgelopen tijd meer dan 1 kilo verloren?'

Deelnemers werden twee jaar gevolgd aan de hand van telefonische interviews met de SCID-I en HRSD17 en diverse vragenlijsten, waaronder de Nederlandse versie van de Inventory of Depressive Symptomatology (IDS-SR30, Rush et al., 1996). Na het invullen van de eerste vragenlijsten werden de deelnemers op basis van toeval ingedeeld in twee groepen: 1) mobiele CT in aanvulling op de gebruikelijke ontvangen zorg (dat kon verschillen tussen helemaal geen zorg, zorg via de huisarts of ggz) en 2) gebruikelijke zorg.

INVENTORY OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY De gegevens van de IDS die werd afgenomen bij aanvang van de studie, na zes weken en na drie maanden, zijn gebruikt om het beloop van depressieve symptomen over drie maanden te onderzoeken. De IDS telt dertig vragen die beantwoord worden op een schaal van 0 (geen symptomen) tot 3 (bijna altijd last van het symptoom). Een score van 0-13 valt in de categorie 'geen symptomen', een score van 14-25 in de categorie 'milde symptomen', een score van 26-38 'matige symptomen', een score van 39-48 in de categorie 'ernstige symptomen' en een score van 49 of hoger als zeer ernstige symptomen (Rush et al., 1996; Rush et al., 2003).

De betrouwbaarheid van de IDS in de huidige studie was goed (Cronbach alpha .87), en komt overeen met waarden gerapporteerd door Rush et al. (1986). Een voorbeelditem van de IDS is: Somber voelen: 0. Ik ben

niet somber; 1. Ik ben minder dan de helft van de tijd somber; 2. Ik ben meer dan de helft van de tijd somber; 3. Ik ben bijna altijd somber.

MOBIELE COGNITIEVE THERAPIE Internationale richtlijnen voor de behandeling van depressie adviseren lange termijn-monitoring en ondersteuning na herstel van recidiverende

*Uit meta-analyses
blijkt dat
internetbehandelingen
effectief zijn in het
behandelen van
angst, depressie en
alcoholmisbruik*

depressie (American Psychiatric Association, 2010; National Institute for Health & Care Excellence, 2010). Mobiele CT is wellicht een (kosten)effectieve manier van terugvalpreventie, waarbij de toegankelijkheid van de behandeling vergroot kan worden en de tijd die therapeuten nodig hebben om ondersteuning te bieden verlaagd (Wright et al., 2005). In box 1 is weergegeven waaruit mobiele CT bestaat.

Naast de acht online lessen bevat mobiele CT een geautomatiseerde stemmingscontrole via sms en e-mail. Twee keer per maand kregen deelnemers de vraag aan te

geven hoe hun stemming en interesses de afgelopen week waren op een schaal van 1 tot 10. Bij een score van 3 of lager kregen deelnemers automatisch een depressie-vragenlijst gemaild (Quick Inventory of Depressive Symptomatology; Rush et al., 2003). Dit is de verkorte versie van de IDS-SR30. Als uit deze vragenlijst een indicatie voor depressieve terugval (score >10) of gedachten aan de dood bleek, stuurde het systeem hier automatisch een bericht van naar de therapeut (en eveneens, omdat dit een onderzoek betrof, naar de onderzoeker). De onderzoeker nam dan contact op

OVERZICHT MOBIELE CT

Mobiele CT bestaat uit acht lessen aangeboden via het internet, met minimale ondersteuning door therapeuten via e-mail en telefoon (maximum van vier telefonische contacten). Mobiele CT is gebaseerd op face-to-face preventieve CT die al in eerdere onderzoeken geëvalueerd is (Bockting et al., 2005; Bockting et al., 2009), en omgezet is tot E-health-modules door Bockting & Van Valen in samenwerking met het Trimbos-instituut (Bockting & van Valen, 2009). Preventieve CT is een aangepaste vorm van CT voor acute depressie (Beck et al., 1979) en richt zich op mensen die eerdere depressies hebben meegemaakt, maar nu (gedeeltelijk) hersteld zijn. Preventieve CT bestaat uit acht lessen. Net als bij reguliere CT volgt preventieve CT een vaste opbouw bestaand uit het bespreken van huiswerk, een agenda, uitleg van de rationale van elke les en huiswerkopdrachten. In tegenstelling tot acute fase CT richt preventieve CT zich niet primair op het veranderen van negatieve gedachten. Bij preventieve CT begint men met het identificeren van negatieve gedachten en beperkende leefregels. Hierna richt de behandeling zich op het onderzoeken van deze regels, gebruikmakend

van cognitieve technieken zoals de Socratische dialoog en meer-dimensioneel evalueren met behulp van VAS-schalen, en de identificatie van extreem positieve leefregels waarbij iemand in plaats van 'Ik ben waardeveloos' zou kunnen denken 'Ik ben geweldig'. Deze extreem positieve leefregel hoeft niet haalbaar te zijn, maar wordt ingezet om een positief netwerk te activeren om daarna tot een realistischere leefregel te komen. In elke les zit een opdracht met automatisch gegenereerde feedback. Een voorbeeld van een opdracht is het schrijven van een besluitbrief waarin iemand aangeeft of hij of zij de beperkende leefregel wil aanpassen en waarom. Na het maken van de opdracht vraagt het programma of de opdracht is uitgevoerd. Wanneer iemand dan antwoordt met 'ja helemaal' dan is de automatische feedback als volgt: 'Heel goed! Door het maken van opdrachten leer je niet alleen de theorie, maar leer je het ook toe te passen in je dagelijkse leven. Dit maakt de training effectiever.' Verder zitten er in elke les korte video's waarin een patiënt en therapeut meer uitleg geven over bepaalde onderwerpen. Een les kan afgerond wor-

den in ongeveer twintig minuten. Na afronding van het gehele programma wordt er automatisch een persoonlijk preventieplan gegenereerd, waarin mensen aangeven aan welke klachten ze terugval kunnen herkennen, wat moeilijke situaties zijn, wat helpt en wat iemand zelf kan doen. Dit preventieplan komt overeen met het -plan in de preventieve CT (voor meer informatie over preventieve CT of mobiele CT: Bockting et al., 2005; Bockting et al., 2009; Kok et al., 2014). Het voordeel van deze manier is dat iemand bezig kan zijn met positieve gevoelens en gedachten. Iemand fantaseert bijvoorbeeld hoe het voelt zijn of haar droomdenkpatroon te hebben. Daarna kan iemand zijn of haar positie op de lijn van 0 tot 100 verder onderzoeken. In de laatste lessen worden mensen aangemoedigd om te oefenen met, zo mogelijk, helpende, maar ook veelal meer genuanceerde leefregels, houden ze een dagboek bij van positieve ervaringen en wordt er een persoonlijk preventieplan gemaakt. Een protocol waarin meer details staan over de structuur en inhoud van preventieve CT is beschikbaar (Bockting, 2009).

met de deelnemers zodat via een telefonisch interview met de HRSD17 (Hamilton, 1960) en de depressiesectie van de SCID-I (Spitzer et al., 1994) vastgesteld kon worden of er

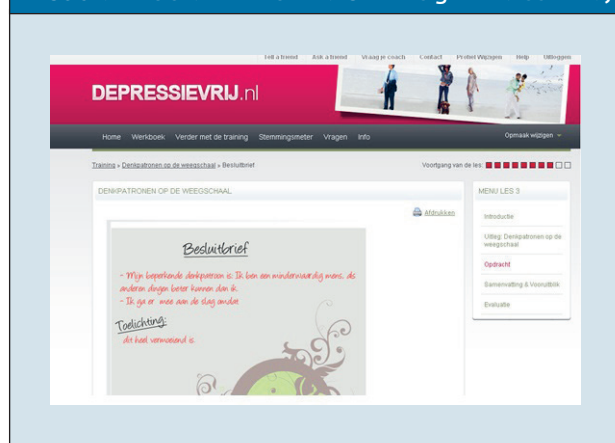
sprake was van depressieve terugval. Leek daar inderdaad sprake van, dan werd de deelnemer geadviseerd contact op te nemen met zijn huidige behandelaar of huisarts. Buiten het onderzoek zou er altijd een behandelaar gekoppeld moeten zijn aan deelnemers van dit programma zodat er direct contact opgenomen kan worden bij een dreigende terugval.

Mobiele CT werd aangeboden via de site www.depressievrij.nl van het Trimbos-instituut. Illustraties 1, 2 en 3 geven een idee van de lessen en stemmingscontrole.

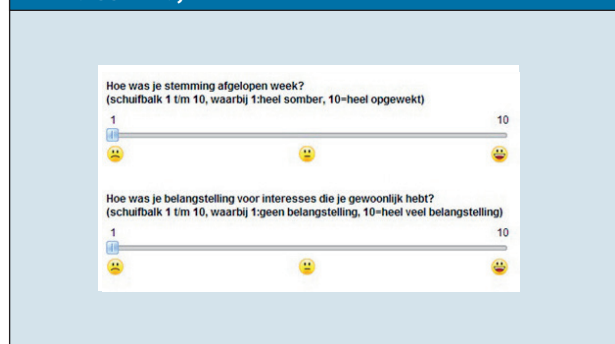
FIGUUR 1. VOORBEELD UITLEG LES 1 DEPRESSIEVRIJ



FIGUUR 2. VOORBEELD OPDRACHT LES 3 DEPRESSIEVRIJ



FIGUUR 3. STEMMINGSMETER VIA SMS OF E-MAIL DEPRESSIEVRIJ



THERAPEUTONDERSTEUNING Iedere deelnemer die werd toegewezen aan de mobiele CT-conditie, werd gekoppeld aan een in C(G)T getrainde therapeut, die daarnaast ook een uit twee dagdelen bestaande training had gevolgd in het begeleiden van mobiele CT. Alle deelnemers werden benaderd voor twee telefonische contactmomenten met hun therapeut.

Deze momenten waren van te voren ingepland rond les twee en les vijf, omdat uitval vaak plaatsvindt aan het begin van een behandeling (Eysenbach, 2005). Gingen deelnemers niet op de uitnodiging voor een contactmoment in, dan kregen ze maximaal vier herinneringen via e-mail of telefoon. De telefonische contactmomenten waren geprotocolleerd en gericht op de inhoud en het afronden van de acht lessen. Alle deelnemers konden hiernaast nog maximaal twee extra telefonische contacten met hun therapeut aanvragen. Verder mochten zij onbeperkt e-mailen met inhoudelijke vragen.

RESULTATEN

De groep mensen die doorgingen met reguliere zorg zoals gebruikelijk – dat wil zeggen: geen zorg, zorg bij huisarts of ggz – bestond uit 113 mensen. De groep deelnemers die naast reguliere zorg van start ging met mobiele CT, bestond uit 126 mensen. Deelnemers hadden een hoog aantal voorgaande depressieve episoden (mediaan=4) en waren gemiddeld acht maanden in remissie. Bij 47.6% van de mobiele CT-groep en bij 51.3% van de gebruikelijke zorggroep bestond de reguliere zorg uit behandeling met antidepressiva, bij 38.1% van de mobiele CT-groep en bij 37.2% van de gebruikelijke zorggroep bestond die uit helemaal geen behandeling en bij 21.4% van de mobiele CT-groep en bij 21.2% van de gebruikelijke zorggroep uit behandeling bij de ggz.

GEBRUIK VAN MOBIELE CT Van de 126 mensen in de mobiele CT-groep, rondde 89.7% de eerste les af (n=113). Hiervan rondde 53.1% alle lessen af – wat overeenkomt met de 50-85% gevonden in andere gerandomiseerde trials naar op internet-gebaseerde acute fasebehandelingen die eveneens onder-

steund werden door therapeuten (bijv. Christensen, Griffiths & Farrer, 2009). De lessen werden door de deelnemers over het algemeen als (zeer) bruikbaar en gemakkelijk bestempeld. Per les waren de meeste deelnemers tussen de dertig en zestig minuten bezig.

