

DE PSY- CHO- LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN
JAARGANG 51 • NR 12 • DECEMBER 2016

MEISJES IN RESIDENTIËLE ZORG: EEN DOELGROEPOMSCHRIJVING • PREVENTIE VAN DEPRESSIE BIJ JONGEREN • GASTCOLUMN KAREL SOUDIYN: EIGENWIJZE PSYCHOLOGIE • DE GEREEDSCHAPSKIST: PARASIETEN, TERRORISTEN EN AGENTEN? • GEINTJE... PESTEN OP DE WERKVLOER • LEVENSVERRHALENVERZAMELAAR LINDA VAN DEN DIKKENBERG • HET BELANG VAN DE DROOM IN THERAPIE • BIJEENKOMST: DE GENETICA ACHTER STEMMING

WERKEN MET LOCKED-IN-PATIËNTEN



De eerste werkgeheugentest met Nederlandse normen

Maak kennis met de AWMA-2-NL, een geheel digitaal af te nemen test, die zowel het visueel-ruimtelijke als het fonologische werkgeheugen en kortetermijngeheugen in kaart brengt bij kinderen en jongeren van 9 t/m 17 jaar.

Zeer breed in te zetten, van jeugd met concentratieproblemen, leer- en motorische problemen en werkgeheugenproblemen tot jeugdigen in een revalidatietraject of die vastlopen op school.

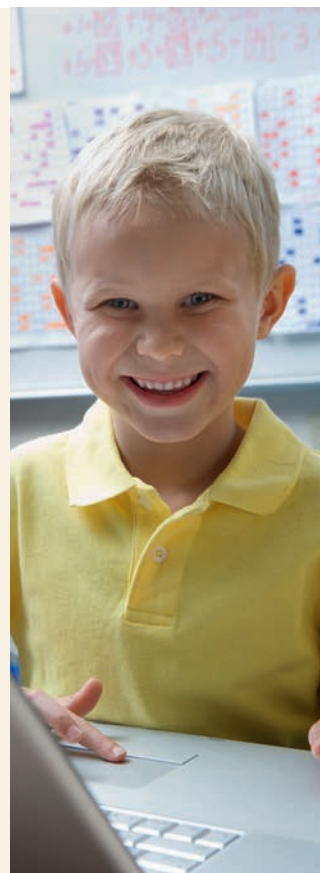
Andere voordelen van de AWMA-2-NL zijn:

1 Met de screener kan, door bijvoorbeeld een leraar, in 10 minuten bepaald worden of er mogelijk sprake is van werkgeheugenproblematiek.

2 Uitgebreid onderzoek kan gedaan worden door psychologen, orthopedagogen, remedial teachers, intern begeleiders en logopedisten.

3 Geschikt als ROM-instrument, voor en na een (Cogmed)werkgeheugentraining kan het effect worden gemeten.

Meer informatie over de AWMA-2-NL vindt u op www.pearsonclinical.nl/awma



ALWAYS LEARNING

PEARSON

Meld u nu aan voor de modules van 2017!

RINO zuid
leren maakt beter

COGNITIEVE GEDRAGS- THERAPIE (VERVOLG)

Start 11 januari 2017

PSYCHODIAGNOSTIEK (BASISMODULE)

Start 11 januari 2017

SYSTEEMTHEORIE EN PRACTICUM (INLEIDING)

Start 11 januari 2017

INTRODUCTIE PERSOON- LIJKHEIDSDIAGNOSTIEK

Start 12 januari 2017

CLIËNTGERICHTE PSYCHO- THERAPIE (INLEIDING)

Start 25 januari 2017

COGNITIEF GEDRAGS- THERAPEUTISCH WERKER

Start 24 februari 2017

TERUGKOMBIJEENKOMSTEN TAXATIEGESPREKKEN BIJ VERMOEDEN VAN SEKSUEEL MISBRUIK

Start 14 maart 2017

KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGIE

Start 23 maart 2017

CLIËNTGERICHTE PSYCHO- THERAPIE (INLEIDING)

Start 12 april 2017

Leren maakt beter

RINO Zuid is de verbindende factor tussen opleidingen, wetenschap en praktijk. Wij richten ons op het verbreden van opleidingen. Daarmee sluiten we beter aan op de wensen van de mensen die wij opleiden en de vraag vanuit de praktijk. Centraal organiseren wat centraal georganiseerd kan worden. Een betrouwbare partner die haar positieve punten uitdraagt naar de omgeving.

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

www.rinozuid.nl

- 10 MEISJES IN RESIDENTIËLE ZORG** – Kennis over diagnostiek en behandeling van ontspoorde meisjes in residentiële zorg schiet tekort. En ontwikkeling van die kennis is wel nodig om de effectiviteit van zorg te verbeteren. Karin Nijhof en collega's geven een beschrijvend beeld van 137 meisjes in gesloten instellingen en concluderen dat het gaat om een complexe, kwetsbare doelgroep waarvoor langdurige en intensieve zorg nodig is.
- 26 GEINTJE...** – In elk bedrijf van honderd man, wordt één iemand structureel getreiterd. En dat is traumatisch. De oplossing is niet dat het slachtoffer maar wat meer van zich moet afbijten, andere kleren aantrekt of zijn haar verft. De oplossing moet van het bedrijf komen, stelt pest-expert Mary Vos. 'Een leidinggevende moet het goede voorbeeld geven, opstaan en zeggen: "Zo gaan we hier niet met elkaar om." En tegen de pester: "Jou wil ik even in mijn kamer zien."'
- 36 PREVENTIE VAN DEPRESSIE BIJ JONGEREN** – Het aantal jongeren dat kampt met depressie tijdens de adolescentie stijgt. Depressies hebben negatieve psychische en maatschappelijke gevolgen op de korte én lange termijn. Om te voorkomen dat jongeren depressieve klachten ontwikkelen zijn depressiepreventieprogramma's ontworpen. Is zo'n programma effectief? En hoe werkt zo'n programma dan? Karlijn Kindt deed er promotieonderzoek naar.

APANTA-ACADEMY: NÉT EVEN ANDERS



Emotion Focused Therapy (EFT)

Door ISEFT internationaal erkende opleiding tot EFT-therapeut voor Individuals

EFT Level I

Start najaar 2017

UNIEK in Nederland:
EFT-aanbod gedoceerd
door grondleggers

EFT Level II

• Empathy & Empathic Attunement: 16 t/m 18 maart 2017
• EFT level II: 6 t/m 8 april en 1 t/m 3 juni 2017

EFT Level III

Start 21 april 2017 (10 dagen)

Masterclass Empathy & Empathic Attunement
16 t/m 18 maart 2017

Masterclass Advanced Chairwork
5 april 2017

Cliëntgerichte Psychotherapie

Binnenkort genaamd: Persoonsgerichte
Experiëntiële Psychotherapie, VCgP/VPEP-erkend

Basisopleiding

• Basisprincipes: start 20 januari 2017 (4 dagen)
• Empathy & Empathic Attunement: 16 t/m 18 maart 2017

Voorgezette opleiding

Start 15 september 2017 (7 dagen)

Apanta-academy staat voor kwaliteit, kleinschaligheid en een persoonlijke aanpak. Onze bij- en nascholingen staan in het teken van het persoonsgerichte, experiëntiële gedachtegoed: niet de klacht, maar de unieke persoon en zijn beleving staan centraal.

www.apanta-academy.nl



Deze basiscursus is een unieke kans om volgens nieuw concept cursus van kwalitatief hoog niveau te volgen in een bijzondere leeromgeving!

BASISCURSUS COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE PORTUGAL EN NEDERLAND 100 UUR

Loulé & Lunteren 2017

Waar | Wanneer

Introductie 34 uur

Loulé | Portugal: 7 t/m 12 mei 2017

Verdieping 66 uur

Lunteren | Nederland: elf dinsdagen mei-december 2017

Kosten

€ 2750,- exclusief reis- en verblijfskosten (ongeveer € 750,-)

Docenten

Martijn Stöfse, klinisch psycholoog, supervisor VGCT

Pancras van den Bos, klinisch psycholoog, supervisor VGCT

Informatie | Aanmelding

www.cerno-psycholoog-nijmegen.nl/opleiding

www.cerno-psycholoog-nijmegen.nl



Binnen het Maasstad Ziekenhuis is de
Vakgroep Medische Psychologie op zoek naar:

KP of ervaren GZ psycholoog manager

(36 uur locatie Rotterdam)

GZ psycholoog

(16 uur locatie Spijkensse Revalidatie)

Samen met u willen wij:

- de psychologische zorg verder professionaliseren;
- op een inspirerende manier onze vakkennis overbrengen;
- wetenschappelijk onderzoek binnen de verschillende zorgpaden een belangrijke impuls geven.

Bent u een daadkrachtige, initiatiefrijke, op samenwerking gerichte collega? Dan zijn wij op zoek naar u.

Meer informatie vindt u op:

www.maasstadziekenhuis.nl/vacatures/medisch



**MAASSTAD
ZIEKENHUIS**

Bent u al op de hoogte?

Op **maandag 28 november 2016** is bij **Pearson** de **Ronde prijzen actie** van start gegaan. Om al onze relaties te bedanken voor de prettige samenwerking van het afgelopen jaar, bieden wij tot en met zondag 18 december vele complete sets en scoreformulieren aan met ruim naar beneden afgeronde prijzen.

Bekijk op

www.pearsonclinical.nl

de korting op de door
u gewenste sets en
scoreformulieren.



Denkt u erover om de **WAIS-IV-NL**, de **WISC-III-NL**, de **Bayley-III-NL** of een van onze andere tests aan te schaffen? Profiteer dan nu van deze tijdelijke actie.

**SLUIT HET JAAR GOED AF. ONTVANG UW SETS
EN SCOREFORMULIEREN MET KORTING.**

INHOUD

RUBRIEKEN

Redactioneel

- 6 NIEUWS
- 9 COLUMN: Daniël Lakens
- 24 INSPIRATIE: Opgesloten in jezelf
- 31 DE GEREEDSCHAPSKIST:
Parasieten, terroristen en agenten?
- 32 BIJEENKOMST: De genetica
achter stemming
- 47 BOEKEN EN MEDIA
- 51 GASTCOLUMN: Karel Soudijn
- 52 IEDER MENS DOET
AAN PSYCHOLOGIE:
Levensverhalenverzamelaar
Linda van den Dikkenberg
- 54 BIJEENKOMST: Keep on dreaming

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: Peter Valckx

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).



ONTSPORDE MEISJES

Op een stormachtige zondagavond toog ik naar de Vondelbunker, een gekraakte ruimte onder de brug over het Vondelpark, waar gratis en voor niets de film *Hanna D. La Ragazza del Vondelpark* werd vertoond. Deze ietwat obscure en eigenaardige Italiaanse productie uit 1984 – die destijds meelifte op het succes van de veel betere film *Christiane F. Wir Kinder vom Bahnhof Zoo* – vertelt het verhaal van de minderjarige Hanna, een rank meisje met grote blauwe ogen dat inwoont bij haar drankzuchtige moeder in Amsterdam. Na een zoveelste ruzie ontvlucht ze het ouderlijk huis, krijgt foute vrienden, raakt verslingerd aan de naald en belandt in de prostitutie. Uiteindelijk wordt ze uit de klauwen van haar pooier gered door haar grote liefde Axel, een emotionele jongeman die ze heeft ontmoet op een rondvaartboot.

Het verhaal van B-filmpersonage Hanna D. doet denken aan dat van Mirjam, de adolescente uit de casus waarmee Karin Nijhof, Lotte Reijndhout en Anne Verburgh hun artikel over meisjes in residentiële zorgt openen. Ook Mirjam ontspoot, gebruikt drugs, vervreemdt van haar familie en wordt op seksueel gebied geëxploiteerd. Haar opnames in jeugdzorginstellingen verlopen problematisch. Wat ging er mis, en wat is er eigenlijk bekend over meisjes als Mirjam? De auteurs concluderen dat kennisontwikkeling hard nodig is om diagnostiek en behandeling van deze populatie te verbeteren en de zorg effectiever te maken. Want niet voor iedereen is er een Axel.

Verderop in dit nummer, in het artikel van Karlijn Kindt, gaat het wederom over jongeren die hulp nodig hebben. Steeds meer adolescenten krijgen met depressies te maken. Er zijn weliswaar depressiepreventieprogramma's ontworpen, maar zijn die effectief? En zo ja, hoe werkt zo'n programma dan?

Ook in dit decembernummer: een verhaal over pesten op het werk. Dat komt regelmatig voor en kan traumatisch en ontregelend zijn. Hoe ga je daarmee om als slachtoffer en wat doe je aan een pestcultuur binnen een organisatie? Niet de gepeste kan het tij keren, leidinggevendenden moeten zorgen dat de bedrijfscultuur veilig is.

Gepest worden op het werk, het is inderdaad geen pretje. Gelukkig is er nog altijd de Vondelbunker om in te schuilen.

Jeroen van Goor, redacteur (jeroen.vangoor@psynip.nl)

KIETELLEN, AAIEN, KNIJPEN EN STOMPEN

EEN ROBOT DIE KAN VOELEN

In het menselijke verkeer speelt aanraking een grote rol. Nu robots steeds meer de weg naar de gewone mensenwereld weten te vinden, wordt het hoog tijd ook hen gevoeliger te maken voor aanraking.

In ruim driehonderd zorginstellingen loopt al een robot rond, Zora genaamd. Zij kan luisteren, praten, zingen, dansen, verhalen vertellen en nog veel meer. Maar kan ze ook voelen?

Voelen is niet de sterkste kant van robots. Terwijl aanraking in communicatie juist heel belangrijk is. Bij onderzoeksinstituut CTTT van de

Universiteit Twente onderzochten ze daarom hoe ze de gevoeligheid van robots voor menselijke aanraking kunnen verbeteren.

Daartoe rustten ze een paspoparm uit met 64 druksensoren die op een computer waren aangesloten. Ze lieten 32 proefpersonen 6 x 14 verschillende aanrakingen uitvoeren, op drie manieren: zachtjes, normaal en ruw. Dit alles resulteerde in 252 aanrakingen per proefpersoon, variërend van kietelen en aaien tot knijpen en stempen.

De helft tot zestig procent van die aanrakingen werd door de robot

waargenomen en herkend. Een mooi resultaat als je bedenkt dat de aanraking niet uit een sociale context kon worden afgeleid en de deelnemers de opdrachten naar eigen inzicht uitvoerden. De robotarm was dus niet op hen afgesteld. Bovendien kunnen sommige aanrakingen erg op elkaar lijken – denk aan hard aaien versus zacht/normaal wrijven. Waarschijnlijk zouden mensen zulke aanrakingen ook niet allemaal herkennen. (ID)

Jung, M.M. et al. (2016). Automatic recognition of touch gestures in the corpus of social touch. *Journal of Multimodal User Interfaces*, published online 21-10-2016, DOI 10.1177/s12193-016-0232-9

GESPREK AANGAAN BLIJKT LASTIG

DISFUNCTIONERENDE COLLEGA'S

Stel, je vindt dat een collega zijn werk niet goed doet. Omdat hij niet over de juiste kennis en vaardigheden beschikt, of omdat hij verslaafd is of andere psychische problemen heeft. Kaart je dat dan bij je collega aan?

Verplegenden en verzorgenden in de thuiszorg hebben daar soms grote moeite mee, laat recent onderzoek van het NIVEL zien. Terwijl toch ruim vier op de tien van de 259 ondervraagde thuiszorgmedewerkers in een jaar tijd wel eens heeft gevonden dat een collega disfunctioneerde. Schiet de collega tekort in kennis of vaardigheden, dan vindt ruim een op de drie thuiszorgmedewerkers het (knap) lastig om hierover het gesprek aan te gaan. Is er

een vermoeden van fraude of van een drank- en/of drugsverslaving, dan heeft de helft of meer er (grote) moeite mee dit bespreekbaar te maken.

Nu komen vermoedens van fraude of middelenmisbruik weinig voor: twee tot vier procent van de respondenten zei het afgelopen jaar zulke vermoedens te hebben gehad. Tegelijkertijd gaat het hier wel om ernstig wangedrag. Je zou toch hopen dat collega's die zulk gedrag vermoeden aan de bel trekken. Het aanklaarten van agressief gedrag, seksueel overschrijdend gedrag of een psychische aandoening doen thuiszorgmedewerkers trouwens evenmin gemakkelijk. En ook dat stemt tot nadenken, want gevraagd naar het afgelopen jaar gaf een op de twaalf

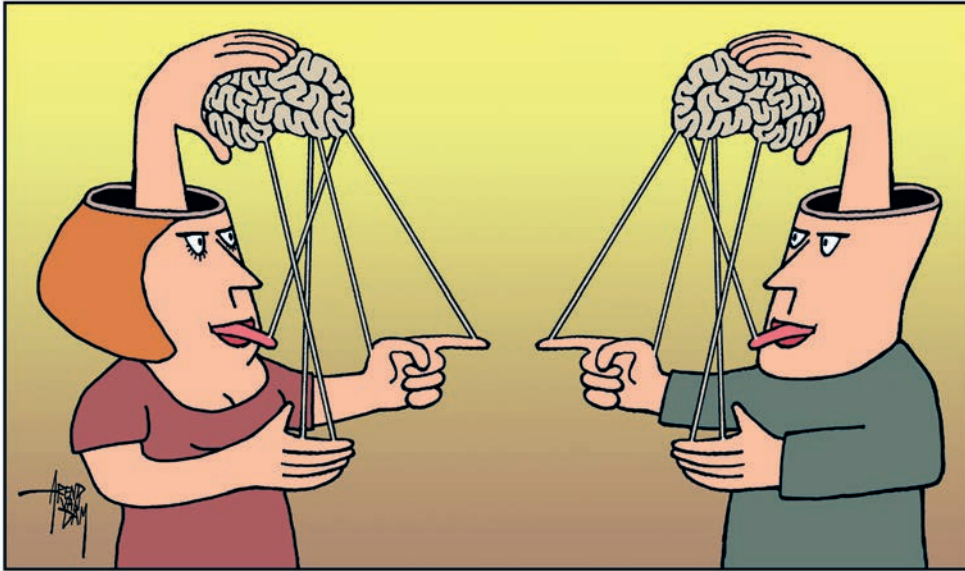
respondenten aan psychische problemen bij een collega te vermoeden.

De thuiszorgmedewerkers denken zelf dat een open collegiale sfeer, een goede onderlinge communicatie en het bespreken van incidenten helpen om disfunctioneren te voorkomen. Daar zou de aandacht van teamleiders dus naar uit moeten gaan: alles om ervoor te zorgen dat wangedrag op de werkvloer aan het licht komt. (ID)

Maurits, E.E.M., Veer, A.J.E. de, Groenewegen, P.P., Francke, A.L. Dealing with professional misconduct by colleagues in home care: a survey among nursing staff. *BMC Nursing*, 15 (2016) 29, DOI: 10.1186/s12912-016-0182-2

SCHAP

BREIN STUURT MENS



WEBSITE ONTWIKKELD OM THERAPEUTEN TE ONDERSTEUNEN

VRAGEN NAAR TRAUMA'S IS BELANGRIJK

Bij kinderen en jongeren wordt een posttraumatische stressstoornis vaak niet opgemerkt en dus ook niet behandeld. De website Rake Vragen moet het tij keren

Als een kind of jongere wordt aangemeld voor psychische zorg is het aan te bevelen om te informeren naar eventuele traumatische gebeurtenissen, ook als de problematiek op het eerste gezicht andere wortels blijkt te hebben. Maar jonge mensen rechtstreeks vragen of zij een trauma meemaakten, roept bij veel therapeuten weerstand op, ontdekte psycholoog-onderzoeker Lotte Hendriks. Voor een promotieonderzoek, waarin ze de effecten van een intensieve kortdurende exposurebehandeling bij jonge mensen met een PTSS wilde

vergelijken met een standaardbehandeling, zocht ze therapeuten die bereid waren naar een mogelijk trauma te informeren bij hun jonge cliënten. Veel therapeuten bleken bang de klachten daarmee te verergeren. Onterecht, betoogt Hendriks. Uit onderzoek blijkt juist dat kinderen het als een opluchting ervaren om over een traumatische gebeurtenis te praten en dat ze het zwijgen erover belastend vinden. Het in veel spreekkamers heersende taboe leidt ertoe dat PTSS bij kinderen en jongeren vaak onopgemerkt en dus onbehandeld blijft. Op latere leeftijd leidt dat tot een verhoogde kans op angst- en stemmingsslachten en suïcidaliteit. Om te bewerkstelligen dat PTSS bij kinderen wel wordt gesignaleerd en behandeld ontwikkelde

Hendriks, in samenwerking met psycholoog Rolf Martens en onder leiding van hoogleraar Agnes van Minnen, de website Rake Vragen. Die biedt therapeuten een hulpmiddel bij het vragen naar traumatische ervaringen. Hoe doe je dat zonder omwegen? En hoe vraag je naar de klachten die mogelijk het gevolg zijn van de traumatische gebeurtenis? Ook biedt de website een handleiding voor wat te doen bij een vermoeden van PTSS en bij de diagnose ervan. De website bevat heldere, korte teksten en is gelardeerd met voorbeelddialogen en met filmpjes waarin jongeren aan het woord komen die met succes behandeld zijn voor PTSS. (EdJ)

Zie: www.rakevragen.nu



Het meest
complete platform
voor online zorg



TelePsy biedt een online platform met talrijke toepassingen voor beslisondersteuning, diagnostiek, ROM en online behandelen. Wij ontwikkelen een nieuwe generatie e-health, die de behandelaar en de manier waarop de behandelaar werkt als uitgangspunt neemt. Onze hulpmiddelen zijn breed inzetbaar en ondersteunend aan het individuele behandeltraject. U bepaalt zelf de hoeveelheid e-health die binnen de behandeling past en aansluit op de behoeften van de cliënt. Werk flexibel, efficiënt en op uw manier.

Tests
Psycho-educatie
Oefeningen
Dagboeken
Modules

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

Ga naar www.telepsy.nl

Kijk voor ons volledige aanbod op onze website of neem contact op via [043-3507385](tel:043-3507385) of info@telepsy.nl

SAMEN IS HET VEEL LEUKER

Ik sprak afgelopen maand in Berlijn over hoe we goede wetenschap kunnen bedrijven. Aan het einde van de workshop zei één van de aanwezigen dat ze terugdacht aan vroeger, toen ze nog jong was en vol idealen zat over de wetenschap. Ze was nu 26. Net gepromoveerd. En ze twijfelde of ze nog wel in de wetenschap wilde werken.

Ik zou willen dat ik kon zeggen dat ik verbaasd was over hoe vroeg deze jonge onderzoeker al gedesillusioneerd was. Maar daarvoor heb ik al met te veel jonge onderzoekers gesproken. Voor de meesten zijn de lange dagen, of het feit dat je gemiddeld pas een vaste aanstelling krijgt als je ergens midden dertig bent, niet eens de grootste zorg. De desillusie komt van hoe het er in de praktijk aan toegaat. Of misschien beter: Hoe het er niet aan toegaat.

Natuurlijk is het demotiverend als blijkt dat veel gepubliceerd onderzoek niet robuust is, zoals recente replicatieprojecten laten zien.¹ Maar een groter probleem is dat veel onderzoek, zoals fysicus Wolfgang Pauli zei, 'niet eens fout' is. Van de fraude van Diederik Stapel word ik verdrietig. Maar dat het terugtrekken van meer dan vijftig van zijn wetenschappelijke artikelen geen enkel effect heeft op wat we inhoudelijk denken te weten, daarvan raak ik in een existentiële crisis.

Als je als jonge idealistische onderzoeker voor de keuze staat hoe je het meest kan bijdragen aan een betere wereld, dan zou de wetenschap één van de aantrekkelijkste opties moeten zijn. De wereld staat voor grote uitdagingen, die we samen moeten proberen op te lossen. Maar we zien in de wetenschap geen grote samenwerkingen die deze uitdaging aangaan. De nadruk ligt op 'excellente wetenschappers', niet op 'excellente vragen'. De heersende opvatting is dat kwaliteit voortkomt uit competitie, en niet uit samenwerking. Maar onderzoek trekt het nut van competitie in de wetenschap in twijfel.²

Een competitieve wetenschap, waar iedereen zichzelf moet bewijzen door een eigen vierkante millimeter aan 'innovatief onderzoek' te genereren en te verdedigen, is niet voor iedereen even aantrekkelijk. Voor de burger niet, omdat belastinggeld misschien efficiënter besteed is als wetenschappers meer samenwerken, maar ook voor sommige wetenschappers niet die liever samenwerken aan grote vraagstukken dan elkaar te beconcurreren om als eerste een antwoord te vinden. En ik vraag me de laatste tijd af of we de mensen kwijt dreigen te raken die het sterkst intrinsiek gemotiveerd zijn om door middel van de wetenschap bij te dragen aan een betere wereld. In plaats van ons af te vragen hoe we het beste uit wetenschappers kunnen halen, moeten we eerst maar eens zorgen dat de beste mensen de wetenschap in willen.

1 Open Science Collaboration. (2015). Estimating the reproducibility of psychological science. *Science*, 349(6251), aac4716-aac4716. <https://doi.org/10.1126/science.aac4716>

2 Fang, F. C., & Casadevall, A. (2015). Competitive Science: Is Competition Ruining Science? *Infection and Immunity*, 83(4), 1229-1233. <https://doi.org/10.1128/IAI.02939-14>

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



Kennis over diagnostiek en behandeling van ontspoorde meisjes in residentiële zorg schiet tekort. En ontwikkeling van die kennis is wel nodig om de effectiviteit van zorg te verbeteren. Karin Nijhof en collega's geven een beschrijvend beeld van 137 meisjes in jeugdzorginstellingen en concluderen dat het gaat om een complexe, kwetsbare doelgroep waarvoor langdurige en intensieve zorg nodig is.

EEN DOELGROEPOMSCHRIJVING

MEISJES IN RESIDENTIËLE ZORG

Mirjam is een zestienjarige, gemiddeld intelligente adolescente, wanneer ze eind 2013 wordt herplaatst binnen Jeugdzorg^{plus}. Ze is de oudste van twee kinderen, opgegroeid in een volledig gezin. Haar broertje is bekend met een ontwikkelingsstoornis in combinatie met zeer opstandig gedrag. Ouders zijn getrouwd, maar de onderlinge relatie kent een langdurig patroon van elkaar aantrekken en afstoten. Wat betreft de opvoeding tonen ouders zich verschillend en wisselend in beschikbaarheid en responsiviteit naar de kinderen. Over de vroege ontwikkeling van Mirjam is bij aanvang van opname niets bekend dan wel gerapporteerd.

Het is 2010 als haar ouders om hulp vragen. De jaren hiervoor doen vermoeden dat eventuele problemen voor ouders hanteerbaar zijn geweest of dat de problematiek onvoldoende is gezien vanwege de zorg en aandacht voor Mirjams broertje. Sinds 2010 maakt Mirjam een zeer moeizame en zorgelijke ontwikkeling door. Ze laat in toenemende mate een spannings- en aandachtbehoefte zien. Volgens Mirjam ter compensatie van de situatie thuis. Het gemis aan persoonlijke stevigheid en veerkracht, haar vraag naar aandacht in combinatie met tekortschietende coping-mechanismen leiden ertoe dat ze zich vaak en langdurig begeeft in voor haar

risicovolle, schadelijke en traumatiserende situaties. Mirjam komt in aanraking met een netwerk waar een zorgelijke beïnvloeding van uitgaat. Overmatig drank- en druggebruik – waarbij het creëren van een afhankelijkheidsrelatie het hoofddoel lijkt – leiden ertoe dat Mirjam geïsoleerd raakt van haar familie en bekenden, niet meer naar school gaat en op seksueel gebied veelal onder invloed lijkt te worden geëxploiteerd.

Voor haar huidige opname heeft Mirjam gebruik gemaakt van tien vormen van hulpverlening. Veelal residentiële opnames – waarvan vier in Jeugdzorg^{plus} – die vanwege maandenlange onttrekking aan toezicht en interventie al in het beginstadium worden afgebroken. Bij aanvang van de opname geeft Mirjam in emotionele zin een ontredderd beeld. Fysiek imponeert zij sterk ondervoed, onverzorgd en verwaarloosd. De schadelijke invloeden van buitenaf worden duidelijk gezien. Mirjam heeft er veel voor over om contact te hebben en te onderhouden met haar netwerk. Anderzijds doet dit netwerk verwoede en slinkse pogingen om Mirjam te onttrekken aan beïnvloeding van buitenaf waaronder hulpverlening. Ouders tonen zich onmachtig en moegestreden waarbij vader vanuit teleurstelling het contact met zijn dochter afhoudt. Moeder toont zich betrokken bij haar dochter en hulpverlening, wat vooral voortkomt uit een chronisch gevoel van schuld en schaamte.

INLEIDING

Mirjam is één van de naar schatting vijftienduizend jongeren met ernstige gedragsproblemen die jaarlijks geplaatst worden in een residentiële jeugdzorginstelling in Nederland (Jeugdzorg Nederland, 2011). Ondanks dat er weinig bekend is over de populatie meisjes in residentiële zorg, omvatten ze een aanzienlijk deel. In de provinciaal gefinancierde jeugdzorg is 42% een meisje, binnen de Jeugdzorg^{plus} gaat het om 43%, en binnen de intramurale zorg van de orthopedagogische behandelcentra gaat het om 45%. Binnen de geestelijke gezondheidszorg is de verdeling 67% jongens en 33% meisjes. Er zijn geen specifieke cijfers bekend over alleen residentiële opnames binnen de geestelijke gezondheidszorg (Nijhof, 2015).

Er kunnen een aantal redenen genoemd worden waarom meisjes met gedragsproblemen weinig aandacht hebben gehad in onderzoek en daardoor ook in onderwijs en beleid (Kroneman, 2009):

- De prevalentie van gedragsproblematiek bij meisjes is significant lager dan bij jongens;
- Probleemgedrag bij jongens kenmerkt zich veelal door openlijk gedrag, zoals lichamelijke agressie en criminaliteit, waar men last van heeft;
- Probleemgedrag bij jongens wordt vaker gerelateerd aan negatieve consequenties op de langere termijn.

Het is opvallend dat er weinig aandacht is geweest voor meisjes in residentiële zorg, aangezien internationaal onderzoek aantoonde dat bij meisjes meer sprake is van comorbiditeit (Costello, Foley & Angold, 2006), ze een snellere escalatie in gedragsproblemen laten zien van vroege naar late adolescentie dan jongens (Galambos, Barker & Almeida, 2003) en vaker sprake is van 'heterotypische continuïteit' (verscheidenheid aan negatieve uitkomsten) – terwijl er bij jongens vaker sprake is van 'homotypische continuïteit' (disruptief gedrag als uitkomst; Pajer, 1998). De consequenties van probleemgedrag bij meisjes zijn op latere leeftijd ernstiger en meer gevarieerd, denk aan psychische problemen en middelengebruik (Odgers et al., 2008).

Ook recent Nederlands onderzoek laat zien dat meisjes in residentiële zorg ernstiger probleemgedrag lijken te vertonen dan jongens (Nijhof, 2011). Tevens is de kans op intergenerationele transmissie bij meisjes groot – mede door prenataal trauma – waardoor probleemgedrag over generaties heen in stand wordt gehouden (Van der Molen, 2013). Kortom, er lijken belangrijke verschillen in het ontstaan, de

uitingsvorm en het verloop van ernstig probleemgedrag bij jongens en meisjes te zijn, die het belang van onderzoek naar meisjes in residentiële zorg benadrukken.

Dit belang wordt nog eens bevestigd door follow-up onderzoek naar *ex-JJI* meisjes met ernstige gedragsproblemen in gesloten instellingen (Van der Molen et al. 2013; 2015), dat laat zien dat deze meisjes in de jongvolwassenheid een beperkt algemeen functioneren laten zien. Met een groot deel van de meisjes gaat het niet goed, waarbij gedacht kan worden aan het niet hebben van werk, financiële problemen, middelenmisbruik, en psychische problemen. Weinig meisjes kunnen zelfstandig functioneren en hun leven is nog steeds chaotisch en instabiel. Een vergelijkbaar beeld wordt gegeven voor meisjes uit de residentiële zorg (Van Vught et al., 2014).