Wat opvalt, is dat de gemiddelde tijd van ondersteuning door therapeuten per deelnemer in totaal (e-mail en telefoonondersteuning) slechts achttien minuten bedroeg. Dit is veel minder dan gevonden in andere studies, waar de gemiddelde tijd van ondersteuning van internetbehandelingen gericht op acute faseproblematiek tussen de 180-352 minuten lag (Carlbring et al., 2006; Klein et al., 2009), of rond de 150 minuten bij een online CGT terugvalpreventieprogramma (Holländare et al., 2011). Hoewel iedere deelnemer uitgenodigd werd voor een tweede telefonische afspraak met de therapeut, maakte slechts 56.5% van de 113 deelnemers die de eerste les afgerond hadden hier gebruik van. Daarnaast stelde slechts 40.5% van de deelnemers vragen per e-mail.

BELOOP VAN DEPRESSIEVE KLACHTEN Bij deelnemers in de reguliere zorggroep (N=113) nam het niveau van depressieve symptomen, gemeten met de IDS-SR30, toe, vanaf de start van het onderzoek (baseline meting) tot drie maanden na afloop. Daarentegen namen de depressieve symptomen over drie maanden af bij deelnemers (N=126) die mobiele CT volgden (zie tabel 1 voor het beloop van depressieve symptomen in beide groepen). Vergeleken met de gebruikelijke zorggroep neemt de IDS-SR30 score in de mobiele CT-groep met -1.63 punten af per maand ($t=-3.407$, $p=.001$). Dit effect is onafhankelijk van het aantal voorgaande episoden of het type gebruikelijke zorg bij aanvang van de studie. Verder was er

sprake van een dosis-respons-effect: des te meer lessen mensen hadden afgerond, des te groter het effect van mobiele CT.

E-HEALTH IN DE PRAKTIJK Deze kortetermijnresultaten tonen aan dat het volgen van mobiele CT in aanvulling op reguliere zorg, tot een significante vermindering in depressieve symptomen leidt (over drie maanden), in vergelijking tot gebruikelijke zorg alleen. Zoals eerder genoemd waren alle deelnemers bij aanvang van de studie in herstel en het gemiddelde niveau van depressieve symptomen was erg laag. Echter, de aanwezigheid en fluctuaties in depressieve symptomen, hoe klein ook, zijn belangrijke voorspellers van terugval (American Psychiatric Association, 2010; Ten Doeschate et al., 2010; Bockting et al., 2015). Behandeling gericht op depressieve symptomen zou een gunstig effect op de lange termijn kunnen hebben (Guidi et al., 2011).

Hoewel de resultaten op korte termijn van deze studie hoopgevend zijn, zullen we de resultaten op de lange termijn (12-24 maanden) moeten afwachten voordat er eventuele implementatie van mobiele CT in de praktijk kan plaatsvinden. Daarnaast is het bij dit onderzoek (en het merendeel van

Ondersteuning van internetbehandelingen door therapeuten correleert met een hogere therapietrouw

TABEL 1. DEPRESSIEVE SYMPTOMEN OVER DRIE MAANDEN

DEPRESSIEVE SYMPTOMEN (IDS-SR ₃₀)	MOBIELE CT (N=126)		GEBUIKELIJKE ZORG (N=113)	
	M	SD	M	SD
Baseline	16.44	10.5	16.06	9.5
6 weken	18.61	12.2	20.76	12.1
3 maanden	16.38	10.9	21.52	12.4
M=gemiddelde, SD=Standaarddeviatie				

Des te meer lessen mensen afronden, des te groter het effect van mobiele CT

de onderzoeken naar E-health) de vraag of onderzoeksresultaten te generaliseren zijn naar de klinische praktijk. De meeste studies vonden plaats in een populatie waarvan het grootste deel van de mensen zichzelf heeft aangemeld voor deelname en slechts een klein deel is doorverwezen via huisartsen, ziekenhuizen of ggz-instellingen. Al representeren de cliënten in deze studie een diverse populatie in de eerste lijn (huisartszorg), basiszorg en specialistische ggz.

ONDERSTEUNING Ondersteuning van internetbehandelingen door therapeuten correleert met een hogere therapietrouw (Andersson, 2009; Christensen et al., 2009; Spek et al., 2007). In een recente meta-analyse naar therapietrouw bij internetbehandelingen zonder ondersteuning door therapeuten, was die trouw slechts 17% (Karyotaki et al., 2015). In onze studie vonden we een eerste indicatie dat ook met een lage tijdsinvestering van therapeuten (gemiddeld 18 minuten) de therapietrouw vergelijkbaar is met de therapietrouw in studies met een veel hogere mate van ondersteuning. Van belang hierbij is wel dat hier om een herstelde, weliswaar hoge risicogroep voor depressieve terugval ging die misschien minder ondersteuning nodig heeft. Wellicht is de benodigde hoeveelheid ondersteuning afhankelijk van de ernst van een probleem (Farrand & Woodford, 2013). Daarnaast zijn er recent sterke effecten gevonden van geautomatiseerde ondersteuning (Espie et al., 2012; Ritterband et al., 2009). Wellicht dat geautomatiseerde stemmingscontrole via sms en e-mail al voldoende is om tot een goede therapietrouw en tot positieve behandeluitkomsten te leiden. Meer onderzoek is uiteraard nodig, met name onderzoek waarin diverse soorten ondersteuning direct met elkaar vergeleken worden.

Het kunnen verminderen van de therapeuttijd bij E-health, kan een kostenbesparing betekenen ten opzichte van face-to-face-behandelingen. Echter, uit recent onderzoek van Kenter et al. (2015) bleek dat het bij het aanbieden van blended behandelingen, het gebruik van E-health juist

resulteerde in een langere behandelduur en hogere kosten dan bij een reguliere face-to-face-behandeling, zonder dat dit leidde tot een groter effect. Hoewel het gebruik van E-Health mogelijk niet de verwachte kostenbesparing oplevert, spelen de hoge kosten van ontwikkeling en technische ondersteuning en implementatieproblemen, waaronder de nieuwe rol van een behandelaar, wellicht ook een rol (Richards et al., 2006). Zo is er veel twijfel over de mogelijkheid tot het opbouwen van een therapeutische relatie bij een internetbehandeling (Becker & Jensen-Doss, 2013). Een goede opleiding van (toekomstige) therapeuten is daarom van groot belang. Onlangs zijn diverse universiteiten, waaronder die in Groningen en Utrecht, gestart met het aanbieden van lessen gericht op E-health. Daarnaast krijgt het onderwijs op dit gebied in het postdoctoraal onderwijs mondjesmaat vorm.

Mocht mobiele CT, of een andere behandeling, een (kosten)effectieve manier van behandeling blijken, dan zal een eventuele implementatie hiervan zorgvuldig uitgevoerd moeten worden. Nieuwe behandelingen zullen niet effectief zijn in de praktijk als ze niet goed geïmplementeerd worden (Powell, Proctor, & Glass, 2014). In lijn met wat Heleen Riper aangaf in een interview in het tijdschrift *GZ-Psychologie* en in haar oratie (Riper, 2015), zal dit nog veel onderzoek, organisatie en begeleiding vergen.

BESLUIT

E-health, waaronder mobiele CT, als aanvulling op bestaande therapieën, kan het behandel aanbod verbreden en de zelfredzaamheid van cliënten verhogen. Tevens kan de tijdsinvestering van therapeuten naar behoefte verlaagd worden. Uit ons onderzoek blijkt dat therapeuten ter ondersteuning van mobiele CT slechts achttien minuten nodig hadden. Of dit ook voor een hogere (kosten)effectiviteit zorgt dan bij reguliere preventieve CT is nog niet bekend. De korte termijnresultaten van mobiele CT bij depressie zijn hoopgevend, we zullen de twee jaar follow-up evenwel

moeten afwachten om hier meer over te kunnen zeggen.

Vele instellingen, de overheid en zorgverzekeraars propageren E-health als belangrijk onderdeel van het behandelaanbod. Er is daarom geïnvesteerd in de ontwikkeling van E-health. Desondanks wordt E-health in de geestelijke gezondheidszorg nog beperkt gebruikt. Meer kennis over het gebruik en het effect van ontwikkelde programma's in de dagelijkse praktijk is nodig.

OVER DE AUTEURS

Dr. Gemma Kok is werkzaam als psycholoog bij IPGGZ en was als postdoc verbonden aan de Rijksuniversiteit Groningen, Basiseenheid Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie. Claudi Bockting is hoogleraar bij de Universiteit Utrecht, Afdeling Klinische Psychologie en bij de Rijksuniversiteit Groningen, Basiseenheid Klinische Psychologie en Experimentele Psychopathologie. Correspondentie over dit artikel: g.d.kok@rug.nl.

Onderhavig artikel is gebaseerd op de 'Doorbreek het ritme van depressie studies' dat onder meer uitmondde in het proefschrift Under pressure. Vulnerability and stress in recurrent depression and new technologies to prevent relapse, dat Gemma Kok op 29 september 2014 verdedigde aan de RUG. De auteurs danken alle cliënten in het onderzoek alsook alle deelnemende instellingen, Arkin, PsyQ (Amsterdam, Groningen en Rotterdam), de huisartsen van het Huisartsen Genootschap van het VUmc, het Trimbos-instituut. Alle therapeuten, met name Evelien van Valen, voor de ondersteuning van DepressieVRIJ. Tot slot alle honourstudenten, masterstudenten en onderzoekmedewerkers, met name Ellen Hendriks, Michelle van der Laan en Nicola Klein. Dit onderzoek is gesubsidieerd door ZonMw, programma: Disease management, chronische ziekten (project nummer: 300020014).

Summary

PREVENTION OF DEPRESSIVE RELAPSE WITH E-HEALTH

G. KOK & C. BOCKTING

Could a preventive cognitive treatment as offered via the internet, with minimal therapist support and monitoring of mood (Mobile Cognitive Therapy) offer an effective and acceptable way of prevention of depressive relapse, and how much therapist support is used? Depression is a highly recurrent disorder. Ongoing monitoring and treatment is recommended to prevent relapse in patients that experienced previous episodes of depression. To increase the accessibility of care, E-health could be a potentially suitable way of treatment.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2010). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, third edition. *October*, (152), 1170.
- Andersson, E., Steneby, S., Karlsson, K., Ljótsson, B., Hedman, E. et al. (2014). Long-term efficacy of Internet-based cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder with or without booster: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 44(13), 2877-2887.
- Andersson, G. (2009). Using the internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 47(3), 175-180.
- Andersson, G. & Cuijpers, P. (2009). Internet-Based and Other Computerized Psychological Treatments for Adult Depression: A Meta-Analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 196-205.
- Bagby, R.M., Ryder, A.G., Schuller, D.R. & Marshall, M.B. (2004). The Hamilton Depression Rating Scale: Has the Gold Standard Become a Lead Weight? *The American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2163-2177.
- Barnes, C.W., Hadzi-Pavlovic, D., Wilhelm, K. & Mitchell, P.B. (2015). A web-based preventive intervention program for bipolar disorder: outcome of a 12-months randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 174, 485-492.
- Barnes, C., Harvey, R., Mitchell, P., Smith, M. & Wilhelm, K. (2007). Evaluation of an online relapse prevention program for bipolar disorder: An overview of the aims and methodology of a randomized controlled trial. *Disease Management & Health Outcomes*, 15(4), 215-224.
- Becker, E.M. & Jensen-Doss, A. (2013). Computer-assisted therapies: Examination of therapist-level barriers to their use. *Behavior Therapy*, 44(4), 614-624.
- Bockting, C.L.H., Elgersma, H.J., Rijsbergen, G.D. van, Jonge, P. de, Ormel, J. et al. (2011). Disrupting the rhythm of depression: Design and protocol of a randomized controlled trial on preventing relapse using brief cognitive therapy with or without antidepressants. *BMC Psychiatry*, 11.
- Bockting, C.L.H., Kok, G.D., Smit, F., Valen, E. van, Schoevers, R. et al. (2011). Disrupting the rhythm of depression using mobile cognitive therapy for recurrent depression: Randomized controlled trial design and protocol. *BMC Psychiatry*, 11:12.
- Bockting, C., Hollon, S.D., Jarrett, R.B., Kuyken, W. & Dobson, K. (2015). A lifetime approach to major depressive disorder: The contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence. *Clinical Psychology Review*, 41, 16-26.
- Burcusa, S.L. & Iacono, W.G. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 959-985.
- Carlbring, P., Bohman, S., Brunt, S., Buhrman, M., Westling, B.E. et al. (2006). Remote treatment of panic disorder: A randomized trial of internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls. *The American Journal of Psychiatry*, 163(12), 2119-2125.
- Christensen, H., Griffiths, K.M. & Farrer, L. (2009). Adherence in Internet intervention for anxiety and depression: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 11(2), 1-16.
- Espie, C.A., Kyle, S.D., Williams, C., Ong, J.C., Douglas, N.J. et al. (2012). A randomized, placebo-controlled trial of online cognitive behavioral therapy for chronic insomnia disorder delivered via an automated media-rich web application. *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research*, 35(6), 769-781.
- Eysenbach, G. (2005). The Law of Attrition. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1), e11.
- Farrand, P. & Woodford, J. (2013). Impact of support on the effectiveness of written cognitive behavioural self-help: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 182-195.

- Fichter, M. M., Quadflieg, N., Nisslmlüller, K., Lindner, S., Osen, B. et al. (2012). Does internet-based prevention reduce the risk of relapse for anorexia nervosa? *Behaviour Research and Therapy*, 50(3), 180-190.
- First, M., Spitzer, R. L. & Gibbon, M. (2001). *Structural Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research version patient edition with psychotic screen*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Guidi, J., Fava, G. A., Fava, M. & Papakostas, G. I. (2011). Efficacy of the sequential integration of psychotherapy and pharmacotherapy in major depressive disorder: A preliminary meta-analysis. *Psychological Medicine*, 41(2), 321-331.
- Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56-61.
- Hölländare, F., Anthony, A. S., Rändestad, M., Tillfors, M., Carlbring, P. et al. (2013). Two-year outcome of internet-based relapse prevention for partially remitted depression. *Behaviour Research and Therapy*, 51(11), 719-722.
- Hölländare, F., Johnsson, S., Rändestad, M., Tillfors, M., Carlbring, P. et al. (2011). Randomized trial of Internet-based relapse prevention for partially remitted depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(4), 285-294.
- Karyotaki, E., Kleiboer, A., Smit, F., Turner, D. T., Pastor, A. M. et al. (2015). Predictors of treatment dropout in self-guided web-based interventions for depression: an 'individual patient data' meta-analysis. *Psychological Medicine*, 1-10.
- Kenter, R. M. F., van de Ven, P. M., Cuijpers, P., Koole, G., Niamat, S. et al. (2015). Costs and effects of Internet cognitive behavioral treatment blended with face-to-face treatment: Results from a naturalistic study. *Internet Interventions*, 2(1), 77-83.
- Klein, B., Austin, D. W., Pier, C., Kirapoulos, L., Shandley, K. Mitchell, J. et al. (2009). Internet-based treatment for panic disorder: Does frequency of therapist contact make a difference? *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(2), 100-113.
- Kok, G. (2014). *Under pressure: Vulnerability and stress in recurrent depression and new technologies to prevent relapse*. University of Groningen.
- Kok, G., Bockting, C., Burger, H., Smit, F., & Riper, H. (2014). Mobile Cognitive Therapy: Adherence and acceptability of an online intervention in remitted recurrently depressed patients. *Internet Interventions*, 1(2), 65-73.
- Iy, K., Dahl, J., Carlbring, P., & Andersson, G. (2012). Development and initial evaluation of a smartphone application based on acceptance and commitment therapy. *SpringerPlus*, 1(1), 11.
- Ly, K., Trüschel, A., Jarl, L., Magnusson, S., Windahl, T. et al. (2014). Behavioural activation versus mindfulness-based guided self-help treatment administered through a smartphone application: a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 4(1).
- Mueller, T. I., Leon, A. C., Keller, M. B., Solomon, D. A., Endicott, J., Coryell, W. et al. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 156(7), 1000-1006.
- National Institute for Health & Care Excellence. (2010). In National Institute for Health and Clinical Excellence Depression: The treatment and management of depression in adults (updated edition). *National Clinical Practice Guideline 90. National Collaborating Centre for Mental Health*. Great Britain: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- Paris, J. (2003). Personality disorders over time: Precursors, course and outcome. *Journal of Personality Disorders*, 17(6), 479-488.
- Penninx, B. W. J. H., Nolen, W. A., Lamers, F., Zitman, F. G., Smit, J. H. et al. (2011). Two-year course of depressive and anxiety disorders: Results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 76-85.
- Powell, B. J., Proctor, E. K. & Glass, J. E. (2014). A systematic review of strategies for implementing empirically supported mental health interventions. *Research on Social Work Practice*, 24(2), 192-212.
- Richards, D. A., Lankshear, A. J., Fletcher, J., Rogers, A., Barkham, M. et al. (2006). Developing a U.K. protocol for collaborative care: a qualitative study. *General Hospital Psychiatry*, 28(4), 296-305.
- Richards, D. & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 329-342.
- Riper, M. M. (2015). *Spotify de GGZ: personaliseren, engageren en verbinden*. Unpublished Oration, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam.
- Riper, H., Spek, V., Boon, B., Conijn, B., Kramer, J. et al. (2011). Effectiveness of E-self-help interventions for curbing adult problem drinking: A meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 13(2), 44-56.
- Ritterband, L. M., Thorndike, F. P., Cox, D. J., Kovatchev, B. P. & Gonder-Frederick, L. (2009). A behavior change model for Internet interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1), 18-27.
- Rush, A. J., Giles, D. E., Schlesser, M. A., Fulton, C. L., Weissenburger, J. & Burns, C. (1986). The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS): preliminary findings. *Psychiatry Research*, 18(1), 65-87.
- Rush, A. J., Gullion, C. M., Basco, M. R. & Jarrett, R. B. (1996). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Psychometric properties. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 26(3), 477-486.
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Ibrahim, H. M., Carmody, T. J., Arnow, B. A., Klein, D. N. et al. (2003). The 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): A psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological Psychiatry*, 54(5), 573-583.
- Scholten, W. D., Batelaan, N. M., van Balkom, A. J. L. M., Penninx, B. W. J. H., Smit, J. H. et al. (2013). Recurrence of anxiety disorders and its predictors. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 180-185.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37(3), 319-328.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Kroenke, K. & Linzer, M. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 study. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 272(22), 1749-1756.
- ten Doesschate, M. C., Bockting, C. L. H., Koeter, M. W. J. & Schene, A. H. (2010). Prediction of recurrence in recurrent depression: A 5.5-year prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(8), 984-991.
- Williams, J. B., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davies, M. et al. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 630-636.
- Wright, J. H., Wright, A. S., Albano, A. M., Basco, M. R., Goldsmith, L. J. et al. (2005). Computer-Assisted Cognitive Therapy for Depression: Maintaining Efficacy While Reducing Therapist Time. *The American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1158-1164.

Innerview

Het online interview dat verder kijkt



Het meest menselijke alternatief om psychische en somatische klachten in beeld te brengen.

Innerview is een instrument waarmee uw cliënt wordt geholpen om eenvoudig en vanuit zijn gevoel zijn gezondheidsverhaal te verwoorden. De rapportage die u krijgt, geeft een duidelijk beeld van de mentale en fysieke klachten van de cliënt. Het bespaart

u tijd en ondersteunt u in uw keuze voor de best passende zorg. Innerview wordt ook gebruikt door huisartsen en POH-GGZ als beslisondersteuner bij de verwijzing naar mentale zorg en als ondersteuning van de klinische blik.

**Benieuwd naar de voordelen van Innerview voor uw praktijk?
Probeer Innerview nu gratis uit voor 4 weken.**

Kijk op www.innerview.nl/proberen voor meer informatie.

BIJEENKOMST

YOGA IN DE GEZONDHEIDSZORG

Naast pillen en praten is er nog een mogelijkheid om psychische problemen te behandelen: met yoga. De gunstige effecten van yoga zijn al aangetoond bij angst, depressie, PTSS en slaapstoornissen. Toch wordt yoga binnen de gezondheidszorg nog nauwelijks aangeboden.

Op de tweede International Conference on Yoga Therapy and Research (ICYTR) op 6 mei 2016 in de Zuiderkerk in Amsterdam houdt openingsspreker Sat Bir Singh Khalsa daarom een warm pleidooi voor onderzoek naar de kosteneffectiviteit van yoga. 'Het huidige systeem is disfunctioneel. Slaappillen worden wel vergoed, maar yoga niet.'

Met zijn lange witte baard, witte tulband en vriendelijke uitstraling ziet Khalsa eruit zoals ik dat verwacht van een echte yogi. Al sinds de jaren zeventig, toen Khalsa begon met de beoefening van kundalini yoga, draait zijn leven om yoga. Behalve yogaleraar is Khalsa directeur onderzoek van twee yoga-instituten, assistenthoogleraar aan Harvard Medical School en redacteur van het eerste, zojuist verschenen handboek *The principles and practice of yoga in health care*. Het boek biedt up to date kennis over hoe yoga als zelfstandige of als aanvullende behandeling het beste kan worden ingezet bij tal van psychische en/of lichamelijke aandoeningen. De stand van zaken in het yoga-onderzoek doet me denken aan die in het onderzoek naar de effectiviteit van psychotherapie. 'We weten dat yoga werkt,' vat Khalsa samen, 'we weten alleen nog niet precies welke yogavorm, met welke intensiteit, met welke duur, bij welke klacht moet worden aangeboden.'

Globale gezondheidseffecten

'De yogahoudingen zijn slechts één van de pijlers onder yoga,' vertelt Khalsa, 'de andere drie zijn de adem, ontspanning en meditatie.' Door deze ijzersterke combinatie zorgt yoga niet alleen voor meer flexibiliteit en kracht, maar ook voor een beter stresshanterend vermogen en voor een toename in mindfulness en spiritualiteit; zo vinden yogabeoefenaars hun leven vaker betekenisvol en ervaren zij meer flow. Op termijn leidt yoga zelfs tot een verbeterde werking van het spijsverterings- en immuunsysteem en tot structurele

veranderingen in hersengebieden die met aandacht te maken hebben. Vanwege deze globale gezondheidseffecten biedt yoga veel kansen voor preventie. 'Daar is in de gewone gezondheidszorg, waar men zich vooral bezighoudt met symptoombestrijding, nauwelijks aandacht voor,' stelt Khalsa. 'Yoga daarentegen richt zich wel op de oorzaken van leefstijlziekten: veel stress, een laag bewustzijn en een beperkt wereldbeeld dat draait om status en bezit.'

Enthousiast vertelt Khalsa tot slot over zijn nieuwste missie: kinderen en adolescenten in contact brengen met yoga. De eerste onderzoeksuitkomsten zijn positief. Middelbare scholieren die een semester lang yogales kregen, hadden een betere psychische gezondheid dan leerlingen die de gewone gymlessen volgden. Meer nog dan door de cijfertjes werd Khalsa overtuigd door de uitspraken van jongeren: 'I learned how to pay attention to how my body feels', 'I have been a lot happier lately...', en 'I have been eating healthier, more fruits and vegetables'.

AYURVEDA

De lezing van dokter Vijith, gehuld in traditionele Indiase kleding, vormt een eerbetoon aan diens persoonlijke goeroe Valloor Shankaran Namboothiri (1916-2015), de verpersoonlijking van ayurveda. Van hem leerde Vijith dat het belangrijkste levensdoel het helpen van anderen is. Sinds elf jaar doet Vijith dat in zijn eigen Ayurvedische centrum waar zo'n tweehonderd Ayurvedische medicijnen op basis van driehonderd verschillende kruiden worden vervaardigd. Daarnaast experimenteert Vijith graag met andere methoden; blaas therapie bij astma en oog oefeningen bij slapeloosheid en PTSD's.