Meer kennisontwikkeling over de populatie meisjes met ernstige gedragsproblemen in residentiële zorg is dus nodig om in de zorg beter te kunnen aansluiten op de behoeften van deze meisjes en daarmee hun toekomstkansen te verbeteren. Uit internationale literatuur blijkt steeds meer dat de erkenning van sekse-specifieke behoeften in de behandeling leidt tot een grotere behandel-effectiviteit (Baynes-Dunning & Worthington, 2012; Bloom & Covington, 2001). Het onderzoek dat tot op heden is uitgevoerd naar (effectiviteit van) residentiële zorg of naar jongeren met ernstige gedragsproblemen is veelal gericht op jongens, of jongens én meisjes worden samengenomen. Het doel van deze beschrijvende studie is bij te dragen aan kennisontwikkeling over meisjes met ernstige gedragsproblemen door zicht te krijgen op de kenmerken van de doelgroep meisjes in residentiële zorg. In de discussie zal uitgebreid ingegaan worden op de klinische implicaties voor de behandeling van deze meisjes.

METHODE

ONDERZOEKSGROEP Voor een adequate omschrijving van de populatie meisjes in residentiële zorg zijn 137 dossiers geanalyseerd bij een gespecialiseerde residentiële jeugdzorginstelling voor jongeren met complexe (gedrags)problematiek. Van de 137 meisjes zijn 95 meisjes opgenomen in de open residentiële zorg (69.4%) en 42 meisjes in Jeugdzorg^{plus} (30.6%). De onderzoeksgroep omvat meisjes opgenomen in een periode van zes jaar. De leeftijd bij opname loopt uiteen van 10.7 tot 17.7 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 15.2 jaar (*sd*=1.61). Van de meisjes is 81.8% geboren in Nederland, 2.9% is geboren in een ander westers land en 13.8% komt uit een niet-westers land. Voor 1.5% staat het geboorteland niet

in het dossier vermeld. Van de biologische moeders is 51.8% in Nederland geboren, evenals 38.7% van de biologische vaders. Van de ouders is 34.3% alleenstaand of gescheiden, 25.5% is gehuwd en 12.4% is samenwonend. Van de ouders had 1.5% een andersoortige relatie, te denken aan een LAT-relatie. Van 26.3% is de relatiestatus onbekend. Het aantal kinderen in de gezinnen laat een gemiddelde zien van 3.6 ($sd=1.01$). In 74.5% van de gevallen is de biologische moeder aanwezig en betrokken bij de meisjes, de biologische vader bij 44.5% van de meisjes. Bij plaatsing binnen de gesloten instelling is 70.8% geplaatst met een onder-toezichtstelling, 1.5% met een voorlopige ondertoezichtstelling en bij 13.1% is er sprake van een voogdijmaatregel. De overige 13.9% van de meisjes is geplaatst zonder gezagsbeperkende maatregel.

PROCEDURE EN MEETINSTRUMENT Voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de plaatsingsdossiers van meisjes die geplaatst zijn geweest in de periode 2008-2014. Dossiers bevatten aanmeldinformatie vanuit plaatsende instanties, vanuit juridische instanties als de Raad van de Kinderbescherming en informatie over eerder diagnostisch onderzoek. Op basis van een scoringssysteem is de problematiek van de meisjes in kaart gebracht. Het scoringssysteem is ontwikkeld op basis van een bestaand systeem, het Scoringsschema Demografische Informatie (SDI; oorspronkelijke versie Veerman & Bates, 1989; Kroes, De Meyer & Veerman, 2003). Het SDI is indertijd ontwikkeld om voor onderzoeksdoeleinden op betrouwbare wijze demografische informatie uit dossiers te kunnen scoren. In die zin heeft het SDI een functie gehad in evaluatie- en follow-up onderzoek. In een later stadium is het een rol gaan spelen bij het opzetten van registratiesystemen ten behoeve van onderzoek in de praktijk van de jeugdzorg.

Doordat in de bestaande SDI vragen ontbraken over specifieke gedragsproblemen, zijn enkele items toegevoegd aan het systeem, gebaseerd op een vragenlijst van Orobio de Castro et al. (2002) en van de resultaten van onderzoek door Boendermaker et al. (2004). Het uiteindelijke scoringssysteem is een instrument dat kijkt naar demografische variabelen van kinderen, adolescenten en gezinnen, bekend binnen de jeugdzorg (Scoringsschema Nieuw Zorgaanbod; Nijhof & Van Dam, 2007).

Informatie over de volgende variabelen wordt verzameld: algemene informatie, hulpverleningsgeschiedenis, dagbesteding, diagnostische informatie, gedragsproblemen bij de adolescenten en aanvullende informatie over de ouders en

het opvoedklimaat. Algemene informatie betreft onder meer leeftijd en geslacht van het kind, geboorteland, datum plaatsing, aanwezigheid van ouders, geboorteland ouders en welke machtiging het kind opgelegd heeft gekregen. Met betrekking tot de hulpverleningsgeschiedenis is geregistreerd welke vormen van zorg het kind al heeft ontvangen, daarbij onderscheid makend in ambulant, dagbehandeling, netwerkplaatsing, pleegzorg en residentiële zorg (justitiële interventies zoals de maatregel Hulp & Steun zijn niet meegenomen). Met betrekking tot de diagnostische gegevens zijn de diagnoses geregistreerd. De informatie rondom problematiek van het kind (bijv. spijbelen, internaliserende problematiek, persoonlijkheidsproblematiek, softdrugsgebruik), informatie over ouders (bijv. psychiatrische problematiek vader en moeder, politiecontacten ouders) en opvoedingsomgeving (bijv. problemen met financiën, geweld tussen ouders) zijn gescoord met '1' geen sprake van, '2' vermoedelijk, '3' ja, en '99' staat niet in het dossier. Voor de analyses zijn de scores 2 en 3 samengenomen als aanwezig probleemgedrag, en 1 en 99 als niet-aanwezig probleemgedrag.

Opvallend dat er zo weinig aandacht is voor meisjes in residentiële zorg, aangezien internationaal onderzoek aantoonde dat bij meisjes meer sprake is van comorbiditeit

De gegevensverzameling kan onderverdeeld worden in drie fases. In de eerste fase zijn 37 dossiers geanalyseerd op basis van de dossiers van meisjes geplaatst binnen Jeugdzorg^{plus} tussen september 2008 en oktober 2010. Twee onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar tien dossiers gescoord met het scoringssysteem, waarbij meer dan 80% van de variabelen door hen hetzelfde werd gescoord. Studentassistenten

zijn vervolgens getraind om tot dezelfde mate van betrouwbaarheid te komen. Voor het huidige onderzoek zijn gegevens in de tweede fase aangevuld met gegevens uit de analyse van 100 dossiers van meisjes geplaatst tussen september 2012 en juni 2014. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is berekend over vijf gezamenlijk gecodeerde dossiers tussen de onderzoekster en een student assistent. Hierbij werd op 75% van de variabelen gelijk gescoord. In de derde fase is ten slotte aanvullende informatie uit de dossiers gehaald omtrent de hulpverleningsgeschiedenis.

STATISTISCHE ANALYSE De hulpverleningsgeschiedenis is weergegeven in aantal ontvangen vormen van zorg, waarbij onderscheid is gemaakt in ambulante zorg, dagbehandeling, netwerkplaatsing, pleegzorg, en residentiële zorg. Vervolgens zijn de gestelde diagnoses in kaart gebracht. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen meisjes in open jeugdzorg en Jeugdzorg^{plus}, en jongere en oudere meisjes. Daarnaast zijn de beschrijvende gegevens van de kind-, ouder en gezinsfactoren weergegeven in percentages. Ook hierbij is steeds onderscheid gemaakt in open jeugdzorg en Jeugdzorg^{plus} en tussen jongere (10-14 jaar) en oudere meisjes (15-18 jaar). Middels kruistabellen is vervolgens gekeken in hoeverre meisjes

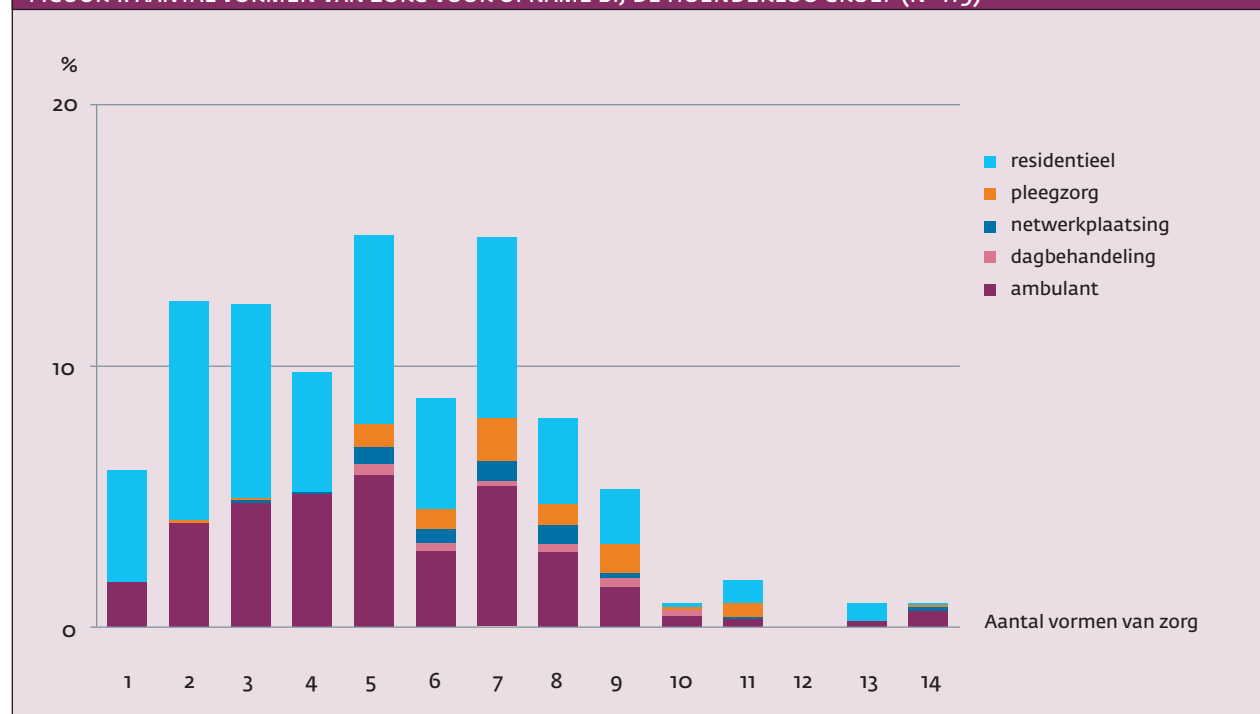
in open jeugdzorg en Jeugdzorg^{plus} significant van elkaar verschillen. Daarna is hetzelfde gedaan voor de jongere en oudere meisjes.

RESULTATEN

HULPVERLENINGSGESCHIEDENIS De meisjes kennen vaak bij binnenkomst al een lange hulpverleningsgeschiedenis. Van 119 (87%) van de 137 meisjes is de hulpverleningsgeschiedenis bekend. Hieruit blijkt dat 95% van de 119 meisjes eerdere zorg heeft ontvangen. Als eerdere zorg is ingezet, hebben de meisjes gemiddeld 5.12 ($sd=2.70$, range 1-14) vormen van zorg gehad (zie figuur 1).

KINDPROBLEMATIEK Bijna alle meisjes laten bij opname externaliserende problematiek zien, bij driekwart is sprake van comorbiditeit met internaliserende problematiek (zie tabel 1). Nog eens 69% van de meisjes laat tevens problemen in de persoonlijkheidsontwikkeling zien. Een groot deel van de meisjes heeft problemen met school, spijbelt, en heeft contacten met politie in verband met delictgedrag. Daarnaast laat meer dan de helft van de meisjes seksueel overschrijdend gedrag laten zien, en is bijna driekwart bekend met

FIGUUR 1. AANTAL VORMEN VAN ZORG VOOR OPNAME BIJ DE HOENDERLOO GROEP (N=119)



weglooptgedrag. De helft van de jongeren heeft traumatische ervaringen opgedaan in hun jeugd.

Als gekeken wordt naar verschillen tussen subgroepen, dan lijken meisjes in Jeugdzorg^{plus} en oudere meisjes ernstiger probleemgedrag te laten zien. Meisjes in Jeugdzorg^{plus} laten significant vaker een licht verstandelijke beperking zien, gebruiken vaker softdrugs, hebben vaker politiecontacten gehad, komen vaker vanuit prostitutiemilieus binnen of lopen een zeer verhoogd risico er te belanden, ze gebruiken vaker

geweld tegen gezinsleden, onttrekken zich vaker aan de zorg en hebben vaker een risicovolle vriendengroep vergeleken met meisjes in open residentiële jeugdzorg. De oudere meisjes (14-18 jaar) laten – ten opzichte van de jongere meisjes (< 14 jaar) – vaker spijbelgedrag zien, gebruiken vaker softdrugs, hebben vaker politiecontacten gehad, zijn vaker slachtoffer van een loverboy, onttrekken zich vaker aan de zorg, hebben vaker traumatische ervaringen meegemaakt en bevinden zich vaker in een risicovolle vriendengroep (zie tabel 1).

TABEL 1. PERCENTAGES VAN AANWEZIGE KINDPROBLEMATIEK BIJ MEISJES (N=137)

	OPEN JEUGDZORG % (N=95)	JEUGDZORG ^{PLUS} % (N=42)	JONGE MEISJES % (N=27)	OUDERE MEISJES % (N=110)	
(Licht) verstandelijke beperking			*		
IQ < 70		10		4	
IQ 70-85	32	57	23	44	
Internaliserende problematiek	77	69	82	73	
Externaliserende problematiek	96	100	100	96	
Persoonlijkheidsproblematiek	68	69	78	66	
Gebrekkige zelfverzorging	24	19	22	23	
Spijbelen	54	67	33	64	*
Softdrugsgebruik	35	64	11	52	*
Harddrugsgebruik	14	21	7	18	
Politiecontacten	26	60	22	43	*
Seksueel gedrag/slachtofferschap					
Prostitutie	3	14	4	7	
Loverboyproblematiek	14	41	4	26	*
Risico prostitutie/loverboyprobl.	7	14	4	11	
Seksueel grensoverschrijdend	15	17	19	15	
Geweld tegen gezinsleden	25	40	22	32	
Automutilatie	22	26	15	25	
Suicidegedachten / poging	17	17	11	19	
Weglooptgedrag	72	93	44	86	*
Traumatische ervaringen	47	57	33	55	*
Problemen ten opzichte van school	76	83	82	77	
Risicovolle vriendenkring	37	67	11	55	*

Noot. In bovenstaande tabel staan de percentages genoemd van de aanwezige problematiek. Dat wil niet zeggen dat bij het overige deel de problematiek niet aanwezig is, het is ook mogelijk dat het niet in het dossier staat vermeld. Wel kan er vanuit worden gegaan dat als het niet in het dossier staat vermeld het niet om voorliggende problematiek gaat. (LVB=Licht Verstandelijke Beperking; * $p < .05$, ** $p < .10$.)

DIAGNOSES Bij 101 meisjes zijn in totaal 142 diagnoses vastgesteld, bij 41 jongeren (41%) is sprake van een dubbeldiagnose (zie tabel 2). De meest voorkomende diagnose is een opstandige gedragsstoornis (ODD). Een reactieve hechtingsstoornis is bij 20% van de meisjes vastgesteld, 14% heeft de diagnose ADHD en 10% de diagnose gedragsstoornis. Vooral bij de jonge meisjes (< 14 jaar) komt een hechtingsstoornis voor, bij bijna 50%.

GEZINSKENMERKEN Bij een aanzienlijk deel van de doelgroep is bij moeder sprake van psychiatrische problematiek (59%). Het percentage bij vaders ligt lager, maar er zijn ook minder vaders in beeld. Bij 89% van de gehele doelgroep is er sprake van problemen in de ouder-kindrelatie. In de opvoedingsomgeving van de meisjes komen problemen in het sociale netwerk voor, problemen met huisvesting en fi-

nanciën en problemen met de hulpverlening. Van de meisjes heeft 80% te maken gehad met een instabiele opvoedingsomgeving, de bedreiging van de opvoedingsomgeving is bij 42% ernstig tot zeer ernstig (zie tabel 3).

Er blijken verschillen tussen meisjes in open residentiële zorg en Jeugdzorg^{plus} in gezinsachtergrond. Bij meisjes in Jeugdzorg^{plus} heeft de vader vaker psychiatrische problemen, zijn er vaker problemen in het sociaal netwerk en vindt vaker mishandeling en seksueel misbruik door ouders plaats dan bij meisjes in open residentiële zorg. Daarentegen is er vaker sprake van verslavingsproblematiek bij moeder en is de opvoedingsomgeving ernstiger bedreigend voor het kind bij meisjes in open residentiële zorg dan bij meisjes in Jeugdzorg^{plus}. Met betrekking tot het verschil tussen jongere en oudere meisjes, blijkt dat bij jongere meisjes (< 14 jaar) de gezinsproblemen ernstiger lijken te zijn dan bij oudere meisjes. In de

TABEL 2. DIAGNOSES (N=101).

DIAGNOSES	N	%	OPEN JEUGDZORG % (N=69)	JEUGDZORG ^{PLUS} % (N=32)	JONGE MEISJES % (N=21)	OUDERE MEISJES % (N=80)
ODD	31	22	22	21	24	25
Hechtingsstoornis	29	20	22	17	48	21
ADHD	20	14	14	15	29	13
Gedragsstoornis	14	10	9	11	19	6
PTSS	10	7	9	2	4	10
Ouder-kind-relatieprobleem	8	6	4	9	4	6
Dysthyme stoornis	4	3	3	2		4
Aanpassingsstoornis	4	3	3	2	4	3
ASS	3	2	3			1
Bedreigde persoonlijkheidsontw.	3	2	1	4		
Identiteitsprobleem	2	1	2			1
Taalstoornis	2	1		4		
Zwakbegaafdheid	2	1		4	4	
Stoornis in de impulsbeheersing	2	1	1	2		
Overig ¹	8	6	5	6	5	10

¹ Onder 'overig' vallen alle stoornissen die maar eenmaal voorkomen. Dit zijn: stemmingsstoornis, acculturatieprobleem, stoornis op zuigelingenleeftijd, stoornis in adolescent, psychische stoornis, enuresis, leerstoornis, afhankelijkheid middelen.

TABEL 3. PERCENTAGES VAN AANWEZIGE OUDER – EN GEZINSPROBLEMATIEK BIJ MEISJES (N=137)

	OPEN JEUGDZORG % (N=95)	JEUGDZORG ^{PLUS} % (N=42)	JONGE MEISJES % (N=27)	OUDERE MEISJES % (N=110)
Ouderfactoren				
Aanwezigheid moederfiguur	97	95	100	96
Aanwezigheid vaderfiguur	73	67	95	74
Relatie biologische ouders: gehuwd/samenwonend	39	36	30	40
Psychiatrische problematiek moeder	62	52	78	55
Psychiatrische problematiek vader	17	33	26	21
Verslavingsproblemen moeder	20	5	30	12
Verslavingsproblemen vader	16	21	22	16
(Licht) verstandelijke beperking moeder	8	2	4	2
(Licht) verstandelijke beperking vader	5	5	4	2
Gezinsfactoren				
Politiecontacten met gezinsleden				
Problemen in de ouder-kindrelatie	21	29	26	23
Problemen in het sociale netwerk	84	88	93	84
Problemen met huisvesting	12	24	15	15
Problemen met financiën	11	17	19	11
Problemen met de hulpverlening	34	26	56	26
Instabiele opvoedingsomgeving	30	17	44	16
Bedreigde opvoedingsomgeving	82	76	89	44
Bedreigde opvoedingsomgeving (licht – matig)	48	67	44	56
Bedreigde opvoedingsomgeving (ernstig – zeer ernstig)	50	26	56	39
Mishandeling				
Lichamelijke verwaarlozing door ouders	18	10	11	16
Lichamelijke mishandeling door ouders	20	21	15	22
Geestelijke verwaarlozing door ouders	5	7	11	5
Geestelijke mishandeling door ouders	0	7	0	3
Seksueel misbruik door ouders	0	7	0	3
Seksueel misbruik door derden	14	17	11	16
Fysiek geweld tussen ouders	31	33	22	34

Noot. In bovenstaande tabel staan de percentages genoemd van de aanwezige problematiek. Dat wil niet zeggen dat bij het overige deel de problematiek niet aanwezig is, het is ook mogelijk dat het niet in het dossier staat vermeld. Wel kan er vanuit worden gegaan dat als het niet in het dossier staat vermeld het niet om voorliggende problematiek gaat. (* $p < .05$, ** $p < .10$.)

gezinnen van jongere meisjes is bij moeder vaker sprake van psychiatrische – en verslavingsproblemen, en zijn er vaker problemen met financiën en de hulpverlening.

DISCUSSIE

Het huidige onderzoek geeft een beschrijvend beeld van de populatie meisjes in residentiële jeugdzorg, en levert hiermee een bijdrage aan het vergroten van kennis rondom deze complexe doelgroep ten behoeve van het optimaliseren van de zorg. Doordat er momenteel weinig bekend is over meisjes met ernstige gedragsproblemen, en over seksespecifieke behoeften in diagnostiek en behandeling, is er weinig aandacht voor dit thema in onderwijs – met als gevolg handelingsverlegenheid bij medewerkers. De conclusie die op basis van het huidige onderzoek kan worden getrokken, is dat meisjes in residentiële zorg een zeer complexe, comorbide, en kwetsbare doelgroep vormen. Het merendeel van deze meisjes heeft een lange hulpverleningsgeschiedenis, wat de vraag doet rijzen of niet eerder specialistischer zorg had moeten worden ingezet ('matched care' in plaats van 'stepped care'), en hoe we kunnen voorkomen dat meisjes van instelling naar instelling gaan. Zeker in het geval van hechtingsproblematiek kan dit door het kind opnieuw als afwijzing worden ervaren, waardoor problematiek in stand wordt gehouden. Bij hechtingsproblematiek is het van belang dat de jongere een emotioneel beschikbaar hechtingsfiguur krijgt. Dit kan alleen als het kind zeker is van een veilige en stabiele plek (Bartelink, 2013).

JONGERE VERSUS OUDERE MEISJES Binnen de populatie meisjes is in het onderzoek onderscheid gemaakt tussen jongere (< 14 jaar) en oudere meisjes (14-18 jaar). Op basis van kind-, gezins- en omgevingsfactoren lijken er interessante verschillen te zijn tussen beide subgroepen.

Een opvallend verschil is de mate van gediagnosticeerde hechtingsstoornis. Bij de jongere meisjes is bij bijna 50% sprake van een hechtingsstoornis, bij de ouders meisjes bij 21%. Bij de jongere meisjes is er tevens – en hoogstwaarschijnlijk gerelateerd aan de hechtingsproblematiek – vaker sprake van een (zeer) ernstig bedreigende opvoedomgeving, en lijken de gezinsproblemen ernstiger te zijn dan bij oudere meisjes. In de gezinnen van jongere meisjes is bij moeder vaker sprake van psychiatrische – en verslavingsproblemen, en zijn er vaker problemen met financiën en de hulpverlening. Bij de oudere meisjes blijkt uit de resultaten dat, in tegenstelling tot de jongere meisjes, meer kind- en omgevingsproblematiek (risicovolle vriendengroep) te zien is.

Vanuit deze bevindingen kan geconcludeerd worden dat kind, gezins- en omgevingsfactoren een belangrijke indicator lijken te zijn voor de leeftijd waarop een meisje binnen de jeugdzorg geplaatst wordt: bij jongere meisjes lijken vooral gezinsfactoren de reden te zijn, terwijl bij oudere meisjes eerder de kind- en omgevingsproblematiek voorop staat. Literatuur laat zien dat ernstige gedragsproblemen zich bij meisjes vaak later openbaren, veelal pas in de adolescentie (Fontaine et al., 2009). Dit komt overeen met onze bevinding dat juist bij de oudere meisjes de kindproblematiek meer vooropstaat. Bij deze oudere meisjes lijken de externaliserende problemen vooraf te gaan door internaliserende problemen, die lang onzichtbaar blijven. Wanneer de meisjes eenmaal gaan externaliseren, vindt een snellere escalatie van gedragsproblemen plaats dan bij jongens (Galambos, Barker, & Almeida, 2003), met als gevolg een residentiële plaatsing.

Ook vanuit de praktijk wordt veelal gezien dat het merendeel van de meisjes op een latere leeftijd geplaatst worden binnen een residentiële setting. De zogeheten gun-factor lijkt een rol te spelen; jongens worden eerder 'gestraft' voor hun daden, meisjes krijgen vaker de kans hun gedrag te herstellen en mogen onder voorwaarden langer in hun huidige situatie blijven. Dit geeft een mogelijk risico weer: meisjes krijgen op jongere leeftijd onvoldoende hulp geboden. Dit wordt bevestigd door de studie van Creemers (2014). Zij vonden bij een screening op depressie bij meisjes dat bij 15% van de 1.000 meisjes sprake was van een klinische depressie, echter nog geen tien meisjes ontvingen hiervoor zorg.

Kennis hebben van signalen, tijdige signalering en goede diagnostiek is dan ook noodzakelijk de juiste zorg op het juiste moment te kunnen inzetten, om verergering van probleemgedrag en escalatie op latere leeftijd te doen voorkomen. Op latere leeftijd binnenkomen in zorg, leidt veelal tot de noodzaak tot langdurige, intensieve zorg. Vanuit de praktijk wordt momenteel ervaren dat er onvoldoende tijd is om de hardnekkige problematiek voldoende in kaart te brengen en passende behandeling op een juist moment in te schakelen.

BELANG VAN HET GEZINSSYSTEEM IN DE BEHANDELING

Ondanks dat met name bij de jongere meisjes de gezinssituatie vaak reden tot opname in residentiële zorg lijkt te zijn, en bij de oudere meisjes de kindproblematiek, zijn ook bij de oudere meisjes veelal problemen in het systeem. De effecten van het gezin op agressie zijn voor meisjes groter dan voor

jongens (Spieker et al., 2012; Underwood, Kupersmidt, & Coie, 2008). Met name bij meisjes lijkt een aanpak gericht op de omgeving van belang, meer dan bij jongens. Dit wordt bevestigd door Hubbard & Matthews (2008), die aangeven dat een combinatie van effectieve behandeling bij agressie (oudertraining en cognitieve gedragstherapie) in combinatie met een gender-sensitieve benadering (het bevorderen van goede relaties) leidt tot de beste behandeling voor meisjes (zie ook Menting & Orobio de Castro, 2015). Betrokkenheid van het gezin bij de zorg is vooral bij meisjes ook belangrijk, omdat de gezinscontext veelal ernstiger verstoord is dan bij jongens (Keenan, Stouthamer-Loeber & Loeber, 2005; Kroneman, 2009; Margolin & Gordis, 2000; Smith & Thomas, 2000). In de praktijk wordt daarentegen nog vaak ingezet op behandeling gericht op het individu, waarbij onvoldoende wordt gekeken naar een systemisch gerichte aanpak. Wanneer deze systemische kant beperkt of nauwelijks belicht wordt, zal een deel van de oorzakelijke factoren onvoldoende in kaart gebracht en aangepakt worden. De kern van de problematiek wordt zo niet aangepakt waardoor er een verhoogd risico is op instandhouding dan wel terugval in gedrag.

Bij hechtingsproblematiek is het van belang dat de jongere een emotioneel beschikbaar hechtingsfiguur krijgt

DIAGNOSTIEK EN ONDERLIGGENDE PROBLEMATIEK Bij een groot gedeelte van de meisjes in de huidige studie is een externaliserende stoornis als ODD, ADHD of een gedragsstoornis gediagnosticeerd. Dit zou betekenen dat externaliserend gedrag bij een groot gedeelte van de doelgroep de meest bepalende factor is in de behandeling. Ondanks dat hechtingsproblematiek een goede tweede plaats inneemt, is de ervaring vanuit de praktijk dat een groter gedeelte

van de meisjes kampt met achterliggende internaliserende problematiek.

Na verloop van tijd worden in de behandeling diagnoses gesteld als reactieve hechtingsstoornis, posttraumatische stressstoornis (PTSS), identiteitsproblematiek, depressie en angst. Percentages van deze diagnoses zijn bij aanmelding relatief laag – zoals ook te zien is in de huidige studie – en schetsen daarmee mogelijk onvoldoende een adequaat beeld van de mate waarin deze problematiek in een later stadium waargenomen wordt.

Kennis over de doelgroep meisjes, en goede diagnostiek op internaliserende, onderliggende problematiek als trauma en depressie, is van essentieel belang om de juiste behandeling in te kunnen zetten. Onderzoek van Van der Molen en anderen (2013; 2015) toont aan dat de prognose van gedragsgestoorde meisjes zeer ongunstig is met een zeer beperkt algemeen functioneren en het niet goed zelfstandig kunnen functioneren. Mogelijk wordt dit (deels) verklaard doordat onvoldoende zicht is op de (onderliggende) problematiek, waardoor niet de juiste behandeling wordt ingezet, en de effectiviteit beperkter is.

KLINISCHE IMPLICATIES EN VERVOLGONDERZOEK Het doel van huidig artikel was inzicht te krijgen in kenmerken van de doelgroep meisjes in residentiële zorg. Vervolgonderzoek is nodig dat zich richt op sekse-specifieke behoeften van meisjes, hiervoor is een vergelijking noodzakelijk met een populatie jongens in residentiële jeugdzorg. Opvallend is dat er in Nederland weinig doelgroep-analyses zijn van jongeren in residentiële jeugdzorg. De studies die dit onderzoeken, maken geen onderscheid tussen jongens en meisjes. Daarentegen zijn er internationaal wel enkele studies die aantonen dat er duidelijke verschillen zijn tussen jongens en meisjes in residentiële jeugdzorg. Zo blijkt uit onderzoek van Griffith et al. (2009) dat jongens gemiddeld 1.71 en meisjes gemiddeld 1.94 eerdere uithuisplaatsingen hebben gehad. Meisjes laten dus een langere geschiedenis van eerdere uithuisplaatsingen zien, wat ook wordt bevestigd door onderzoek van Connor et al. (2004).

Kijkend naar de kind-kenmerken blijkt dat meisjes meer seksueel grensoverschrijdend gedrag, suïcidaliteit en automutilatie vertonen dan jongens (Handwerk et al., 2006). Op het gebied van problemen in de vriendenkring verschillen jongens en meisjes doorgaans niet. Jongens, daarentegen, scoren hoger op criminaliteit en schoolproblemen.

Op het domein van gezinskenmerken laat de studie van Connor et al. (2004) zien dat middelengebruik vaker

voorkomt bij ouders van meisjes dan bij ouders van jongens. Er is geen verschil gevonden tussen ouders van jongens en meisjes als het gaat om crimineel gedrag en huiselijk geweld. Verder hebben meisjes vaker te maken met seksueel misbruik dan jongens (Connor et al., 2004).

Naast inzicht in de verschillende eigenschappen van jongens en meisjes in residentiële instellingen, is vervolgonderzoek noodzakelijk om te toetsen of er sekse-specifieke behoeften bestaan. Daarnaast is het van belang inzicht te krijgen in de verschillen in werkzame elementen in de behandeling van jongens en meisjes, zodat hier tijdens het verblijf en dus ook in behandeling adequaat en doelgericht op kan worden ingegaan. Door oog te hebben voor de verschillende eigenschappen en behoeften van meisjes en jongens in residentiële zorg, kan de effectiviteit van een verblijf en behandeling, maar ook de kans op een succesvolle terugkeer in de maatschappij, worden vergroot.

Kennis hebben van signalen, tijdige signalering en goede diagnostiek is noodzakelijk om de juiste zorg op het juiste moment te kunnen inzetten

Uit onze studie blijkt dat een aantal factoren van belang zijn om op in te zetten in de behandeling van meisjes in residentiële zorg. Hierbij gaat het om tijdige signalering van internaliserende problematiek om escalatie naar externaliserend probleemgedrag op latere leeftijd te voorkomen, goede diagnostiek op internaliserende problematiek als het meisje eenmaal in residentiële zorg is, en het inzetten van gezinsinterventies.