Dokter Martina Zisková, die zowel geschoold is in de westerse als in de Ayurvedische geneeskunde, vertelt ons wat meer over deze oude Indiase geneeswijze. Het belangrijkste principe binnen de Ayurvedische leer is de fundamentele eenheid van lichaam en geest. De geest wordt gezien als een instrument van het bewustzijn, het lichaam als een compacte vorm van datzelfde bewustzijn. De huidige epidemie van psychische klachten wordt volgens Zisková veroorzaakt doordat mensen in het Westen niet meer in contact staan met hun natuurlijke behoeftes. Ze hebben geen goede dagelijkse routine, eten bewerkt voedsel van lage kwaliteit en staan bloot aan te veel

prikkels: zintuiglijke obesitas. Hierdoor kan de prana, de levensenergie, niet vrij stromen en verdwijnt het evenwicht tussen de drie energieprincipes Vata (beweging), Pitta (metabolisme) en Kapha (cohesie). Dit vertaalt zich in spanning in het lichaam en een continue gedachtestroom in het hoofd, waarvan zo'n 80% iedere dag hetzelfde is. In haar praktijk in Praag koppelt Zisková een ayurvedische behandeling aan het achtvoudige pad van yoga. 'Twee halen, één betalen,' lacht Zisková, die ook een tijd in Amsterdam heeft gewoond, met zwaar accent. Door de wijsheid in het lichaam te ondersteunen probeert zij de geest van haar cliënten opnieuw in een toestand van sattva te brengen. Dan is er sprake van een zuivere waarneming en goede balans tussen handelen en niet-handelen. 'De intelligentie die het probleem creëert,' besluit Zisková, 'kan het probleem ook oplossen.'

Deze paradox wordt fraai geïllustreerd in het moedige en persoonlijke verhaal van de Nederlandse Willemijn Irvine. Wat begon met strenge eetregels, eindigde in een periode van acht jaar met ziekenhuisopnames wegens anorexia. Intensieve yogabeoefening en een behandeling door een ervaringsdeskundige hulpverlener waren doorslaggevend voor het herstel van Irvine, die nu zelf als coach jongeren met depressieve klachten en eetproblemen begeleidt. Dagelijks is ze bezig met het ontwikkelen van kwaliteiten als veerkracht en compassie. 'De ware uitdaging,' bekent Irvine, 'is om de rust en de kalmte die ik op de yogamat voel, ook te ervaren in het gewone leven.'

TWEE UITERSTEN

Na de lunch, precies op het moment dat ik best even een dutje zou willen doen, vertelt de Engelse yoga-therapeut James Reeves over een onderzoek uit de jaren zeventig waarin ervaren meditatiebeoefenaren tijdens hun namiddagssessie zo'n 40% van de tijd bleken te slapen. Per ongeluk in slaap vallen is echter iets heel anders dan de toestand van bewuste slaap waarin men bij Yoga Nidra probeert te raken. Om deze diepe bewustzijnstoestand, waarin de ervaring van het zelf verdwijnt, voor meer mensen toegankelijk te maken ontwikkelde psycholoog Richard Miller een stapsgewijze vorm van Yoga Nidra. Deze methode, bekend onder de naam iRest (Integrative Restoration) yoga nidra, wordt inmiddels toegepast bij onder meer

militairen, verslaafden en chronische pijn- en kankerpatiënten. 'In de eerste twee fasen wordt toegewerkt naar een toestand van lichamelijke homeostase en naar een gezond en stevig zelfgevoel,' vertelt Reeves, die door Miller persoonlijk in iRest yoga nidra werd opgeleid. 'Daarna wordt het gevoel een beperkt zelf te zijn onderzocht en opgeheven. De slotfase is dus niet langer gericht op het oplossen van problemen, maar op het creëren van een bewustzijnservaring: "The place you are looking for, is the place from which you are looking"'. Het publiek krijgt een voorproefje. Reeves nodigt ons uit de atmosfeer rustig op ons in te laten werken en ons te concentreren op de momenten tussen twee ademhalingen; momenten van puur zijn. Na deze meditatieoefening is mijn after lunch dip verdwenen.

In tegenstelling tot iRest yoga nidra, waaraan geen yogahouding te pas komt, bestaat ashtanga yoga uit een vaststaande serie pittige houdingen die zes dagen per week moet worden uitgevoerd. Om de effecten van deze intense yogavorm en een gezonde leefstijl te ontwarren, vergeleek Marie Niitsoo voor haar afstudeeronderzoek aan de Vrije Universiteit in Amsterdam zeventien ashtanga yogabeoefenaars met zeventien fanatieke sporters zonder enige yoga-ervaring. In vergelijking tot de sporters hadden de yogabeoefenaren een groter emotioneel welbevinden en minder last van stress. Ook op korte termijn vond Niitsoo effecten. Na een uur yoga verbeterde de aandacht en waarneming van de yogi's; een uur fietsen had dit effect, ook bij de sporters, niet. Gewone sporters profiteren dus niet in dezelfde mate van hun lichaams oefening als yogi's van yoga, aldus Niitsoo.

YOGALERAAR- OF THERAPEUT?

De eerste dag van de tweedaagse yogaconferentie eindigt met een paneldebat onder leiding van yogaleraar en voormalig chirurg Karlien Bongers. Onder

de panelleden zijn yogaonderzoeker Sat Bir Singh Khalsa, kinder- en jeugdpsychiater Floortje Scheepers en directeur Buurtzorg Jos de Blok. Wanneer Bongers vraagt om vingers, blijkt dat het aantal yogatherapeuten in de zaal ten opzichte van het aantal yogaleraars zwaar in de minderheid is. Dit illustreert hoe lastig het

is om common grounds te vinden tussen de reguliere geneeskunde en yoga. 'In Amerika is het een pijnlijk proces,' beaamt Khalsa, 'daar mag je jezelf geen yogatherapeut noemen, ook niet als je werkt met patiënten. Gelukkig bestaan er intussen wel 56 centra voor integratieve geneeskunde.' Ook in Nederland, waar zowel yogaleraar als yogatherapeut onbeschermde titels zijn, wordt

'De huidige epidemie van psychische klachten wordt veroorzaakt doordat mensen in het Westen niet meer in contact staan met hun natuurlijke behoeftes'

al op sommige plekken binnen de zorg yoga aangeboden. De afdeling psychiatrie van het UMC Utrecht onder leiding van Scheepers loopt hierin voorop. Zelf heeft Scheepers geen moeite met de titel yogaleraar. 'Alle dokters zijn eigenlijk leraren die hun patiënten helpen zichzelf te genezen. De meeste psychiaters moeten echter nog wennen aan hun veranderende rol en staan sceptisch tegenover yoga.'

Ook De Blok verwacht dat het tij langzaam zal keren. Zo komen er steeds meer vrouwelijke huisartsen en die staan meestal meer open voor complementaire geneeswijzen dan hun mannelijke collega's. Daarnaast zullen er volgens het hele panel pittige gesprekken moeten plaatsvinden met ziektekostenverzekeraars, die vaak veel kennis hebben over geld en weinig over gezondheid. 'Die gesprekken zullen positiever verlopen,' herhaalt Khalsa zijn openingsboodschap, 'naarmate er meer onderzoek komt dat aantoonst dat yoga uiteindelijk goedkoper is dan *care as usual*.'

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



Crown Gillmore biedt brede dienstverlening op het gebied van executive search, interim management, governance, assessments en advies voor onder meer de sectoren zorg & welzijn, onderwijs, openbaar bestuur. Voor onze organisatie zoeken wij een

CONSULTANT met ASSESSMENT ERVARING

die zich naast het uitvoeren van assessments wil verbreden

Een uitgebreid functieprofiel is beschikbaar op

WWW.CROWNGILLMORE.NL

Voor aanvullende informatie kunt u contact opnemen met Crown Gillmore, drs. Eveline Hadewegg Scheffer, via 033 28 58 700 of per mail: eveline.hadewegg@crowngillmore.nl



Ga naar
www.medewerkerbijfrion.nl

Frion zoekt:

Orthopedagoog generalist of GZ-psycholoog

FG 65 - 2 x 24-36 uur

Frion ontwikkelt, investeert en breidt uit

Frion is specialist in de verstandelijk gehandicaptenzorg en ontwikkelt aanbod voor complexe zorgvragen. De professionals in de groep Behandelcoördinatie zoeken extra collega's.

De orthopedagoog generalist of GZ-psycholoog draagt zelfstandig behandelverantwoordelijkheid en geeft de collega's in opleiding werkbegeleiding.

Inhoudelijk leiderschap

Frion werkt met resultaatverantwoordelijke teams. Dat vraagt inhoudelijk leiderschap op de inhoud van zorg van de professionals in de groep Behandelcoördinatie.

Geïnteresseerd?

Solliciteer voor 1 oktober 2016. Meer informatie over deze vacature vind je op www.medewerkerbijfrion.nl.

HagaZiekenhuis zoekt: Klinisch Psycholoog/Ervaren GZ-psycholoog (0,8 fte)

Het HagaZiekenhuis biedt 23 medisch specialistische opleidingen, waarvan 14 poort-specialismen. Het zorgaanbod varieert van basiszorg tot onderscheidende topklinische functies, zoals het Hart- en Vaatcentrum en de geneeskunde bij kinderen in het Juliana Kinderziekenhuis. Bovendien huisvest het ziekenhuis één van de drukst bezochte SEH's van Nederland. Het Haga-Ziekenhuis is onderdeel van de Reinier Haga Groep.



Uw profiel

U bent een BIG-geregistreerd Klinisch psycholoog/GZ-psycholoog met bij voorkeur een registratie Seksuoloog of de bereidheid hiertoe een opleiding te volgen. Lidmaatschap van de VGCT is gewenst. U bent enthousiast over de inhoudelijke aspecten van het vak en hebt een collegiale en flexibele instelling. Heeft u daarbij aantoonbare ervaring/affiniteit met het werken in de somatisch gezondheidszorg?

Dan nodigen wij u van harte uit om te solliciteren.

De functieomschrijving met het volledige profiel kunt u terug vinden op onze website

www.werkenbijhaga.nl



ESSAY

FUNDAMENTEN VAN DE PSYCHOLOGISCHE WETENSCHAP

BINETS WERK OVER INTELLIGENTIE

Het is zorgelijk dat de academische psychologie aan gezichtsverlies lijdt door oneerlijkheid en publicatiedrang, stelt Annemarie Köhne. De psychologie verdient een kritische blik. Daartoe zal haar fundament belicht moeten worden. Dat doet Köhne aan de hand van het werk van Alfred Binet over intelligentie. 'De academische psychologie moet stoppen het gat tussen realisme en constructivisme te dichten middels allerlei kunstige verbloemingen.'



Om meer te weten te komen over de fundamenteën van de psychologische wetenschap lijkt onderzoek naar het ontstaan van een gevestigd psychologisch begrip een juiste methode. Het ontstaan van een dergelijk begrip toont namelijk hoe de psychologische wetenschap tot 'ontdekkingen' komt. 'Intelligentie' is zo'n gevestigd begrip dat zowel in het maatschappelijk leven als in de klinische praktijk als een bestaande, objectief houdbare entiteit gezien en gebruikt wordt. Het begrip is geïnstitutionaliseerd en stuurt ons handelen; er bestaan scholen voor 'hoogbegaafden' en instellingen voor 'verstandelijk beperkten'. Het begrip bestaat.

Het klassieke werk van Alfred Binet (1905/1916)¹ waarin hij de 'ontdekking doet' is naar de achtergrond geraakt en vergeten. Dit werk wordt in dit artikel ontdaan van stof om de wetenschapspraktijk rondom dit begrip te kunnen onderzoeken. De vraagstelling van dit essay luidt: hoe is het psychologische begrip intelligentie ontstaan en wat zegt dit over de psychologische wetenschap?

BINET EN ZIJN DOCHTERS

In de negentiende eeuw las Sir Francis Galton *The Origin of Species* (1859) dat zijn neef Charles Darwin geschreven had. Hij was zeer onder de indruk van het werk

van zijn neef en begon zich bezig te houden met de rol van genetica in de menselijke ontwikkeling. Galton wilde deze verschillen kunnen meten in zijn zoektocht naar de Hereditary Genius en ontwikkelde daartoe een aantal psychologische tests die hij voor het eerst in de geschiedenis ook statistisch kon onderbouwen. Hij kwantificeerde karakteristieken en vermogens van een aantal generaties proefpersonen en zocht naar correlaties. De tests bleken echter zwak doordat deze niet correleerden met de werkelijke successen die proefpersonen in hun leven behaalden (Fancher, 1996). Ondanks deze kanttekening was er een psycholoog die zeer geïnspireerd raakte door het werk van Galton: Alfred Binet.

Binet was in die tijd druk bezig met het observeren van het gedrag van zijn twee dochters Alice en Madeleine. Hij merkte op dat zijn dochters Galtons testjes heel goed konden maken, maar dat zij snel afgeleid waren. Binet begon zodoende zelf testjes te ontwikkelen die hiermee rekening hielden; het oordeelsvermogen, geheugen en de verbeelding van Madeleine en Alice werd zodoende in detail onderzocht door hun vader.

Over de onderzoeken die hij door de jaren heen met zijn dochters deed, heeft Binet een aantal werken geschreven. Hij vond dat zijn dochters erg verschilden. Madeleine typeerde hij als een 'observer' en Alice was volgens haar vader een 'imagineer' (Binet, 1903). In zijn boek beschrijft hij hoe hij dit verschil terug ziet in een antwoord op een simpele vraag. Hij vraagt Made-

leine en Alice in hun tienerjaren iets te schrijven over een blad van een kastanjeboom en krijgt de volgende antwoorden van zijn dochters (Binet, 1903, p. 218-219):

Madeleine: 'The leaf [was] gathered in the autumn, because the folioles are almost yellow except for two, and one is half green and yellow.... The folioles are not of the same size; out of the 7, 4 are much smaller than the three others. The chestnut tree is a dicotyledon, as one can tell by looking at the leaf, which has ramified nervures.'

Alice: 'This ...has just fallen languidly in the autumn wind.... Poor leaf, destined now to fly along the streets, then to rot, heaped up with the others. It is dead today, and it was alive yesterday! Yesterday, hanging from the branch it awaited the fatal flow of wind that would carry it off, like a dying person who awaits its final agony. But the leaf did not sense its danger, and it fell softly in the sun.'

Binet (1903) tracht hier relatieve, individuele verschillen tussen zijn dochters aan te tonen. Dit vormde de grond waarop hij zijn werk over de intelligentietest bouwde.

VRAAG FRANSE OVERHEID

In het begin van de 20ste eeuw werd in Frankrijk de leerplicht ingesteld. Zodoende hoefden kinderen die voorheen gestopt waren met school omdat het niveau te hoog gegrepen was, nu niet meer thuis te blijven. Er werden speciale scholen voor deze kinderen ingericht en de Franse overheid wilde weten hoe deze 'mentaal subnormalen' middels

¹ Het betreft een internetpublicatie van de Engelse vertaling uit 1916 van het oorspronkelijke artikel uit 1905. De paginanummers corresponderen met de word-versie die van dit artikel gemaakt is.

een accurate diagnose onderscheiden konden worden van 'norma-len'. Samen met de natuurkundige en psycholoog Théodor Simon trachtte Binet een test te ontwikkelen om kinderen met een 'mentale handicap' te kunnen identificeren en zodoende de Franse overheid te helpen om alle kinderen een passende educatie te geven (Cicciola, Foschi & Lombardo, 2014; Fancher, 1996).

Binet en Simon (1905/1916) ontwikkelden dertig items die opliepen in moeilijkheid en zoveel mogelijk losstonden van de invloed van onderwijs. Deze uiteindelijke intelligentietest werd in 1905 door Binet gepubliceerd. Zijn artikel over deze test is nog altijd één van de meest geciteerde artikelen binnen de psychologie.

ONTOLOGISCHE KUNST

*'The greatest scientists
are always artists as well'*
(Albert Einstein)

Als we Binet (1905/1916) lezen, begrijpen we dat het artikel in die tijd en context overweldigend, origineel en bruikbaar nieuws was. Tot op de dag van vandaag is Binets 'ontdekking' onaangetast gebleven en is het wetenschapsproces achter dit begrip naar de achtergrond verdwenen en vergeten.

Bovenstaande quote van Einstein lijkt over dit wetenschapsproces te gaan; deze illustreert het subtiele verschil tussen constructie en ontdekking. Einstein lijkt ons te willen vertellen dat een wetenschapper zowel creëert als ontdekt. Juist dit proces lijkt belangrijk om in kaart

te brengen als we een beter beeld willen krijgen van hoe er in de psychologische wetenschap realiteit wordt toegekend aan bepaalde verschijnselen.

Binet (1905/1916, pag. 6) legt uit wat we onder het begrip intelligentie moeten verstaan: 'It seems to us that in intelligence there is a fundamental faculty [...] This faculty is judgement, otherwise called good sense, practical sense, initiative, the faculty of adapting one's self to circumstances. To judge well, to comprehend well, to reason well, these are the essential activities of intelligence.'

Er wordt eerst verondersteld dat intelligentie bestaat uit een fundamenteel vermogen, namelijk het oordeelsvermogen; en later blijkt dat intelligentie bestaat uit een aantal fundamentele vermogens. We wisten niet wat de essentie van intelligentie inhield; wat een non-entiteit was, krijgt hier vorm en inhoud. Het begrip staat ineens los van ons en we beginnen een beter beeld te krijgen van de wereld waarin we leven; er bestaat zoiets als intelligentie en dit is het vermogen om te oordelen, begrijpen en redeneren. Er vindt hier in deze zinnen een wijziging van de werkelijkheid plaats.

Het doel van Binets artikel (1905/1916) is niet (alleen) intelligentie te definiëren, zijn doel is tevens om een meetinstrument te presenteren en onderbouwen. Behalve dat hij beweringen doet over de betrouwbaarheid en validiteit van de test, doet hij echter ook beweringen over de werkelijkheid middels die test: 'This scale

properly speaking does not permit the measure of the intelligence, because intellectual qualities are not superposable, and therefore cannot be measured as linear surfaces are measured, but are on the contrary, a classification, a hierarchy among diverse intelligences; [...] Understanding the normal progress of intellectual development among normals, we shall be able to determine how many years such an individual is advanced or retarded. In a word we shall be able to determine to what degrees of the scale idiocy, imbecility, and moronity [débilité] correspond' (Binet, 1905/1916, pag. 4).

Aan het einde wordt werkelijkheid toegevoegd aan ons 'huidige' plaatje van de werkelijkheid, namelijk verschillende op intelligentie gecategoriseerde groepen kinderen. We krijgen er groepen idioten, imbecielen en debielen bij. Waar deze namen voor de groepen en grenzen tussen de groepen vandaan komen, vertelt Binet ons niet. In een paar zinnen zijn er ordeningen aangebracht en groepen toegevoegd aan onze werkelijkheid.

Ook verderop in het artikel vinden we een aantal nieuwe groepen waarvoor volgens Binet (1905/1916, pag. 26) een geschikt meetinstrument ontwikkeld moet gaan worden: 'One could even extend the scale up to the adult normal, the average intelligent, the very intelligent, the hyper-intelligent and measure, or try to measure, talent and genius. We shall postpone for another time this difficult study.'

We zien hier de psychologische wetenschap in actie. Sommige

kinderen hebben zaken sneller onder de knie dan een gemiddeld kind, sommige kinderen doen langer over het oplossen van een probleem dan een gemiddeld kind. Dit is iets in de werkelijkheid, iets dat bestaat. Dit waar te nemen relatieve verschil in oordeelsvermogens tussen kinderen kreeg een naam: het betrof 'de intelligentie'

Sociale wetenschappen zijn altijd bezig geweest met het gelijken op de natuurwetenschappen

van een kind. We zijn nu nog dicht bij de feiten, er is alleen een naam toegevoegd aan iets dat we gewoon konden waarnemen. Vervolgens werd er een test ontwikkeld die kinderen classificeerde in groepen die weer namen kregen; er ontstonden verschillende soorten groepen kinderen die ingedeeld waren op hun cognitieve vermogens. De spanning tussen construct en werkelijkheid wordt beter zichtbaar: waar komen die soorten groepen kinderen vandaan en waar ligt de grens tussen de verschillende groepen?

Binet (1905/1916) voegt hier iets toe aan onze werkelijkheid; hij heeft groepen gecreëerd en grenzen tussen groepen geconstrueerd en namen bedacht. Dit lijkt het ontologisch spel dat Binet voor ons opgevoerd heeft opdat we zijn werkelijkheid zouden omarmen; we zagen rondom iets bestaands een construct gevormd worden.

EPISTEMOLOGISCHE KUNST

Einsteins opmerking is ook op een andere manier te bekijken. Een wetenschapper moet naast dat hij of zij 'feiten construeert' ook nog (andere) kunsten beheersen; de wetenschapper moet zijn bevindingen 'kunstig' kunnen omschrijven.

Als we opnieuw kijken naar het volgende stuk, zien we naast een ontologisch ook een epistemologisch spel opgevoerd worden: 'It seems to us that in intelligence there is a fundamental faculty [...] This faculty is judgement, otherwise called good sense, practical sense, initiative, the faculty of adapting one's self to circumstances. To judge well, to comprehend well, to reason well, these are the essential activities of intelligence' (Binet (1905/1916, pag. 6).

Juist omdat Binet goed begrijpt dat er een groot verschil bestaat tussen het verzinnen of ontdekken van iets, verleidt hij ons zijn hand te pakken en ons te gedragen als voorbeeldige lezers. Intelligentie lijkt in de eerste zin al te bestaan: 'It seems to us that in intelligence there is a fundamental faculty.' Maar later blijkt intelligentie juist geconstrueerd te worden door Binet: 'to judge well, to comprehend well, to reason well, these are the essential activities of intelligence.'

En hier gebeurt iets vreemds; het constructieproces wordt verbloemd in de laatste zin. Intelligentie gaat hier plotseling voor zichzelf spreken. Binet en collegae laten hun eigen aandeel weg, "these are" in plaats van 'wij denken dat' of 'wij verzinnen hier ter plekke dat'. Er lijkt niemand

meer verantwoordelijk voor het nu autonome en onafhankelijke begrip.

In het volgende stukje tekst zien we wat Binet (1905/1916, pag. 3) doet om het verschil tussen ontdekken en construeren te verbloemen wanneer hij zijn gekozen methode verantwoordt: 'To what method should we have recourse in making our diagnosis of the intellectual level? No one method exists [...] because the question is a very difficult one to solve, and demands rather a collaboration of methods.'

De wijze waarop intelligentie nu getest moet worden, lijkt niet meer gekozen te zijn door Binet maar als het ware vereist en logisch voort te vloeien uit de vraagstelling. Hij heeft zich even onttrokken aan het gebeuren en even later licht deze de psychologische methode als volgt toe: 'The fundamental idea of this method is the establishment of what we shall call a measuring scale of intelligence. This scale is composed of a series of tests of increasing difficulty [...] Each group in the series corresponds to a different mental level. [...] This scale properly speaking does not permit the measure of the intelligence, because intellectual qualities are not superposable, and therefore cannot be measured as linear surfaces are measured, but are on the contrary, a classification, a hierarchy among diverse intelligences...' (Binet (1905/1916, pag. 4).