Vooraf willen we hier aandacht besteden aan de hoge mate van hechtingsproblematiek en hieraan gerelateerde traumatisering bij meisjes, welke in de behandeling nog

onvoldoende aandacht krijgen. Hierbij gaat het meestal om trauma dat zich kenmerkt door het chronische en ernstige karakter (complex trauma). Trauma verhoogt de kans op herhaald slachtofferschap, prostitutie, middelengebruik, promiscue gedrag, psychische problemen en persoonlijkheidsproblematiek (bijv. Arata, 2002; Hamerlynck, 2008; Smith et al., 2006). Tevens kan chronisch trauma leiden tot afwijkende biologische reacties op stress (Bauer, Quas, & Boyce, 2002), die een gezonde ontwikkeling en het dagelijks functioneren kunnen belemmeren. Deze afwijkende biologische stresssystemen spelen mogelijk een belangrijke rol in de instandhouding en ontwikkeling van posttraumatische symptomen. Huidig residentieel aanbod zet onvoldoende in op behandeling van onderliggend trauma en normalisering van de biologische stress respons. In residentiële zorg heeft behandeling van gedragsproblematiek vaak prioriteit, omdat dat het meeste overlast veroorzaakt. Residentieel aanbod zet dan vooral in op symptomen van trauma (onder meer agressie) in plaats van op de oorzaken, waardoor psychische en gedragsproblematiek in stand blijft of zelfs in ernst toeneemt. Het gevolg is dat deze meisjes in de (jong) volwassenheid een hoog risico lopen op diverse problemen zoals financiële problemen, psychische problemen, problemen met opvoeding, en geweld.

Het beperkt inzetten van traumabehandeling heeft meerdere redenen. Ten eerste wordt trauma niet altijd herkend bij gedragsgestoorde meisjes, bijvoorbeeld doordat de symptomen overeenkomen met symptomen van andere stoornissen als ADHD en ODD (Rosenberg, 2001). Ten tweede hebben meisjes in residentiële zorg veelal een lange hulpverleningsgeschiedenis en zijn ze weinig gemotiveerd voor behandeling. Ten derde wordt evidence-based traumabehandeling (EMDR en TF-CGT) beperkt ingezet in residentiële zorg (Milne & Collin-Vézina, 2015) omdat deze aspecten van blootstelling omvatten die traumaklachten kunnen verergeren en zelfdestructief gedrag kunnen veroorzaken wanneer er onvoldoende veiligheid en stabiliteit is. Clinici kiezen er dan voor om traumabehandeling uit te stellen.

Een verminderde effectiviteit van behandeling bij complex trauma – dat zich uit in een verergering van traumaklachten, een toename van zelfdestructief gedrag en weinig motivatie – kan mogelijk verklaard worden door de afwijkende biologische stresssystemen die ontstaan door langdurige en ernstige stress. Langdurige en ernstige stress kan leiden tot enerzijds *hyperarousal* (overreageren) en anderzijds *hypoarousal* (onderreageren). Kenmerken van hyperarousal zijn een verhoogde staat van alertheid, snel schrikken

en snel reageren met angst of boosheid. Kenmerken van hypoarousal zijn verstijving en depressie. Hyperarousal en hypoarousal zijn beide gerelateerd aan probleemgedrag (bijv. Bauer et al., 2002; Shirtcliff & Essex, 2009).

Tussen deze twee extremen bevindt zich de 'window of tolerance', de optimale staat van arousal waarin emoties en informatie kunnen worden verwerkt en geïntegreerd en waarbinnen jongeren kunnen leren en zich kunnen ontwikkelen (Corrigan, Fisher, & Nutt, 2011). Optimale behandel-effecten worden verwacht als een jongere zich in deze *window of tolerance* bevindt (Struik, 2010). Wanneer EMDR of TF-CGT wordt ingezet is dit mogelijk vaak niet het geval, waardoor jongeren onvoldoende leren en behandeling dus verminderd of niet effectief is. Onze hypothese is dat (eerst) ingezet moet worden op stressregulatie en het normaliseren van de biologische stressrespons, wanneer evidence-based behandeling niet kan worden ingezet. Op mindfulness en relaxatie gebaseerde interventies zijn een opkomende en veelbelovende manier om trauma te behandelen, en die meisjes leren stress beter te reguleren. Bij volwassenen zijn er enkele studies die aantonen dat deze interventies effect hebben op het biologisch stresssysteem (bijv. Polusny et al., 2015; Wu & Lo, 2008). Juist bij jongeren laat het biologische stresssysteem in de hersenen een hoge mate van plasticiteit zien (Pynoos et al., 2009), waardoor juist deze doelgroep kan profiteren van behandeling. (Momenteel vindt een promotieonderzoek plaats onder begeleiding van de eerste auteur naar de effectiviteit van op mindfulness en relaxatie gebaseerde behandeling middels serious gaming bij getraumatiseerde jongeren in residentiële jeugdzorg.)

Kortom, de aanbeveling die wij willen geven voor de behandeling van meisjes in residentiële jeugdzorg is om standaard bij opname instrumenten af te nemen om angst, stress, depressie (bijv. de *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995) en traumaklachten (bijv. de *Children's Revised Impact of Event Scale* (CRIES-13; Children and War Foundation, 1998; Olff, 2005; Verlinden & Lindauer, 2015) te meten. Zo worden internaliserende problemen beter in kaart gebracht en kan behandeling ingezet worden. Een goede systeemanalyse van het gezin is van belang om de noodzaak tot systemische interventies in te schatten.

Ten slotte willen we vooral aanbevelen trauma niet onderbehandeld te laten, omdat hierdoor de gedragsproblematiek veelal in stand wordt gehouden en de meisjes op langere termijn een verhoogd risico lopen op problemen op diverse domeinen. Op het gebied van onderzoek zou de

komende jaren de focus moeten liggen op onderzoek naar sekse-specifieke behoeften, gender-sensitiviteit van (diagnostische) instrumenten, en werkzame elementen in de behandeling van meisjes in residentiële zorg. Deze noodzaak tot onderzoek wordt bevestigd door de resultaten uit het proefschrift van Krabbendam (2016) waaruit blijkt dat deze meisjes het op latere leeftijd niet goed doen op meerdere terreinen. Deze meisjes blijven een groot beroep doen op de geestelijke gezondheidszorg in Nederland. Uit onderzoek van onder meer Vogel et al. (2015) blijkt dat van de vrouwen in de forensische psychiatrie ruim driekwart in hun jeugd te maken heeft gehad met traumatisering door mishandeling, hetgeen duidt op het belang van traumabehandeling in de jeugd.

BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK De dossieranalyse als methode van gegevensverzameling brengt beperkingen met zich mee, waaronder de wijze waarop informatie is verkregen. Doordat de dossiers zijn opgesteld door externe partijen, is men afhankelijk van de informatie die door een ander is vastgesteld en verzameld. Hierbij kan er sprake zijn van een bepaalde mate van subjectiviteit over welke informatie wel of niet verwerkt wordt. De hoeveelheid informatie verschilt sterk per dossier en tevens wordt gezien dat veel informatie over gezins- en omgevingsfactoren lijkt te ontbreken.

Een bijkomende beperking is dat vanuit de dossiers niet op te maken is of informatie 'onbekend' of 'niet van toepassing' is. Beide opties zijn op dezelfde wijze gescoord. Hierdoor is undersignalerings van bepaalde problematiek mogelijk.

Tot slot omvat de huidige onderzoekspopulatie meisjes van één instelling, waardoor de generaliseerbaarheid beperkt is. Voor vervolgonderzoek is het interessant om informatie van meerdere instellingen te includeren om een betrouwbaarder beeld te krijgen van meisjes in residentiële zorg.

CONCLUSEREND De populatie meisjes in residentiële zorg is een complexe en kwetsbare doelgroep, waarvoor intensieve en langdurige behandeling nodig is. Betere en tijdige signalering op jonge leeftijd – zeker op internaliserende problematiek bij meisjes – kan bijdragen aan het voorkomen van verergering en escalatie van probleemgedrag. Daarnaast is bij meisjes een systemische aanpak van belang omdat meisjes gevoeliger zijn voor systeemproblematiek en de gezinsproblematiek vaker ernstiger is. Verder – eenmaal in zorg – is goede diagnostiek op mogelijke onderliggende

internaliserende problematiek van belang voor inzet van de juiste zorg, een zal er aandacht moeten zijn voor de behandeling van trauma. We willen sterk aanbevelen de komende jaren in te zetten op kennisontwikkeling op dit thema.

Juist bij jongeren laat het stresssysteem in de hersenen een hoge mate van plasticiteit zien

En hoe gaat het nu met Mirjam...

Mirjam is gedurende het begeleidingstraject tweemaal voor langere periode weggelopen. In overleg met ouders en plaatser is besloten de plaatsing niet te beëindigen. Mogelijk dat deze niet afwijzende houding ertoe heeft bijgedragen dat Mirjam langzaamaan zicht heeft gekregen op haar eigen kernproblematiek, gebruik is gaan maken van training en therapie en middels behandeling hier ontwikkeling in laat zien. Vanuit de behandelgroep gesloten jeugdzorg is Mirjam op positieve gronden doorgeplaatst naar een leefgroep in de open jeugdzorg. Voortzetting van het huidige onderwijstraject – met als doel het behalen van een entree-diploma – en voortzetting van huidige therapieën (CGT/Mindfulness) is gewaarborgd in combinatie met deelname aan een kleinschalige woonvoorziening voor drie meisjes ter voorbereiding op een zelfstandig bestaan. De normaliserende kaders, in combinatie met meer mogelijkheden van 'ervarend-leren' hebben ertoe geleid dat Mirjam meer grip op haar leven heeft gekregen. Het begeleidingsperspectief is gericht op een zelfstandig leven kunnen leiden wanneer ze achttien jaar is geworden, in combinatie met deelname aan vervolgonderwijs en contactbehoud met ouders en broertje. Mirjam heeft voor zichzelf uiteindelijk de keuze gemaakt het contact met haar vriend te verbreken. Het contact tussen Mirjam en beide ouders kent verbetering, al moet wel opgemerkt worden dat Mirjam gebruik maakt van de afzonderlijke kwetsbaarheden van haar ouders. Haar ouders – en met name moeder – hebben gedurende de gehele behandelperiode samen gewerkt met hulpverlening, maar zijn niet in staat gebleken om gebruik te maken van gezinsbehandeling. Een zorgpunt blijft vooralsnog Mirjam's druggebruik. Gebruik lijkt de functie te hebben om onlustgevoelens te dempen. Mirjam heeft aangegeven hier

momenteel bewust voor te kiezen en mogelijk op een later tijdstip extra ondersteuning hiervoor te zoeken.

OVER DE AUTEURS

Dr. Karin Nijhof is senioronderzoeker bij Pluryn, en verbonden aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Drs. Lotte Reijnhout is behandelcoördinator bij Pluryn, locatie De Hoenderloo Groep, open residentiële jeugdzorg. Drs. Anne Verburgh is hoofd behandelaar bij Pluryn, locatie De Hoenderloo Groep, Jeugdzorg^{plus}. Correspondentie aangaande dit artikel: knijhof@pluryn.nl.

Summary

GIRLS IN RESIDENTIAL CARE: CHARACTERISTICS OF THE POPULATION

K. NIJHOF, L. REIJNHOUT & A. VERBURGH

Girls comprise a considerable part of the total population in residential care, however, less is known about girls in residential care. The present study aimed at a better insight into the characteristics of girls in residential care. The files of 137 girls (Mage=15.2 years, sd=1.61) were scored on individual, family, and environmental factors. Also history of prior care was reported and analysed, showing a long history of prior placements (M=5.12, sd=2.70). Reason of placement of younger girls (< 14 years) often seems to be the risky family circumstances, for older girls (14-18 years) the individual problem behavior. In sum, girls in residential care comprise a complex and vulnerable population for whom long-lasting and intensive treatment is needed.

Literatuur

- Arata, C.M. (2002). Child sexual abuse and sexual re-victimization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 135-164.
- Bartelink, C. (2013). *Wat werkt bij hechtingsproblemen?* Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.
- Bauer, A.M., Quas, J.A. & Boyce, W.T. (2002). Associations between physiological reactivity and children's behavior: Advantages of a multisystem approach. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23, 102-113.
- Baynes-Dunning, K. & Worthington, K. (2012). Responding to the Needs of Adolescent Girls in Foster Care. *Georgetown Journal on Poverty Law & Policy*, 20, 321.
- Bloom, B.E. & Covington, S. (2001, November). Effective gender-responsive interventions in juvenile justice: Addressing the lives of delinquent girls. In: *Annual Meeting of the American Society of Criminology* (pp. 7-10).
- Boendermaker, L., Eijgenraam, K. & Geurts, E. (2004). *Crisisplaatsingen in de opvanginrichtingen*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Children and War Foundation. (1998). The Children's Impact of Event Scale (13): CRIES-13. Retrieved January, 2010, from <http://www.childrenandwar.org/>.
- Costello, E.J., Foley, D.L. & Angold, A. (2006). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II. Developmental epidemiology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 8-25.
- Creemers, D. (2014). *Implicit and explicit self-attitudes in relation to adolescent and young adult depression, stress and treatment*. Radboud Universiteit Nijmegen: Doctoral dissertation.
- De Vogel, V., Stam, J., Bouman, Y.H.A., Ter Horst, P. & Lancel, M. (2015). Violent women: a multicentre study into gender differences in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27, 145-168.
- Fontaine, N., Carboneau, R., Vitaro, F. et al. (2009). Research review: A critical review of studies on the developmental trajectories of antisocial behavior in females. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 363-385.
- Galambos, N.L., Barker, E.T. & Almeida, D.M. (2003). Parents do matter: Trajectories of change in externalizing and internalizing problems in early adolescence. *Child Development*, 74, 578-594.
- Hamerlynck, S.M.J.J. (2008). *Girls in juvenile institutions. Psychopathology and sexual risk behavior*. Dissertation, VU University, the Netherlands.
- Hubbard, D.J. & Matthews, B. (2008). Reconciling the differences between the 'gender responsive' and the 'what works' literatures to improve services for girls. *Crime & Delinquency*, 54, 225-258.
- Jeugdzorg Nederland (2011). *Brancherapportage jeugdzorg 2010*. Utrecht: Jeugdzorg Nederland.
- Keenan, K., Stouthamer-Loeber, M. & Loeber, R. (2005). Developmental approaches to studying conduct problems in girls. *The development and treatment of girlhood aggression*, 29-46.
- Kroes, G., De Meyer, R.E. & Veerman, J.W. (2003). *Scoringsschema Demografische Informatie (SDI): Handleiding, codeboek en formulieren voor versie 4.0*. Nijmegen: Praktikon.
- Kroneman, L. (2009). *Girls' disruptive behavior: A study of explanatory factors*. Doctoral dissertation, Vrije Universiteit Amsterdam.
- Loeber, R. & Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender. *Clinical Psychology Review*, 14, 497-523.
- Margolin, G. & Gordis, E.B. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*, 51, 445-479.
- Menting, A. & Orobio de Castro, B. (2015). Agressie van meisjes. In K. Nijhof & R. Engels (Red.), *Meisjes in zorg: Signalering, preventie en behandeling* (pp. 185-204). Amsterdam: SWP.
- Milne, L. & Collin-Vézina, D. (2015). Assessment of children and youth in child protective services out-of-home care: An overview of trauma measures. *Psychology of Violence*, 5(2), 122.
- Nijhof, K.S. (2011). *Crossing Barriers: Evaluation of a new compulsory residential treatment program for youth*. Doctoral dissertation, Radboud University Nijmegen. Enschede: Ipskamp Drukkers.
- Nijhof, K.S. (2015). Prevalentie van meisjes in zorg. In K. Nijhof & R. Engels (Red.), *Meisjes in zorg: Signalering, preventie en behandeling* (pp. 57-67). Amsterdam: SWP Uitgever.
- Nijhof, K.S. & Van Dam, C. (2007). *Scoringsschema Nieuw Zorgaanbod*. Nijmegen: Radboud University/Praktikon.
- Odgers, C.L., Moffitt, T.M., Broadbent, J.M., Dickson, N., Hancox, R.J. et al. (2008). Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Development and Psychopathology*, 20, 673-716.
- Olf, M. (2005). Dutch version of the Children's Impact of Event Scale (CRIES-13). Retrieved January, 2010, from <http://childrenandwar.org>.
- Orobio de Castro, B., Veerman, J.W., Bons, E. & De Beer, L. (2002). *Kansen Gekeerd? Criminaliteitspreventie door vroegtijdige signalering en gezins-ondersteuning*. Duivendrecht/Utrecht: PI Research / Capaciteitsgroep Ontwikkelingspsychologie, Universiteit Utrecht.
- Pajer, K.A. (1998). What happens to "bad" girls? A review of the adult outcomes of antisocial adolescent girls. *American Journal of Psychiatry*, 155, 862-870.
- Polusny, M.A., Erbes, C.R., Thuras, O., Moran, A., Lambert, G.J. et al., (2015). Mindfulness-Based Stress Reduction for Posttraumatic Stress Disorder Among Veterans: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 314, 456-465.
- Pynoos, R.S., Steinberg, A.M., Layne, C.M., Briggs, E.C., Ostrowski, S.A. & Fairbank, J.A. (2009). DSM-V PTSD diagnostic criteria for children and adolescents: A developmental perspective and recommendations. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 391-398.
- Smith, D.K., Leve, L.D. & Chamberlain, P. (2006). Adolescent girls' offending and health-risking sexual behavior: The predictive role of trauma. *Child Maltreatment*, 11, 346-353.
- Smith, H. & Thomas, S. (2000). Violent and non-violent girls: Contrasting perceptions of anger experiences, school, and relationships. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 547-575.
- Spieker, S.J., Campbell, S.B., Vandergrift, N. et al. (2012). Relational aggression in middlechildhood: Predictors and adolescent outcomes. *Social Development*, 21, 354-375.
- Underwood, M.K., Kupersmidt, J.B. & Coie, J.D. (1996). Childhood peer sociometric status and aggression as predictors of adolescent child-bearing. *Journal of Research on Adolescence*, 6, 201-223.
- Van der Molen, E. (2013). *The development of girls' disruptive behavior and the transmission to the next generation*. Universiteit Leiden: Doctoraal proefschrift.
- Van der Molen, E., Vermeiren, R., Krabbendam, A., Beekman, A., Doreleijers, T. & Jansen, L. (2015). Een bijzonder kwetsbare groep. *Kind & Adolescent Praktijk*, 14, 34-41.
- Van der Molen, E., Vermeiren, R.R.J.M., Krabbendam, A.A., Beekman, A.T.F., Doreleijers, Th.A.H. et al. (2013). Detained adolescent females' multiple mental health and adjustment problem outcomes in young adulthood. *Journal of child psychology and psychiatry*, 54, 950-957.
- Van Vugt, E., Lancôt, N., Paquette, G., Collin-Vézina, D. & Lemieux, A. (2014). Girls in residential care: From child maltreatment to trauma-related symptoms in emerging adulthood. *Child abuse & neglect*, 38, 114-122.
- Verlinden, E. & Lindauer, R. (2015). *Vragenlijst voor het screenen op post-traumatische stressklachten bij kinderen van 8 tot 18 jaar*. Amsterdam: AMC, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie & Traumacentrum van de Bascule
- Veerman, J.W. & Tate, J. G. (1989). *Handleiding voor het Scoringsschema Demografische Informatie (SDI) versie 2.0*. Duivendrecht: Paedologisch Instituut.
- Wu, S. & Lo, P. (2008). Inward-attention meditation increases parasympathetic activity: A study based on heart rate variability. *Biomedical Research*, 29, 245-250.

INSPIRATIE – OPGESLOTEN IN JEZELF

Femke Nijboer, universitair docent aan de universiteit Leiden, Faculteit der Sociale Wetenschappen, Instituut Psychologie, Gezondheids, Medische- Neuropsychologie.

Ik heb functioneel gestudeerd in Groningen, met een minor neuro- en biopsychologie. Na mijn afstuderen wist ik niet goed wat ik verder wilde doen, ik wist alleen dat ik naar het buitenland wilde.

Ik vroeg mijn oom Ad Aertsen om raad. Hij is professor in de neurobiologie en biofysica aan de Universiteit van Freiburg. Hij adviseerde me om eens met Niels Birbaumer te praten, een Oostenrijkse hoogleraar Psychologie en Neurobiologie die betrokken is bij veel interessant onderzoek. Omdat die mijn oom Ad kende, kreeg ik een uitnodiging. Birbaumer gaf zijn medewerkers de opdracht me een week lang mee te nemen naar verschillende projecten, over onderwerpen als het gehoor en coma en diagnose van bewustzijn en pijnonderzoek.

De laatste dag kon ik mee naar een man met locked-in-syndroom. Locked-in-patiënten zijn helemaal verlamd, maar cognitief is alles intact. Deze man was vroeger advocaat geweest, hij was nog steeds bezig met het recht. Zijn hele huis stond vol boeken, er hingen kunstposters aan de muur en het was er heel warm. Als ik eraan terugdenk, hoor ik zijn beademingsapparaat zuchten en ik hoor het gepiep van ons experiment.

De ontmoeting vond ik spannend. Ik stak hem bij wijze van groet mijn hand toe, maar hij kon zijn hand natuurlijk



Psycholoog Femke Nijboer (links) met locked-in-patiënt Sun-Mi.

niet optillen, realiseerde ik me onmiddellijk. Daarom klopte ik hem een beetje onhandig op zijn arm. Ik stelde me voor en vertelde wat ik kwam doen en kreeg een soort knipoog als welkom.

F-E-M-K-E

Mijn toekomstige collega's begonnen elektrodes op zijn hoofd te plakken. De computers werden neergezet, het was 2003, de apparatuur was nog erg groot. Het was de bedoeling dat hij met behulp van een brain-computer-interface met zijn brein een woord zou spellen. Dat deed hij door met hersensignalen een

cursor naar letters toe te bewegen. Hij mocht zelf kiezen welk woord hij zou spellen. Hij koos mijn naam, vijf letters, daar deed hij een half uur over. Ik was onder de indruk dat iemand zo'n moeite deed voor mijn naam.

Ondertussen was ik aan het babbelen, dat doe ik altijd als ik een beetje zenuwachtig ben. Na een uurtje voelde ik me wat meer op mijn gemak. Hij communiceerde vooral met oogknippers. Een week later zou er een belangrijke voetbalwedstrijd zijn tussen Nederland en Duitsland en daar begon ik over te kletsen. Ik zei dat het me wel duidelijk leek wie er zou gaan winnen:



FOTO: PETER WALCKX

Nederland natuurlijk. Toen zag ik zo'n twinkeling in zijn ogen en zo'n vuur, dat ik wel kon raden dat hij wilde protesteren. Ik heb er vervolgens een grapje van gemaakt. In al mijn naïviteit zei ik: 'Je zou wel willen dat je nu iets kon zeggen hé?' Er kwamen nog meer twinkelingen in zijn ogen. Ik had de indruk dat hij het wel fijn vond dat iemand hem een beetje plaagde. Er kwam iets van een glimlach op zijn gezicht, dat zag ik vooral in zijn ogen. En ik dacht: deze man is niet alléén gehandicapt, hij is ook een voetballiefhebber en een Duitser en daar kun je grapjes over maken.

KLETSEN

Daar ontstond mijn inzicht dat locked-in-patiënten ook gewone mensen zijn die soms liever over een voetbalwedstrijd kletsen dan altijd maar zware gesprekken voeren over hoe knap het is dat ze zo willen leven. Zulke patiënten kunnen een goede levenskwaliteit hebben, een idee dat door onderzoek wordt bevestigd.

Ik wist dat dit een gebied was waarmee ik me bezig wilde houden. Ik kon er iets mee, heb misschien niet zo snel medelijden, want dat kan verlamd werken. Daarom ben ik daarover

mijn promotieonderzoek gaan doen.

Wat me ook aansprak was dat ik bij die mensen op bezoek moest. Ik wilde niet alleen in het lab blijven, maar met de auto op pad gaan en zien hoe anderen leven. En ja, nu je het zegt, dat is een markant verschil met iemand met het locked-in-syndroom. Zij kunnen nergens naartoe. Het wordt me wel eens gevraagd: wat is dat toch met mij en het locked-in-syndroom? Waarom ben ik er zo door gefascineerd? Misschien komt het erop neer dat ik mezelf afvraag: hoe leef je je leven? Wanneer is het waardevol? Locked-in-patiënten vormen dan een extreme casus, ze kunnen heel weinig en toch zijn ze tevreden. Het lijkt wel of zij het zwaartepunt verleggen naar zichzelf en hun familie in plaats van de buitenwereld. Veel mensen zullen het syndroom wel kennen van de film *The Diving Bell and the Butterfly*, over de *Elle*-hoofdredacteur die na een hersenbloeding totaal verlamd raakt. Maar die man is zo aan het worstelen, ik kom het anders tegen. De advocaat was geen uitzondering, ik zie het ook bij andere patiënten. Het zijn wel de wat rijkere mensen die ik bezoek. En ze zijn al een tijdje chronisch ziek, bij hen is er al een soort van stabiliteit ingetreden. In die situatie vindt iemand zijn levensgeluk wel weer.'

'Ik had de indruk dat hij het wel fijn vond dat iemand hem een beetje plaagde'

PESTEN OP DE WERKVLOER

GEINTJE...

In elk bedrijf van honderd man, wordt één iemand structureel getreiterd. En dat is traumatisch. De oplossing is niet dat het slachtoffer maar wat meer van zich moet afbijten, andere kleren aantrekt of zijn haar verft. De oplossing moet van het bedrijf komen. Van leidinggevenden die pestgedrag niet accepteren en zorgen voor een veilige cultuur. Ze moeten opstaan en zeggen: 'Zo gaan we hier niet met elkaar om.' En tegen de pester: 'Jou wil ik even in mijn kamer zien.'

Werkgevers moeten pesten op het werk tegengaan. In de Arbowet staat dat een werkgever een beleid moet voeren voor zo goed mogelijke werkomstandigheden en daarbij wordt pesten met name genoemd. Van pesten kunnen mensen letterlijk ziek worden. Mary Vos geeft trainingen en werkt als vertrouwenspersoon bij Gimd, een bedrijf gespecialiseerd in bedrijfsmaatschappelijk werk en onderdeel van het Zorg van de Zaak Netwerk. Ze kent pestslachtoffers die 's ochtends

letterlijk moesten overgeven voor ze naar het werk gingen. En mensen die thuis kwamen te zitten met symptomen van PTSS. Pesten kan er diep inhakken.

Desondanks wordt er onvoldoende tegen gedaan vindt het ministerie van Sociale Zaken. Vorig jaar startte minister Asscher een campagne tegen het pesten en dit jaar werd er een half miljoen euro uitgetrokken om leidinggevenden op dit gebied te trainen en voor te lichten. Er wordt verder onderzocht of bedrijven kunnen worden verplicht leidinggeven- den cursussen te laten volgen over gedrags- en





cultuurverandering, als er binnen hun organisatie veel gepest wordt.

De cijfers die circuleren over pesten op de werkvloer lopen sterk uiteen, van 70.000 tot 1,2 miljoen per jaar. Dat laatste zou betekenen dat zo'n een op de zes werknemers wordt gepest, een statistiek die uitgebreid de kranten haalde. Maar dat getal is echt te hoog, aldus psycholoog Adrienne Hubert van Hubert Consult. Zij doet onderzoek naar pesten op het werk, geeft trainingen aan vertrouwenspersonen, leiding-

gevenden en leden van klachtencommissies en ze geeft beleidsadviezen op dit gebied aan bedrijven. Dat de cijfers zo kunnen variëren, heeft vooral te maken met verschillende opvattingen over wat je onder 'pesten' moet verstaan. Haar definitie luidt: vernederend, intimiderend, vijandig gedrag dat structureel is gericht op steeds dezelfde persoon. Hubert: 'Het moet dus vaak en langdurig plaatsvinden. En het slachtoffer kan zich daar niet effectief tegen verweren.' (Zie ook kader *Soorten pesten*.) Dan zou het om zo'n 70.000 tot 80.000 gevallen per jaar gaan, 1,1 procent van de beroepsbevolking. Dat

is erg genoeg, want dat betekent dat er op elke honderd werknemers, één iemand structureel gepest wordt.

En hoe komt men bij die 1,2 miljoen gepesten? In het betreffende onderzoek heeft men gekeken naar al het ongewenste gedrag, waaronder discriminatie, en ook de incidentele gevallen van pesten zijn meegenomen. Hubert: 'Ook dat is erg, maar dat is niet wat we verstaan onder pesten.'

NORMVERVAGING

Er zijn grofweg twee oorzaken voor pesten op de werkvloer, aldus Hubert: normvervaging en conflictgerelateerd pesten.

Bij normvervaging is de sfeer op het werk onveilig, het begint vaak met grappen, maar dat ontaardt. Hubert stelt: 'Er wordt min of meer willekeurig een slachtoffer gekozen, niemand heeft echt een hekel aan hem of haar. En als het slachtoffer de afdeling verlaat, wordt er binnen de kortste keren een nieuw slachtoffer gezocht.'

Ze heeft hier een voorbeeld van uit de praktijk. Een vrouw werkt al jaren in een bedrijf. Op een gegeven moment komt de dochter van de baas in het bedrijf te werken. Tussen die twee botert het niet zo. De vrouw heeft een smal toelopend gezicht en als ze langsloopt,

zegt de dochter van de baas: 'Toktoktoktoook.' Anderen gaan dat nadoen, als zij langskomt, begint iedereen te tokkelen als kippen. Aangezien de dochter van de baas ermee is begonnen, durft de leidinggevende het niet te corrigeren. De baas van het bedrijf zelf is er niet van op de hoogte. De vrouw probeert zo lang mogelijk door te gaan met werken, maar komt uiteindelijk met symptomen van PTSS thuis te zitten en overweegt zelfs plastische chirurgie.

Ze meldt zich bij een Riagg, waar ze te horen krijgt dat ze een assertiviteitscursus moet volgen. Dat helpt haar niet met het verwerken van haar probleem.

CONFLICTGERELATEERD

Aan de tweede vorm van pesten ligt een conflict ten grondslag. Zoals in het geval van een beleidsmedewerker die het niet eens is met het idee van zijn leidinggevende over een nieuwe lijn in de productie. Hij vertelt dat in een teamvergadering en beargumenteert het. De leidinggevende heeft daar op dat moment niet van terug, maar voelt zich voor schut gezet en neemt het de medewerker kwalijk. Vervolgens gaat hij hem kleineren, hij zegt dingen als: 'Daar heb je ons betwettigt weer, heb je nog een leuk rapportje gemaakt!' Medewerkers merken dat de medewerker een persona

SOORTEN PESTEN

Sociaal isoleren, bijvoorbeeld iemand opzettelijk negeren in gesprekken, hem als enige niet meevragen voor de lunch of in een kamertje veraf plaatsen.

Werken onaangenaam of moeilijk maken, dit varieert van flauwe geintjes uithalen als water in iemands werkschoenen kiepen tot belangrijke informatie of telefoontjes niet doorgeven, vergaderingen zo plannen dat diegene er niet bij kan zijn. Hem of haar de nare klusjes laten opknappen, onnodig veel kritiek geven of zijn prestaties manipuleren.

Bespotten, bijvoorbeeld vanwege uiterlijk, gedrag, manier van praten of lopen of vanwege zijn of haar thuissituatie, hobby of sport.

Roddelen, geruchten verspreiden, met het doel iemands reputatie te beschadigen.

Lichamelijk geweld, ofwel een slachtoffer letterlijk klappen geven, maar het kan ook gaan om subtielere vormen, zoals iemand 'per ongeluk' een duwtje geven of hem opsluiten.

Dreigementen. Dit kan gaan om vage dreigementen als: wacht maar, het kan allemaal nog veel erger of 'na werktijd zullen we je een lesje leren'. Maar ook zijn het soms regelrechte bedreigingen, bijvoorbeeld met ontslag.

Nieuw: pesten via sociale media. Nieuw is dat er nu meer via sociale media wordt gepest. Alle vormen van pesten komen ook terug in die vorm. Sociaal isoleren

door iemand niet toe te laten tot een WhatsApp-groepje. Niemand die de berichten van een medewerker op Facebook liked. Nare foto's rondsturen via Snapchat (een toepassing waarmee foto's kunnen worden verzonden die daarna weer vanzelf verdwijnen). Dat kunnen foto's zijn die zo worden bewerkt dat het lijkt of iemand onthoofd wordt. Fake-facebookaccount van iemand aanmaken en daar nare berichten op zetten.

Bron: Hubert, A.B. (1999). *De 13 meest gestelde vragen over pesten op het werk*. Amsterdam: FNV.

Zie ook: www.hubertconsult.nl

non grata is geworden. Als de persoon een presentatie geeft waar iedereen vrijwillig naartoe kan, komt niemand opdagen. Dat komt voort uit een soort van sociale besmettingsangst: als ze er naartoe gaan, vallen ze in feite hun leidinggevende af.