Binet verlaat stiltejes het toneel: 'This scale is composed' en dan staat er een nieuwe actor op: 'This scale [...] does not permit'. De fictionele wereld van het artikel

parasiteert op 'de werkelijke wereld' waarin sommige actoren inderdaad dingen kunnen eisen of zaken kunnen verbieden. Zo kan de lezer worden overtuigd van het feit dat er sprake is van objectiviteit. Zo kan de lezer geloven dat de auteur niet iets verzint maar 'de feiten' weergeeft. Zo tracht de empirische auteur, Binet, het gat tussen constructivisme en realisme te dichten.

NATUURLIJK, ARTIFICIEEL & INTERACTIEF

Zijn de groepen idioten, imbecielen, debielen, normalen, begaafden, hoogbegaafden en genieën – nu natuurlijke soorten (behorend tot realisme) of artificiële soorten (behorend tot constructivisme)? Onder een natuurlijke soort wordt een soort verstaan die op natuurlijke wijze voorkomt en een bestaand cluster van dingen omvat in plaats van dat deze op willekeurige, kunstmatige wijze is samengesteld door een persoon of groep mensen. De artificiële soort is de klassieke tegenhanger van de natuurlijke soort; een kunstmatige soort die juist wel op arbitraire, kunstmatige wijze door een mens of een groep mensen geconstrueerd is en dus geen realiteitswaarde kent (Zachar, 2000)². Het begrip intelligentie en de groepen die Binet (1905/1916) 'ontdekt' dan wel 'geconstrueerd' heeft, lijken echter wel gedeeltelijk, maar niet volledig te passen in deze categorieën.

Deze dichotomie tussen een meer essentialistische, realistische ofwel biologische visie versus een meer constructivistische, sociaal-culturele of contextuele visie speelt hier een grote rol. Latour (1993) is

intensief bezig geweest met bovenstaande zaken in zijn analyse van het wetenschappelijke werk van Louis Pasteur naar het micro-organisme. Latour noemt bovenstaande ontologische en epistemologische bewegingen 'drama's' waarmee hij zowel het 'kunstige' als een zekere tragiek uitdrukt. Het lijkt hem aan het hart te gaan dat er taaltrucs uitgehaald worden om het gat tussen constructivisme en realisme te dichten terwijl deze twee begrippen elkaar naar zijn idee niet hoeven uit te sluiten. Latour concludeert na analyse van Pasteurs werk dat Pasteur zowel het micro-organisme ontdekt als geconstrueerd heeft en beziet het wetenschapsproces als een 'sociale constructie van feiten'. Het (onderzoekende) subject en (kennis)object hangen in een netwerk samen (Latour, 1999).

Hacking (2001) biedt tevens een alternatieve kijk. Hij stelt dat de sociale wetenschappen altijd bezig zijn geweest met het gelijken op de natuurwetenschappen; de sociale wetenschappen trachten van groepen mensen ware natuurlijke soorten te maken. Mensen worden in tegenstelling tot een natuurlijke soort als bijvoorbeeld goud beïnvloed door psychologische categorieën, en dit heeft effect op degene die gecategoriseerd wordt. Instituties en praktijken zullen veranderen door dergelijke categorieën en zowel de gedragingen, gedachten en gevoelens van de gecategoriseerde

als zijn omgeving veranderen. Een psychologische categorisatie, zoals 'mentaal geretardeerd' of 'hoogbegaafd', beïnvloedt en interacteert met de gecategoriseerde. Hacking stelt voor om dergelijke psychologische categorieën zodoende 'interactieve soorten' te noemen.

Een voorbeeld van de interactiviteit van het begrip intelligentie wordt zichtbaar in de casus van Remzi Cavdar³. Deze jongeman van Turkse afkomst kreeg op vierjarige leeftijd na diagnostisch onderzoek het label 'mentaal geretardeerd'. Cavdar werd op grond van dit label gedurende tien jaar van zijn jeugd in een instelling voor verstandelijk gehandicapten geplaatst. Hij werd gezien en bejegend als iemand die zwakbegaafd was. Door de scepsis en assertiviteit van één begeleidster die de diagnose in twijfel trok, werd opnieuw onderzoek gedaan bij Cavdar en deze keer werd een bovengemiddelde intelligentie gevonden (IQ-score van 118 punten). Behalve dat dit tragische voorbeeld getuigt van slecht diagnostisch onderzoek, wordt tevens duidelijk hoe een dergelijke psychologische categorie doorwerkt in instituties en praktijken en hoe deze de gedragingen, gedachten en gevoelens van zowel de gecategoriseerde als zijn omgeving veranderen.

BESLUIT

Binet (1905/1916) beheerst twee kunsten die typisch lijken voor de psychologische wetenschap.

² Zie voor dit onderwerp een uitgebreidere bespreking in Köhne (2015).

³ Brandpunt, 4 november 2012: <http://www.npo.nl/brandpunt/04-11-2012/>
KRO_1572663

Allereerst schept hij een categorie die daarvoor nog niet bestond en doet hij het voorkomen alsof dit op geheel natuurlijke, objectieve en logische wijze geschiedt. Daarnaast beheerst Binet de kunst om het constructieproces te verbloemen middels de taal die hij gebruikt. Met deze wijze van formuleren tracht hij het gat tussen constructivisme en realisme te dichten.

Met het bekijken van de natuurlijke en artificiële soort werd duidelijk dat het voor een psychologische categorie lastig te zeggen is waar construct en realiteit overlappen en waar deze overlap ophoudt. We kunnen met zekerheid zeggen dat sommige kinderen sneller of langzamer reageren en oordelen dan andere kinderen. Maar dat wat daar omheen gedacht en gebouwd is, is een sociale constructie. Daarnaast is het een constructie die de gecategoriseerde mens beïnvloedt en daarmee ook nieuwe realiteit schept. Dergelijke psychologische

categorieën raken geïnstitutionaliseerd en kunnen mensenlevens gaan bepalen en ook schaden, zoals het voorbeeld van de Turkse jongen Cavdar liet zien.

Het werk van Binet lijkt vormend geweest voor de psychologische wetenschap (Cicciola, Foschi & Lombardo, 2014). En voor een begrip als 'persoonlijkheid' en begrippen uit de psychopathologie lijkt hetzelfde te gelden⁴. Wetenschappers 'construeren feiten' (Latour, 1999) die in meer of mindere mate de werkelijke stand van zaken representeren in plaats van dat zij objectieve feiten beschrijven. Het (onderzoekende) subject en (kennis)object hangen in een netwerk samen.

Het voorgaande leidt tot de stelling dat de academische psychologie moet stoppen het gat tussen realisme en constructivisme te dichten middels allerlei kunstige

verbloemen. De psychologische wetenschap is niet open over haar kwetsbaarheden en dit maakt haar zwakker in plaats van sterker. Transparantie zou kunnen bijdragen aan de integriteit van de psychologische wetenschap welke de laatste jaren fors geschaad is door oneerlijkheid en publicatiedrang (zie bijv. Ferguson, 2015). Ook kan hiermee een impuls worden gegeven aan om vanuit die transparantie en eerlijkheid verfrissende vragen en bewegingen te initiëren. Als wetenschappers transparanter zijn en met een zekere relativisering naar hun inspanningen weten te kijken, kunnen nieuwe terreinen worden betreden en veroverd.

OVER DE AUTEUR

Annemarie Köhne is sociaal en klinisch psycholoog en wetenschapsfilosoof. Zij werkt als promovendus aan Maastricht University en als gz-psycholoog bij GGZ Momentum. E-mail: annemarie.kohne@maastrichtuniversity.nl.

4 Zie Köhne (2015) voor een analyse over een psychische stoornis

Literatuur

- Binet, A.S.T. (1903). *The Experimental Study of Intelligence*. Paris: Schleicher.
- Binet, A.S.T. (1905). New Methods for the Diagnosis of the Intellectual Level of Subnormals. *L'Année Psychologique*, 12, 191-244. [(Transl.) Kite, E.S. (1916). *The development of intelligence in children*. Vineland, NJ: Publications of the Training School at Vineland.]
- Cicciola, E., Foschi R. & Lombardo G.P. (2014). Making Up Intelligence Scales: De Sanctis's and Binet's Tests, 1905 and After. *History of Psychology*, 17 (3), 223-236.
- Fancher, R.E. (1996). *Pioneers of Psychology* (3rd ed.). New York: Norton.
- Ferguson, C.J. (2015). Everybody knows psychology is not a real science. *American Psychologist*, 70(6), 527-542.
- Hacking, I. (2001). *The social construction of what?* London: Harvard University Press.
- Köhne, A.C.J. (2015). De realiteitsaanspraak van het Psychiatrisch Etiket. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57(6), 433-440.
- Latour, B. (1999). *Pandora's hope. Essays on the Reality of Science Studies*. Cambridge Mass.: Harvard University Press.
- Latour, B. (1993). Pasteur on Lactic Acid Yeast: A Partial Semiotic Analysis. In: *Configurations 1.1*. The Johns Hopkins University Press and the Society for Literature and Science, (pp.129-146).
- Zachar P. (2000). Psychiatric disorders are not natural kinds. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 7(3), 167-82.

GASTCOLL

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

EERST DE OMGEVING, DAN HET KIND

Het citaat van Duijker is een interessante voor mij als orthopedagoog. Zeker in het licht van deze stelling heeft de pedagogiek niets met de psychologie te maken. Toch denk ik dat deze stelling inmiddels achterhaald is.

Werden vroeger geestesziekten en afwijkend gedrag veelal gezien als defecten in ons brein, inmiddels weten we dat de invloed van de omgeving zeer groot is. De ontwikkelingspsychologie benadrukt dan ook steeds sterker het belang van omgevingsinvloeden. Het eeuwenoude nature-nurturedebat lijkt de afgelopen tien jaar beslecht te zijn in het voordeel van nurture.

Dat de manier waarop kinderen 'gevoed' worden een enorme invloed heeft op hun ontwikkeling, daarvan was ik al op jonge leeftijd overtuigd. In het gezin waarin ik opgroeide had een zwakke basis en weinig liefde z'n sporen nagelaten bij mijn vader. Ik stelde me vaak voor hoe het zou zijn geweest als hij in een ander, meer ondersteunend gezin was opgegroeid. Niet verwonderlijk dat ik zelf koos voor een studie pedagogische wetenschappen, om mijn eigen aanname te onderzoeken. De verdieping die ik evenwel miste in deze studie, zocht ik in keuzevakken bij psychologie en kinderpsychiatrie. Dat zette mijn eigen gedachten over nature en nurture weer op scherp. Onderzoeken waarbij ADHD of andere stoornissen zichtbaar werden gemaakt middels hersenscans deden mij twifelen.

Toen ik na mijn studie ging werken bij een ggz-instelling (waar gz-psychologen en orthopedagogen overigens dezelfde werkzaamheden hadden en onder dezelfde functie werkten, namelijk die van psycholoog), werd deze twijfel grotendeels weggenomen. In de jaren daar heb ik slechts een enkel kind gezien bij wie geen sprake was van onrust in de omgeving. Ook later, als klinisch docent aan de Universiteit van Amsterdam, waarbij ik studenten begeleidde bij het behalen van hun basisaantekening diagnostiek, zag ik in hun casussen vrijwel alleen kinderen bij wie van jongs af aan al van alles niet soepel verliep: vechtscheidingen, huiselijk geweld, pleeggezinnen, pedagogische onmacht van ouders.

Natuurlijk, een wisselwerking blijft het altijd. Een kind dat geboren wordt met een pittig temperament, is voor ouders vaak ook moeilijker te *handelen*. Deze *goodness of fit* is dan niet optimaal waardoor ouders en kind in hun reacties naar elkaar bepaald gedrag versterken. Maar juist dit biedt aanknopingspunten voor verbetering en preventie, om samen met ouders die afstemming te optimaliseren en zo te voorkomen dat kinderen vastlopen. Eerst de verschillende omgevingen (school, thuis, oppas) behandelen en als dat onvoldoende effect heeft, dan pas het kind. Daarbij is kennisoverdracht over (ontwikkelings)psychologie belangrijk: als ouders weten hoe een kind zich ontwikkelt, maken ze zich minder snel zorgen en kunnen verwachtingen (veelal) omlaag.

Zo had ik onlangs ouders voor een consult die bezorgd waren over het zelf-reflectief vermogen van hun zoon. Hij kon slecht omgaan met kritiek en leerde moeilijk van zijn fouten. Als deze ouders hadden geweten dat dit voor een vijfjarige heel normaal is, als ze zelf meer kennis hadden van ontwikkelingspsychologie en aanverwante expertise, dan had ze dat een hoop hoofdbrekens gescheeld. Er is niet één psychologie, er zijn er talloze.



Drs. Mariëlle Beckers

is orthopedagoog en (mede)eigenaar van Buro Bloei in Amsterdam
E-mail: marielle@buro-bloei.nl.

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

BIJEENKOMST

TRIPPEN OP
DE DIVAN

Vormen van psychotherapie waarbij een psychedelisch middel als MDMA wordt ingezet zijn in opmars. Zulke middelen worden thans onderzocht voor verschillende indicaties, waaronder angst. Stichting Open in Amsterdam organiseerde daarom een interdisciplinair psychedelica-congres. Wetenschapsjournaliste en redactieraadslid Sarah Prins was erbij.

Psychedelicaonderzoekers willen centra opzetten waar psychotherapie en psychedelica gecombineerd worden. Uit allerlei studies, verschenen in (wetenschappelijke) tijdschriften als *PNAS*, *Elsevier*, *Nature* en *Human Brain Mapping*, komen aanwijzingen naar voren dat zo'n behandelvorm kan helpen.¹ Maar

vanwege de beruchte geschiedenis die de tripmiddelen hebben, is het lastig om onderzoeksvoorstellen geaccepteerd te krijgen.

De wetenschappers op het congres klinken hoopvol. Veel van hun patiënten ervaren klachtvermindering na behandeling waarbij ook psychedelica zijn ingezet. Of het nu gaat om mensen met autisme die last hebben van een sociale fobie, mensen met depressie, trauma of verslaving, of ongeneeslijk zieken met letterlijke doodsangst, alle onderzoekers komen tot dezelfde conclusie: mensen staan lichter in het leven, kunnen makkelijker vergeven, voelen zich meer verbonden met hun naasten en oordelen minder hard over zichzelf. Zo vertelde een onderzoekspsycholoog dat haar patiënt opmerkte dat die strenge innerlijke stem uit zijn hoofd verdween,

¹ A. L. Danforth et al. *MDMA-assisted therapy: A new treatment model for social anxiety in autistic adults*, Elsevier, January 2016.

R. L. Carhart-Harris et al. *Psilocybin with psychological support for treatment-resistant depression: an open-label feasibility study*, Elsevier, May 2016.

L. Roseman et al. (2016). LSD alters eyes-closed functional connectivity within the early visual cortex in a retinotopic fashion. *Human Brain Mapping*.

P. C. Dolder et al. (2016). LSD acutely impairs fear recognition and enhances emotional empathy and sociality. *Nature*. doi: 10.1038/npp.2016.82

waardoor hij zichzelf niet langer met die woorden identificeerde.

PADDO'S

De Britse psychiater David Erritzoe onderzoekt het gebruik van psilocybine – de werkzame stof in paddo's – bij de behandeling van onder andere depressie. Uit zijn resultaten blijkt dat mensen nog na drie maanden hoger scoren op de big five persoonskenmerken (uit de persoonlijkheidsleer) extraversie, openheid en doelgerichtheid en juist lager op neuroticisme. Alleen altruïsme blijft onveranderd. En aan de hand van de onmiddellijke effecten die het psychedelicum in de hersenen teweegbracht, kon hij de mate van persoonlijkheidsverandering voorspellen.

Psychedelica werken op alle boodschapperstoffen, maar het krachtigst op de neurotransmitter serotonine, die kan zorgen voor een verbeterde stemming. Waarschijnlijk treedt er permanent een kleine verschuiving in de serotoninehuishouding op, waardoor je flexibeler denkt. Dat je je mentaal beter voelt, lijkt een bijeffect van die bredere focus.

Autisme-expert Alicia Danforth legt uit dat MDMA helpt tegen de sociale angst waar veel mensen met autisme mee kampen. Zij startte in 2009 met dit onderzoek. 'Ik had nog het ouderwetse beeld dat autisten geen empathie hebben,' vertelt ze lachend. 'En daarom dacht ik dat een empathieverhogend middel hen kon helpen.'

Naast Danforth hebben verschillende onderzoekers de effecten van MDMA op onze emoties getest. Zo blijkt dat je beter wordt in het waarnemen van complexe, positieve emoties, maar dat je negatieve emoties juist slechter herkent.

Vooralsnog zijn er alleen bewijzen dat MDMA affectieve empathie, het invoelen, verbetert. Op cognitieve empathie, het perspectief nemen, lijkt het geen effect te hebben. Maar dat kan volgens de onderzoekers ook aan (de ecologische validiteit van) de gebruikte tests liggen. Wie weet werpt toekomstig onderzoek daar nog een ander licht op.

PLEZANTE EFFECTEN

Behandeling met geestverruimende middelen is geen nieuw fenomeen. LSD kwam in 1952 als officieel

geneesmiddel op de markt en psychiater Jan Bastiaans begon het toe te passen in zijn therapie bij mensen met oorlogstrauma's. Het hallucinogeen verandert je waarneming, gevoelens en bewustzijn. Deze meestal plezierige effecten bleven ook bij de jongere middenklasse in het hippietijdperk niet onopgemerkt. Verkeerd gebruik leidde tot enkele fatale ongelukken, waardoor de overheid ingreep en wetenschappelijk onderzoek alleen nog op kleine schaal plaatsvond. Tegenwoordig zijn de eisen en toetsing van de studies dan ook veel strenger en strakker.

Rick Doblin, grondlegger en directeur van de multidisciplinaire associatie van psychedelische studies (MAPS) zet zich al jaren in om de toepassing van psychedelica voor psychologische behandelingen te legaliseren. Momenteel onderhoudt hij goede contacten met de Food and Drug Administration (FDA) en behandeling met MDMA verkeert al in de laatste onderzoeksfase. Bij trauma- en angstbehandeling heeft dit middel de voorkeur, omdat het minder psychedelisch en vooral angstreducerend werkt. 'Daarmee trek je als het ware de herinnering los van de intense angst,' vertelt Doblin. Bij verslaving en depressie is het meeste bewijs dat klassieke psychedelica zoals LSD helpen.

Bij psychedelica-therapie moet je je overigens niet voorstellen dat je bij de apotheek een zakje MDMA meekrijgt. En het is evenmin een kwestie van gewoon slikken. In tegenstelling tot dertig jaar geleden is er nu namelijk een heel therapeutisch traject omheen gebouwd, vertelt de Nederlandse Mendel Kaelen, promovendus aan het Imperial College in Londen.

Vooraf vertelt een therapeut wat je allemaal kan verwachten en hoe je het beste met minder prettige trips kan omgaan. De reis zelf is introspectief en je leert vooral loslaten. 'Hiervoor is vertrouwen nodig en de behandeling gaat dan ook niet door als dit ontbreekt of wanneer er geen klik is met de therapeut,' zegt Kaelen.

De drug zelf krijgt de patiënt slechts twee keer toegediend. Eerst in een lage dosering om te wennen en meestal volgt daarna een hogere dosering. Dat gebeurt in een comfortabele omgeving, waarbij patiënten op bed liggen met een oogmasker, zodat ze zich naar binnen richten. 'Ook krijgen ze een koptele-



Een tripje door de eigen ziel is onderdeel van de opleiding

foon op met muziek. Dat versterkt emoties en het is een mooie manier om het proces te begeleiden, om emoties therapeutisch bewerkbaar te maken.'

Achteraf bespreekt de patiënt zijn ervaringen met de behandelaar, zodat die geïntegreerd kunnen worden in zijn dagelijks leven.

AAN DEN LIJVE

Om deze behandeling te mogen geven moet je als therapeut eerst een training hebben gevolgd. En een tripje door eigen ziel hoort daarbij, zodat de therapeut zich optimaal in de patiënt kan verplaatsen. 'Een van onze deelnemers kreeg tijdens een behandeling last van hyperventilatie,' vertelt Doblin. 'We hebben toen de video-opnames teruggekeken en zagen dat een van de therapeuten de patiënt allerlei vragenlijsten voorschotelde, terwijl die net door een moeilijk proces ging en dus eigenlijk steun had moeten krijgen.'

Het is dus belangrijk dat een therapeut zo'n proces herkent, en de kans daarop is groter als hij of zij het middel zelf aan den lijve heeft ondervonden.

Vooraf klassieke psychedelica als LSD kunnen heftig zijn. LSD zorgt ervoor dat hogere hersengebieden tijdelijk minder goed samenwerken, waardoor herinneringen uit dieper gelegen hersenstructuren komen bovendrijven. 'Daar kunnen ook nare ervaringen bijzitten, zoals de bekende bad trip. Die moet je vooral niet wegdrücken,' vertelt Kaelen. Hij gebruikt verschillende typen hersenscans om te kijken wat er tijdens het LSD-gebruik in de hersenen van gezonde vrijwilligers gebeurt.

'De verstoring die het veroorzaakt in de hiërarchische informatie-uitwisseling klopt met de subjectieve ervaringen van onze deelnemers. De zwakkere verbinding in hogere hersennetwerken hangen samen met een afgenomen ik-besef en de sterkere connecties

die visuele breingebieden met andere hersendelen maken met de levendige verbeeldingen die deelnemers beschrijven.'

'Gewoonlijk zie je zelden hallucinaties bij psychedelica, in die zin dat mensen geloven dat hun verbeeldingen werkelijkheid zijn,' vertelt Kaelen. Blijvende perceptuele of psychische verstoringen zijn bovendien zeer zeldzaam, maar komen soms voor bij personen met aanleg voor schizofrenie. Daarom wordt de familiegeschiedenis van tevoren dan ook goed uitgevraagd.

THERAPIE VAN DE TOEKOMST?

Doblin toont tijdens zijn lezing een foto van een idyllisch vakantiehuisje met het logo: psychedelica therapie. Zo ziet hij de nabije toekomst van de ggz voor zich. Toch blijft het wonderbaarlijk dat bewustzijnsveranderende middelen bij zo'n waaier aan psychische klachten kunnen helpen. Dat ze zelfs invloed hebben op je persoonlijkheid, waarvan tot nu altijd is gedacht dat dit niet kan.

Hoe is dat mogelijk? En verandert er werkelijk iets in de biologie van de hersenen of is het vooral de tijdelijke ervaring die maakt dat mensen anders naar het leven en zichzelf gaan kijken? Dat ze hun disfunctionele denk- en gedragspatronen leren loslaten en zichzelf gaan accepteren? Dat laatste is iets wat men met gedragstherapeutische technieken zoals cognitieve gedragstherapie, schematherapie en mindfulness ook probeert te bereiken. In dat geval zijn de psychedelica daarop een mooie aanvulling, omdat je het door de trip ook echt ervaart. Zijn er dan geen subgroepen die je maar beter niet kunt laten trippen?

Om antwoord op dit soort vragen te krijgen is vervolgonderzoek nodig. Maar bovenal een flinke dosis praktijkervaring.



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



Gezondheidscentrum Schalkwijk verleent eerstelijnszorg aan ruim 13.000 patiënten in een multiculturele wijk in Haarlem. Het gezondheidscentrum is een samenwerkingsverband van huisartsen, POH-GGZ, psychologen, fysiotherapeuten, apothekers, diëtisten, logopedisten en wijkverpleegkundigen. Wegens uitbreiding van de Afdeling Psychologie zijn wij per 1 november 2016 op zoek naar:

3 enthousiaste collega's

1 GZ-PSYCHOLOOG Multi-culturele doelgroep

1 GZ-PSYCHOLOOG Ouderen doelgroep

1 K&J-PSYCHOLOOG Dyslexie, autisme & adhd

Zijn de volgende zaken op jou van toepassing?