Ook deze medewerker komt uiteindelijk bij een psycholoog terecht. Die hoort het verhaal en denkt: die persoon is niet assertief. Dat lijkt niet de juiste conclusie, misschien is het probleem juist dat hij zijn mening zo nadrukkelijk en openlijk gaf.

Wat zijn de belangrijkste factoren die bepalen of er gepest wordt? De naïeve buitenstaander zou kunnen denken aan eigenschappen van de gepeste – en eventueel van de pester. Maar zulke factoren spelen slechts een heel kleine rol, zegt Hubert. 'De laatste metaonderzoeken die daarover zijn gepubliceerd, zeggen allemaal: persoonlijkheid is heel beperkt van invloed op of er gepest wordt.' Het is bovendien niet erg productief om ernaar te zoeken, benadrukt ze, want het is stigmabevestigend en lost het probleem vaak niet op. Een schrijnend voorbeeld daarvan is dat de vrouw in het voorbeeld die op een kip zou lijken, plastische chirurgie overwoog. Zo'n cosmetische ingreep zou het probleem helemaal niet oplossen. Wel had het geholpen als de leidinggevende er paal en perk aan had gesteld, maar die durfde niet op te treden.

Vos benadert het van de andere kant. 'Bij iedereen is wel iets te vinden waarmee hij of zij gepest kan worden,' zegt ze. Dat bepaalt dus niet wie er slachtoffer wordt.

PESTCULTUUR

Of er al dan niet gepest wordt heeft vooral te maken met werkfactoren. Stijl van leidinggeven is een van de belangrijkste. En rolonduidelijkheid ook. Hubert: 'In sommige organisaties wordt amper gepest, in andere organisaties veel. Ik zou elke groep die ik begeleid tot pestgroep kunnen maken, door pestgedrag te vergoelijken. Zo van: "Ach, in iedere groep heb je wel een pispaaftje, daar doe je niets aan." Dan gaan mensen om zich heen kijken wie de afvaller is en krijg je een self fulfilling prophecy. Je kunt de sfeer aan de andere kant ook veilig maken door te benadrukken dat mensen elkaar moeten ondersteunen en dat iedereen er op zijn of haar manier mag zijn.'

Door zijn eigen gedrag kan de leidinggevende het

pesten al dan niet verder ontmoedigen. Vos geeft een voorbeeld uit haar praktijk als vertrouwenspersoon: een secretaresse kwam de bedrijfskantine binnen en iemand riep: 'Ik heb je wel gezien zondag, met je korte rokje, je zag er lekker sletterig uit.' Iedereen in de kantine lachte. Vos: 'Op dat moment had een leidinggevende moeten opstaan en zeggen: "Zo gaan we niet met onze dames om." En tegen degene die de opmerking maakte: "En jou wil ik vanmiddag even in mijn kamer zien."'

COMPLEXER

Zo op een rijtje gezet, lijkt het pestprobleem best overzichtelijk en oplosbaar: pas de cultuur aan en als er gepest wordt, grijp als leidinggevende in. De werkelijkheid is helaas ingewikkelder, want wanneer is iets pesten en wanneer niet? Er wordt in de praktijk uitgegaan van de ervaring van degene die gepest wordt. Dat uitgangspunt is pragmatisch, want pesten is niet objectief te meten. Als iemand er last van heeft, is het een probleem. Maar de één is er gevoeliger voor dan de ander. En het is voorstelbaar dat de andere partij het echt niet zo bedoeld heeft, maar gewoon wat cynischer is en niet zo gevoelig voor de effecten van zijn grappen. Vos: 'Op een kantoor worden over en weer grapjes gemaakt en een daarvan komt bij een medewerker hard binnen. Ze betreft het op zichzelf. In dit geval is het probleem dat ze het blijkbaar nog niet met de groep besproken heeft, misschien omdat ze er de ruimte niet voor voelt. Maar het kan ook zijn dat die ruimte er niet is.'

Vos heeft nog een ander voorbeeld. 'Iemand die niet mondig genoeg was, voelde dat ze gepest werd. Met het indelen van de roosters kreeg zij altijd de vervelende diensten, zo moest ze altijd met Kerst werken. In dit geval bleek niemand het op haar gemunt te hebben. Iedereen kwam gewoon goed voor zichzelf op en zij was niet assertief. Toen die analyse er was, kon er een oplossing gezocht worden. Hoe kon ze ervoor zorgen dat ze gunstige shifts zou krijgen? In dit geval hebben we haar doorverwezen naar een psycholoog.'

Voor zo'n advies moet je wel heel goed weten wat er aan de hand is, want het is vaak niet zo duidelijk of er gepest is of niet. Vaak zullen de pesters zeggen dat het een geintje was en dat zullen ze nog menen ook. Het pesten kan heel subtiel gaan. Over het algemeen



‘Ik zou elke groep die ik begeleid tot pestgroep kunnen maken, door pestgedrag te vergoelijken’

geldt: hoe hoger opgeleid, hoe subtieler het pesten. Vos: ‘Als iemand je complimenteert met: “Wat zit je haar goed” dan is dat leuk. Maar doet hij dat de volgende keer weer of zegt hij: “Daar heb je mijn favoriete collega weer” en je begrijpt niet waar het vandaan komt, dan kan het op een gegeven moment ongemakkelijk worden.’

OPLOSSING

Dat het kabinet pleit voor gedragscodes en trainingen voor leidinggevend en om een veilig werkklimaat te creëren, is een goede eerste stap, vindt Hubert. Normvervaging wordt daarmee uitgebannen. Maar conflictgerelateerd pesten voorkom je er niet helemaal mee. Want conflicten doen zich nu eenmaal voor. Wel ontspreiden ze makkelijker in een onveilige sfeer.

Vos stuit nog wel eens op weerstand van leidinggevend en om iets aan een pestcultuur te doen. ‘De primaire taak van een manager is niet het tegengaan van pesten, maar productie halen. Soms vinden ze het vooral gedoe. Het helpt als de laag managers erboven het belangrijk vindt. Dan kan ik als vertrouwenspersoon iets doen. En het is dus wettelijk verplicht.’

Het beste wat een slachtoffer van pesten kan doen is naar de vertrouwenspersoon stappen. Hubert: ‘Die zal het verhaal aanhoren en doorvragen om erachter te komen wat er op de achtergrond speelt. Hij zal bijvoorbeeld willen weten of het om normvervaging gaat of dat het conflictgerelateerd is. Daarna kunnen ze samen nagaan welke opties er zijn en ze kunnen de risico’s van de verschillende opties onderzoeken. De vertrouwenspersoon geeft aan welke wegen iemand kan bewandelen om de situatie te verbeteren, maar vaak is er geen oplossing die alles teniet doet. Het is vaak een kwestie van kiezen uit meerdere kwaden.’

‘Ik doe alles behalve therapie,’ vult Vos aan. ‘Ik ondersteun, kijk hoe we de situatie vlot kunnen trekken en ik sta daarbij altijd achter de klager, ik doe niet aan waarheidsvinding. De regie ligt bij de klager, ik zet geen stappen buiten hem of haar om. Als het mogelijk is, wordt de leidinggevende erbij betrokken.’

Maar is hij onderdeel van het probleem, dan wordt er gekeken naar een ander in de organisatie bij wie de klager wel een veilig gevoel heeft.’

‘Vooral de houding van de vertrouwenspersoon is van belang,’ zegt Hubert. ‘Die moet anders reageren dan veel mensen uit de omgeving doen. Het slachtoffer moet onder geen beding het idee krijgen dat hij zelf schuld heeft aan de situatie. Zeg niet: “Als jij niets tegen die ander zegt, snapt hij niet dat je het niet leuk vindt.” Maar zeg iets als: “Sommige mensen hebben zo’n bord voor de kop, die moet je heel duidelijk maken wat je niet bevalt.” Het gaat heel erg over de formulering, die weerspiegelt de attitude die erachter zit.’

Tegen de tijd dat een pestslachtoffer bij de psycholoog terecht komt, is de situatie eigenlijk al uit de hand gelopen. Want een psycholoog komt pas in beeld als er sprake is van een angststoornis of symptomen van een prss. Zoals blijkt uit de twee voorbeelden die Hubert gaf – de vrouw die op een kip leek en de man die tegen zijn leidinggevende inging – gaat het vaak fout. Het is belangrijk dat de psycholoog dan onderkent dat er sprake is van pesten, want het vraagt van hem een speciale aanpak. Essentieel hierbij is: er moet dan worden ingegrepen op de angst of de prss-symptomen en niet op de oorzaak. Hubert: ‘De oorzaak, daar is de therapeut niet bijgeweest, hij loopt het risico aannames te doen die niet kloppen. Zijn cliënt komt daar niet voor, daarvoor is het al te erg geworden. De cliënt komt voor het verwerken van het trauma. Het is niet of iemands huis afbrandt, hij heeft nog brandwonden, hij heeft er nachtmerries van en is geïrriteerd tegen iedereen in zijn omgeving. En de therapeut vraagt: “Maar hoe ga jij eigenlijk met lucifers om?” En “Blaas jij je kaarsen wel uit voor je naar bed gaat?” Dat is niet handig. Door zoiets te zeggen, sluit hij zich aan bij de groepen die zeggen: het is misschien toch je eigen schuld.’

Het vergt van therapeuten een andere manier van denken, dat zijn ze vaak niet gewend. Hubert: ‘Ze willen normaal gesproken het individu sterk maken, maar in dit geval maak je het individu sterk door te zeggen dat ze zo niet behandeld mogen worden. Erkenning geven.’

En het pesten laten stoppen, dat moet een bedrijf doen. En niet een individu met een pestende groep collega’s tegenover zich, in een onveilige bedrijfsstructuur die pesten makkelijk maakt.



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!

Goede arbeidsvoorwaarden voor zorgprofessionals

José Klerks onderhandelt over cao's en sociaal plannen

Voor de behartiging van de collectieve belangen van haar leden met een dienstverband is het NIP aangesloten bij werknemersorganisatie FBZ. In totaal maken negentien beroepsorganisaties onderdeel uit van FBZ. Een van de onderhandelaars arbeidsvoorwaarden bij FBZ is José Klerks. De juriste doet de onderhandelingen en reorganisaties bij zorginstellingen, universiteiten en andere onderzoekscentra in de regio's Zuid-Holland en Zeeland. 'Mijn agenda staat vol overleggen. Alle ggz- en vvt-instellingen, GGD's, ziekenhuizen en universiteiten in de regio waar onze achterban werkzaam is: ik schuif aan.'

Hoe ziet een proces van onderhandelingen over een cao eruit?

Wanneer er een nieuwe cao moet komen, wordt gestart met het maken van een inzetbrief. Dat proces bestaat uit het doen van uitvragen onder leden van de verschillende verenigingen die bij FBZ zijn aangesloten, om vervolgens met een klankbordgroep van afgevaardigden uit de verenigingen bij elkaar te gaan zitten. Dan volgt een concept dat intern wordt besproken. Vervolgens gaan we daarmee om tafel met de andere bonden die bij de onderhandelingen zijn betrokken. Bij elkaar duurt dit meestal zo'n tweeënhalve maand. Vanaf dat moment gaan de cao-onderhandelingen van start. Dat kan anderhalf jaar duren, maar soms zijn we er in drie overleggen al uit.

Wat doet FBZ wanneer een instelling aankondigt te gaan reorganiseren?

In de cao ggz staat dat bij een reorganisatie

waarbij ontslagen kunnen gaan vallen, de werkgever met de werknemersorganisaties om tafel moet gaan zitten om tot een sociaal plan te komen. Wij gaan dan naar de instellingen toe en ons streven is altijd om een sociaal plan op maat te maken, passend bij de organisatie. Als het relatief goed gaat met het bedrijf, proberen we te voorkomen dat er gedwongen ontslagen vallen. NIP-leden in een reorganisatie krijgen verder onze nieuwsbrief en kunnen met vragen rechtstreeks contact opnemen met de onderhandelaar.

Voeren jullie als werknemersorganisatie ook actie?

Dat komt voor als de druk op werkgevers verhoogd moet worden om over de brug te komen. Op 1 november jl. bijvoorbeeld,

heeft FBZ een actie op poten gezet naar aanleiding van de zogenaamde pensioenaf-topping. FBZ is het oneens met de gang van zaken, want wil dat werkgevers de ingehouden pensioengelden teruggeven aan werknemers. Daarom hebben we een 'zondagsdienst' in de ggz georganiseerd: op een doordeweekse dag werd 1 november gewerkt zoals op een zondag.

Wat is het advies aan NIP-leden die willen meedenken over arbeidsvoorwaarden of daaraan gerelateerde onderwerpen?

Mijn eerste advies zou zijn om deel te nemen in de Ondernemingsraad (OR), omdat deze een belangrijke rol speelt bij onder meer reorganisaties. Voor wie zich hierin eens wil verdiepen, heeft FBZ een Toolkit OR online staan met tips en tricks ter ondersteuning van huidige zittende OR-leden of leden die overwegen zich verkiesbaar te stellen.

Meer weten?

Bekijk het themadossier Cao's en sociaal plan op www.psynip.nl of ga naar www.fbz.nl.



José Klerks Onderhandelaar arbeidsvoorwaarden bij FBZ



15th European Congress of Psychology

Amsterdam, The Netherlands | 11-14 July 2017

11 – 14 JULI 2017

LOCATIE **RAI AMSTERDAM**

KEYNOTES VAN

Prof. Dr. Edvard Moser
Nobelprijswinnaar Fysiologie of Geneeskunde 2014
NTNU Trondheim Norway

Prof. Dr. Ulrich W. Ebner-Priemer
KIT - Karlsruhe Institute of Technology

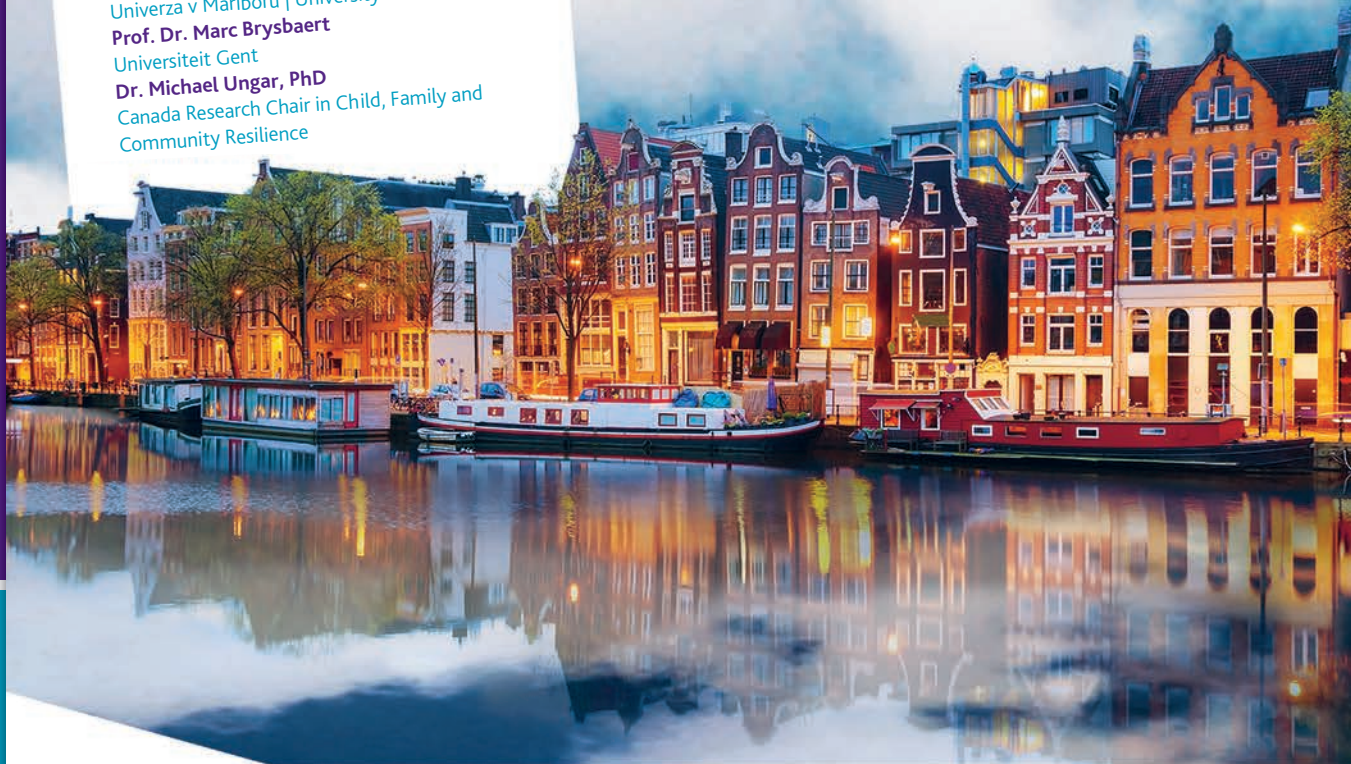
Prof. Judith Homberg
Radboud UMC

Prof. Dr. Johannes Siegrist
Heinrich-Heine University Dusseldorf

Prof. Dr. Norbert Jaušovec
Univerza v Mariboru | University of Maribor

Prof. Dr. Marc Brysbaert
Universiteit Gent

Dr. Michael Ungar, PhD
Canada Research Chair in Child, Family and
Community Resilience



www.ECP2017.eu



Psychologen in België
Belgische Federatie voor Psychologen



Nederlands Instituut van Psychologen **NIP**



MANIFEST 1001 KRITIEKE DAGEN

WERKERVERINGSPLEKKEN

TASKFORCE PRIVACY

VISITATIE



11 – 14 JULI 2017



15th European Congress of Psychology

Amsterdam, The Netherlands | 11-14 July 2017

LOCATIE **RAI AMSTERDAM**



CONGRESSTHEMA'S

- Gebeurtenissen die het leven veranderen; migratie, integratie, aanpassing
- Effectieve psychologische interventies organiseren
- De weerbaarheid van de gemeenschap versterken: preventie en vroeginterventie
- Excellentie promoten en arbeidsmarktparticipatie stimuleren
- Technologisch-wetenschappelijke onderwerpen: technologie en veranderend gedrag