Je hebt ervaring in zelfstandige praktijkvoering. Je bent in het bezit van een praktijk-AGB. Je bereidt je voor op de registratie in het kwaliteitsstatuut. Je bent bereid te participeren binnen multi-disciplinaire projecten. Je bent open in de communicatie en je kunt goed samenwerken in een enthousiast team.

Wij bieden:

Een prettige werkomgeving met multidisciplinaire samenwerking.

De mogelijkheid om als zelfstandige praktijkhouder toe te treden tot de Afdeling Psychologie.

Een samenwerkingscontract met de Stichting Gezondheidscentrum Schalkwijk.

Bekijk de gehele vacature op:

<http://www.psynip.nl/vraag-en-aanbod/vacatures.html> of www.gcschalkwijk.nl

GEZONDHEIDSCENTRUM SCHALKWIJK

RINO • amsterdam
opleiding en inspiratie voor professionals in de GGZ

→ Een greep uit ons K&J aanbod

Rechten van het kind

lezingencyclus voor psychologen en juristen

www.rino.nl/748 | start 4 oktober

Leesproblemen en dyslexie

signalering, diagnose en advisering

www.rino.nl/509 | start 24 oktober

Advanced PLAY

Play and Language for Autistic Youngsters

www.rino.nl/570 | 8 & 9 november

Suïcidaal Gedrag bij Jongeren

symposium en boeklancering

www.rino.nl/991 | 15 december

Opleiding tot Schoolpsycholoog

2-jarige postacademische opleiding

www.rino.nl/SP | start januari 2017

Meer informatie
www.rino.nl

RINO zuid
leren maakt beter

Meld u nu aan voor de modules van 2016!

Binnenkort starten o.a. de volgende opleidingen:

Train de trainer Sterker dan de kick!

Start 3 november 2016

Schematherapie incl. schematherapie bij adolescenten (verdieping)

Start 9 januari 2017

Psychodiagnostiek (basismodule)

11 januari 2017

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

Leren maakt beter

www.rinozuid.nl

*Je bent afgestudeerd, en dan? Het begin van een carrière kan spannend en leuk zijn, maar ook eng en soms moeilijk. Hoe vergaat het jonge psychologen op de arbeidsmarkt? In de nieuwe rubriek **Junior** komen pas afgestudeerde psychologen aan het woord over hun eerste schreden op het carrièrepad.*

JUNIOR TANJA PAS

Vorig jaar zomer ben ik afgestudeerd als Kinder- en Jeugdpsycholoog aan de Universiteit Utrecht. Ik liep mijn masterstage op een grote middelbare school (Scholengemeenschap Were Di in Valkenswaard) en daar kon ik langer blijven op basis van een werkervaringsplaats. Normaal gesproken is dat vier dagen in de week voor zes maanden, maar ik werkte gedurende een schooljaar twee dagen per week. Zo'n werkervaringsplaats kun je via een startersbeurs aanvragen bij de gemeente. Je ontvangt dan zes maanden lang vijfhonderd euro per maand. Daarnaast kun je bij je werkgever honderd euro per maand sparen, die je aan het eind van de periode aan een cursus of workshop mag uitgeven.

Aanvankelijk had ik naast deze werkervaringsplaats geen ander werk. Maar uiteindelijk kon ik voor twaalf uur per week studiebegeleider worden bij huiswerkbegeleiding Spijkers en dat is het maximum aantal uren wat je er betaald naast mag werken.

VOLWAARDIGE BAAN, MAAR...

Ik werk er als psycholoog in het zorgteam.

Om mijn huur te kunnen betalen, moet ik geld lenen van mijn ouders



Het team bestaat verder uit zes collega's, onder wie psychologen, pedagogen en ambulante begeleiders. Ik doe diagnostiek, begeleid zorgleerlingen en overleg met het team, met mentoren, docenten en ouders. Verder geef ik trainingen en heb ik een dyslexietraining opgezet. Het is een volwaardige baan als basispsycholoog. Het is leuk werk in een betrokken team.

Geweldig, maar het salaris is echt veel te laag. Om mijn huur te kunnen betalen, moet ik lenen van mijn ouders. En dat is vervelend met een masterdiploma op zak.

Ik heb bovendien al een studieschuld.

Het is een dilemma waarmee ik zit: ik wil werkervaring opdoen om kans te maken op een volwaardige baan als psycholoog, maar daar verdien ik amper geld mee. Ik kan ook in een winkel gaan staan, dan zou ik gewoon verdienen, maar dan doe ik geen ervaring op in mijn vakgebied. Ik heb eigenlijk geen keus.

Ondertussen merk ik wel dat ik werkervaring krijg. Gesprekken voeren met kinderen ging me altijd goed af, maar met ouders vond ik het lastiger. Ik ging te snel naar mijn doel toe en vroeg niet



FOTO: VINCENT VAN DEN HOOGEN

genoeg door. Tegenwoordig lopen de gesprekken beter. Ik weet waar ik naartoe wil en heb gemerkt dat het niet erg is als ik even stil ben omdat ik moet nadenken. Het gesprek is daardoor ontspannender, ik hoor ook van mijn begeleiders dat het goed gaat.

De huiswerkbegeleiding doe ik eraan. Daar kan ik doorgroeien en vanaf komend schooljaar ben ik vestigingsmanager. Maar ik werk daar niet als volwaardig psycholoog.

Vanaf september mag ik een zwangerschapsverlof invullen op mijn

huidige werkervaringsplaats. Eindelijk inkomen. Maar daarna begint de zoektocht opnieuw.

DE ZOMER DOORKOMEN

Ik maakte me wel zorgen over hoe ik de zomer moest doorkomen, want de werkervaringsplaats zou dan afgelopen zijn en de huiswerkbegeleiding gesloten. Gelukkig vond ik bijtijds een zomerbaantje in een kledingwinkel.

Ik ben natuurlijk aan het solliciteren op passende banen. Veel komt er niet langs. En soms is het een geschikte

baan, dan vragen ze om een basispsycholoog, maar wel met twee jaar werkervaring. Dat heb ik niet, dus dan vraag ik me af of solliciteren wel zin heeft.

Van sommigen krijg ik het advies om op alles te solliciteren, ook op banen die ik niet wil. Anderen zeggen weer dat ik alleen moet solliciteren op vacatures waar ik echt voor wil gaan. Voor die tweede opvatting voel ik meer. Ik wil werken met kinderen, maar niet met kinderen met een verstandelijke beperking. Waarom daar dan toch op solliciteren? Dan solliciteer ik op iets waarin ik geen werkervaring en ook geen interesse heb. Stel dat ik word aangenomen...

Voor mezelf beginnen, is ook een optie. Maar ik ben er nog niet achter wat ik precies wel en niet mag volgens de ethische code van het NIP of de zorgverzekeraar. Dat ik geen kinderen mag behandelen of diagnosticeren, is me wel duidelijk, maar mag ik ze wel begeleiden? En waar ligt de scheidslijn? Ik krijg soms de indruk dat je pas zelfstandig mag werken na de post-masteropleiding. Afgezien daarvan heb ik geen startkapitaal. Als basispsycholoog zit je echt in een gat, het is moeilijk daaruit te komen.

Hoe ik de moed erin houd? Dat is niet makkelijk, ik word er wel eens somber van. De situatie waarin ik zit, dat doet wel iets met mijn zelfvertrouwen. Zeker als ik een sollicitatiegesprek heb gehad; zelf kan ik denken dat het goed ging, maar dan blijkt dat ik het toch niet geworden ben. Soms geef ik de moed even op. Daar kom ik wel overheen na een dag flink chagrijnen, maar leuk is anders.'

Ben jij junior-psycholoog en vind je het leuk in deze rubriek jouw verhaal te doen? Stuur een mailtje naar: redactie@psynip.nl.

VRAAG & AANBOD

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

VACATURES

**Ervaren Gz-psycholoog
(volwassenenzorg)
DIEREN**



VACATURES

**Gz-psycholoog
DONGEN / OOSTERHOUT**



VACATURES

**www.symfora-meander.nl
AMERSFOORT**



**Gz-psycholoog
DIVERSE LOCATIES**



**Klinisch psycholoog
AMERSFOORT**



**Gz-psycholoog / psychotherapeut
AMERSFOORT**



**Regiomanager
UTRECHT, LELYSTAD & AMERSFOORT**



**Klinisch Neuro-/ psycholoog
MARTINI ZIEKENHUIS GRONINGEN**



PRAKTIJKRUIMTES

**Praktijk / kantoorruimte te huur
UTRECHT**

VRAAG & AANBOD

Dé advertentierubriek in *De Psycholoog*. Plaatst u een digitale advertentie op www.psynip.nl dan is het mogelijk deze extra onder de aandacht te brengen van de 15.000 lezers van *De Psycholoog*.

De rubriek Vraag & Aanbod sluit één op één aan op uw online advertentie. De titel, keuze van rubriek en plaatsnaam worden in het blad overgenomen. Daarnaast kunt u in het blad uw (bedrijfs)logo toevoegen.

Een vermelding in het blad De Psycholoog is alleen mogelijk in combinatie met een online advertentie.

ADVERTEREN IN VRAAG & AANBOD?

Voor meer informatie: www.psynip.nl bij de rubriek Vraag & Aanbod. Hier vindt u het digitale aanvraagformulier om een reservering te maken.

De uitgever van De Psycholoog en het NIP zijn niet aansprakelijk voor de inhoud van deze advertenties. De uitgever behoudt zich het recht voor advertenties te weigeren zonder opgaaft van redenen.



TelePsy

ROM
online behandelen
diagnostiek

Eenvoudig en snel digitaal ROMmen met TelePsy

Vanaf 1 oktober 2016 is het zover. Ook vrijgevestigden dienen hun ROM-data aan te leveren aan SBG. U voldoet aan deze verplichting door binnen het zorgdomein Volwassenen Cure gebruik te maken van de OQ-45, BSI of SQ-48. Daarnaast dient u deze data digitaal te verzamelen en maandelijks aan te leveren. Aanlevering geldt zowel voor gecontracteerde als niet gecontracteerde GGZ-zorgprofessionals.

Bespaar uzelf tijd en moeite door te werken met een leverancier die zowel de meetinstrumenten als de ROM aanlevering voor u verzorgt. TelePsy biedt u een applicatie waarmee u eenvoudig en snel digitaal kunt ROMmen. U selecteert een vragenlijst, zet deze klaar voor uw cliënt en wij zorgen ervoor dat uw ROM-data wordt aangeleverd aan SBG. Hierdoor heeft u bijna geen omkijken meer naar de aanlevering en kunt u zich blijven focussen op uw cliënten.



Ervaar zelf wat TelePsy voor u kan betekenen.
Vraag nu een **gratis proefaccount** aan.

Ga naar www.telepsy.nl

"The 'dialogical self' is among the most important and original new theories in the social sciences in the past twenty years."

~ JEFFREY ARNETT, CLARK UNIVERSITY ~

In een tijd die vraagt
om **DIALOOG**, ontdek je
MEERSTEMMIGHEID en
ontwikkel je **DIALOGISCHE**
KWALITEITEN!

Opleidingen:

- **DIALOGISCH LEIDERSCHAP** – als leider meerdere stemmen laten spreken
- **EXPRESSIEF SCHRIJVEN** – je identiteit al schrijvend ontwikkelen
- **CULTUUR COACHING** – in dialoog met andere culturen in jezelf
- **ORGANISATIE ZELFCONFRONTATIE** – meerstemmigheid op collectief niveau mobiliseren
- **COMPOSITIEMETHODE** – een symbolisch zelflandschap creëren in zand en steen
- **BASISOPLEIDING DIALOGICAL SELF THEORY:** praktische implicaties

Voor meer informatie en meer opleidingen zie

www.dialogical-self.nl

www.zkmvereniging.nl

DSA
DIALOGICAL SELF
ACADEMY