ABSTRACTS INDIENEN

Bericht over acceptatie wordt via e-mail gestuurd naar de betrokken auteur voor **30 JANUARI 2017**

Alle informatie is te vinden op de website: WWW.ECP2017.EU

MOGELIJKHEDEN TOT NETWERKEN

Openingsreceptie, Amsterdam Experience,

Inzenders receptie, Studenten Netwerk Event

REGISTRATIE

Bezoek de website om u in te schrijven, de inschrijving is geopend



JEUGDWETSPECIAL

NETWERK KWALITEITSONTWIKKELING

LANGDURIGE ZORG

VRIJGEVESTIGDEN



'Kinder- & Jeugdpsychologen, verenigt u!'



Anneke Vinke GZ-psycholoog, Register-psycholoog NIP / Kind-en Jeugd en Orthopedagoog Generalist

Pleegzorg krijgt regelmatig te maken met vroegtijdige beëindiging van de plaatsing. Daarbij schiet de kennis over pleegzorg vaak tekort. Anneke Vinke wil hier verandering in brengen. Ze roept K&J-psychologen die met pleeg- en adoptiegezinzen werken op om een netwerk te vormen. 'Tijd om krachten, kennis en klinische ervaring te bundelen!'

'Niet alle kinderen kunnen groot worden in het gezin waar ze geboren zijn. Sommige kinderen groeien op in een ander gezin, een pleeggezin of een adoptiegezin. Dit is een krachtige interventie die voor veel kinderen heel veel oplevert.

Pleegzorg krijgt echter geregeld te maken met voortijdig beëindigen van de plaatsing. Als het (te) moeilijk wordt, wordt een nieuw gezin gezocht. Cijfers over afbreuk zijn dramatisch: 25-50% van de plaatsingen eindigt voortijdig. Dat is triest, vooral omdat we weten dat elke overplaatsing teniet doet wat pleegzorg beoogt: een stabiel opvoedingsmilieu bieden.

Regelmatig rapporteren pleeg- en adoptieouders een kennisachterstand en misvattingen over pleegzorg en adoptie. Misdiagnoses komen voor en vaak worden algemene programma's ingezet voor problemen maar blijken deze onvoldoende resultaat op te leveren.

Zeker bij zeer complexe hulpvragen is er vaak geen adequaat antwoord van hulpverlening

Over adoptie weten we veel, maar pleegzorg en opvanggezinnen zijn veel minder vaak onderwerp van onderzoek. Bovendien is de zorg aan kinderen in deze gezinsvormen verspreid over veel verschillende organisaties en is het delen van onderlinge kennis en ervaring niet voldoende gestroomlijnd. Dat is vreemd, want in totaal gaat het in Nederland om 40,000 kinderen die op dit moment niet bij hun biologische ouders kunnen opgroeien

In het oktobernummer van tijdschrift *De Pedagoog* vroeg Femmie Juffer, hoogleraar adoptie en pleegzorg in Leiden, aandacht voor deze kinderen en hun gezinnen. Daarbij deed ze de oproep aan pedagogen om een netwerk te vormen van professionals die met deze doelgroep werken. In overleg met haar en met de NVO wil ik deze oproep graag verbreden onder de leden van het NIP en ook uitzetten onder kinder- en jeugdpsychologen die met pleeg-, adoptie- en opvanggezinnen werken. Tijd om een netwerk te vormen en krachten, kennis en klinische ervaring te bundelen! Wie doet er mee?'

Opgeven kan bij sector Jeugd: sectorj@psynip.nl



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

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

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



NIP-LEDEN GENIETEN **MEER VOORDEEL DAN JE DENKT!**

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

Wilt u lid worden?

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

DE GEREEDSCHAPSKIST

PARASIETEN, TERRORISTEN EN AGENTEN?

Ik behoor tot een beroepsgroep die dezer dagen niet al te populair is. Het afgelopen jaar alleen al kregen methodologen (en ook andere wetenschappers die zich inzetten voor goed onderzoek in de psychologie) de volgende, weinig vleierende bijnamen voor hun kiezen:

1) *research parasites*: onderzoek doen met andermans data; 2) *methodological terrorists*: het werk van onschuldige collega's online, ad hominem, hevig bekritisieren, soms inclusief beschuldigingen van oneigenlijke praktijken; en 3) *data police*: doelbewust het internet afspeuren op zoek naar foute collega's en/of artikelen.¹

Laten we beginnen met de methodoloog als *research parasite*. Het klopt als een bus dat methodologen regelmatig niet hun eigen data verzamelen maar onderzoek doen met de data van anderen. Ik zie echter geen enkele reden waarom daar iets mis mee is: data die zijn verzameld door wetenschappers die betaald worden door de overheid zijn van ons allemaal, de belastingbetaler. Natuurlijk, de mensen die de data hebben verzameld verdienen op één of andere manier erkenning: een acknowledgement in een artikel, een referentie, of zelfs een co-auteurschap. Mits een onderzoeker dit bewust niet doet, lijkt het mij onterecht

Methodologen krijgen de laatste tijd pittige bijnamen toebedeeld, ook al worden ze door sommigen trots gedragen als geuzennamen. Geuzennamen of niet, ze signaleren rook. De vraag is: is er ook vuur?



om het gebruik van andermans data als parasiteren te kenmerken.

Het is wel aardig dat methodologen zowel voor politieagentje als terrorist worden uitgemaakt. Die staan doorgaans immers aan tegengestelde kanten van het juridische spectrum. Het is vreemd om nou juist methodologen te 'beschuldigen' van het doen van politiewerk: dat

is namelijk precies wat een methodoloog zou moeten doen. Methodologie behelst namelijk 'de studie van de wetenschappelijke methoden, de procedures en werkwijzen, die moeten worden gebruikt om kennis te verwerven en om de wetenschap vooruit te helpen' (Wikipedia). In deze definitie ligt een politierol besloten, methodologen dragen een verantwoordelijkheid om me-

thodes en procedures kritisch onder de loep te nemen. Een recent ontwikkelde app om te checken of artikelen correcte p-waarden rapporteren, zou daarom bejubeld moeten worden en niet moeten worden aangegrepen als 'bewijs' voor de stelling dat methodologen op een terroristische heksenjacht zijn om collega's aan de schandpaal te nagelen. Zijn er misschien onderzoekers die online overkomen alsof ze vooral bezig zijn met het controleren van andermans werk? Jazeker. Zijn er soms ook onderzoekers die op social media soms kort door de bocht beschuldigingen formuleren? Ook waar. In elke beroepsgroep zitten mensen die hun opdracht iets te serieus nemen of die gewoon niet zo communicatief en beleefd zijn. Maar dat laat onverlet dat de meeste methodologen (en andere onderzoekers met een methodologische inslag) met passie en toewijding datgene doen wat ze moeten doen: het verbeteren van hoe we in de psychologie onderzoek doen.

Dus terroriserende politieagent? Ik doe het er maar mee.

Angélique Cramer is universitair docent aan de Programmagroep Psychologische Methodenleer van de Universiteit van Amsterdam.

¹ Lees dit artikel in de NIP-app voor verwijzingen naar de publicaties waar de bijnamen zijn gebezigd.



BIJEENKOMST

DE GENETICA ACHTER STEMMING

Van 13 tot 16 juli 2016 hielden de Internationale Society for Bipolar Disorders (ISDB) en de International Society for Affective Disorders (ISAD) voor de eerste keer samen een congres. Het vond plaats op de Vrije Universiteit in Amsterdam en trok ruim 1100 wetenschappers en clinici afkomstig uit 56 landen. Op de derde dag was er veel aandacht voor genetisch onderzoek. Opmerkelijk genoeg blijkt een bipolaire stoornis voor een groot deel dezelfde genetische basis te hebben als schizofrenie.





Keynote spreker en emeritus hoogleraar Nick Craddock van de Universiteit van Cardiff presenteerde de verrassende bevinding over de grote genetische gelijkenis tussen een bipolaire stoornis en schizofrenie. Genoom Wide Association Studies (GWAS), waarin het DNA van grote groepen patiënten wordt vergeleken met het DNA van grote groepen controlepersonen, hebben frequent voorkomende genetische varianten aangetoond die zowel het risico op schizofrenie als het risico op een bipolaire stoornis verhogen. 'Een deel van deze gemeenschappelijke risicogenen reguleert het transport van ionen in de calciumkanalen,' vertelt Craddock. 'Op basis van deze kennis kunnen we gericht nieuwe medicijnen ontwikkelen en krijgen we meer inzicht in comorbiditeit. Zo hebben zowel patiënten met een bipolaire stoornis als patiënten met schizofrenie een hoger risico op hartritmestoornissen, omdat in het brein en het hart dezelfde type calciumkanalen voorkomen.'

Hoewel de rol van erfelijke factoren bij schizofrenie (80%) en de bipolaire stoornis (85%) ongeveer even groot is, wijst Craddock op een belangrijk verschil. Waar het risico op een bipolaire stoornis alleen samenhangt met frequent voorkomende polygenetische variatie, spelen bij schizofrenie ook zeldzame genetische varianten een rol. Met de depressieve stoornis deelt de bipolaire stoornis slechts enkele risicogenen. Genetisch gezien lijkt de depressieve stoornis vooral op de persoonlijkheidstrekk neuro-

Een substantieel deel van de patiënten met een bipolaire stoornis is niet in staat zelfstandig te wonen

ticisme, waarmee de bipolaire stoornis op haar beurt helemaal geen genetische verwantschap vertoont. 'De indeling in de DSM of de ICD komt dus niet overeen met de genetische etiologie,' concludeert Craddock.

COGNITIEF FUNCTIONEREN

Tijdens een symposium over de bipolaire stoornis wordt opnieuw duidelijk dat de overeenkomst tussen de bipolaire stoornis en schizofrenie groter is dan Emiel Kraepelin ruim honderd jaar geleden vermoedde. 'Kraepelin onderscheidde dementia praecox (schizofrenie) van de manisch-depressieve psychose omdat alleen dementia praecox een cognitieve ziekte zou zijn,' zegt hoogleraar Katherine Burdick uit New York. 'Pas recent weten we dat Kraepelin zich vergiste. Al na de eerste episode verslechtert ook bij mensen met een bipolaire stoornis het cognitief functioneren.' Gemiddeld scoren mensen met een bipolaire stoornis één standaarddeviatie en mensen met schizofrenie twee standaarddeviaties onder het gemiddelde op de verschillende domeinen van cognitief functioneren (werkgeheugen, aandacht, verwerkingssnelheid, sociale cognitie etc.). Binnen de groep met een bipolaire stoornis bestaan echter grote verschillen. Een deel van de bipolaire groep scoort vergelijkbaar met de schizofreniegroep; bij hen is het cognitief functioneren globaal aangetast. Maar het functioneren kan ook selectief zijn aangetast, of zelfs intact zijn. 'In de eerste twaalf maanden na een episode is er herstel tot het oude niveau mogelijk,' legt Burdick uit, 'maar dat herstel wordt verstoord door middelenmisbruik of door een nieuwe episode. Daarom is het voorkómen van nieuwe episodes zo belangrijk.'

In het algemeen geldt: hoe meer episodes, hoe slechter het cognitief functioneren, en hoe meer beperkingen iemand ondervindt op het sociale en beroepsmatige vlak. 'Een substantieel deel van de patiënten met een bipolaire stoornis is zelfs niet in staat om zelfstandig te wonen,' licht Burdick toe.

'Medicijnen om het cognitief functioneren positief te beïnvloeden, zijn nog in ontwikkeling,' zegt de

Canadese hoogleraar Lakshmi Yatham. 'Lurasidone lijkt een veelbelovende kandidaat, maar moet eerst nog verder worden onderzocht.' Tot die tijd kan functionele remediatetherapie uitkomst bieden. Hier leren patiënten om hun cognitieve beperkingen te compenseren met zowel externe (notitieblokjes) als interne hulpmiddelen (aandacht).

ZES RISICOGENEN VOOR DEPRESSIE

Samen met ruim negenhonderd andere onderzoekers is hoogleraar Cathryn Lewis uit Londen betrokken bij het grootste biologische experiment in de psychiatrie: de database van het Psychiatric Genomics Consortium. Dankzij deze databank is nu eindelijk iets bekend over de genetische achtergrond van depressies. 'In vergelijking met schizofrenie is de rol van erfelijke factoren bij de depressieve stoornis een stuk kleiner: 30% bij mannen en 40% bij vrouwen. Daarom is er een zeer grote steekproef nodig om risicogenen voor depressies te ontdekken,' legt Lewis uit. Pas toen de gegevens van 52.000 cases en 112.200 controlepersonen, afkomstig uit 34 studies, werden samengevoegd, was de statistische toets voldoende krachtig om zes risicogenen te identificeren. Ter vergelijking: bij schizofrenie waren 36.000 cases al voldoende voor meer dan honderd hits. Biologisch gezien is het aannemelijk dat de zes geïdentificeerde genen een rol spelen bij de depressieve stoornis. Zo is van gen *LRFN5* op chromosoom 14 bekend dat het betrokken is bij synaptische activiteit en lijkt ook gen *NEGR1* (Neuronal Growth Regulator) op chromosoom 1 een logische kandidaat. Maar er blijft nog genoeg te ontdekken over: de Polygenetische Risico Score (PRS), iemands somscore op de zes genen, verklaart slechts 5% van de variantie in depressiviteit.

Het alsmat ophogen van de steekproef is één manier om de genetische achtergrond van depressies beter te doorgronden. Een andere mogelijkheid is om de steekproef homogener te maken. Voor deze laatste aanpak koos Yuri Milaneschi, die als onderzoeker werkzaam is op het EMGO Instituut in Amsterdam. Binnen de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA), een cohortstudie waarin ruim negenhonderd patiënten zes jaar worden gevolgd, onderscheidde Milaneschi drie groepen depressieve patiënten. Patiënten met een typische depressie hadden last van een verminderde eetlust en verloren





gewicht, terwijl patiënten met een atypische depressie juist in gewicht toenamen en last kregen van ontstekingen. De groep die geen gewichtsverandering liet zien had over het geheel genomen de minste symptomen. Zoals Milaneschi verwachtte, had iedere groep zijn eigen genetische handtekening. De groep die gewicht verloor vertoonde de grootste genetische gelijkenis met andere psychiatrische ziektebeelden, waaronder de bipolaire stoornis, terwijl mensen die in gewicht toenamen, juist genen deelden met obese mensen.

ÉÉN EN ÉÉN IS TWEE

Behalve risicogenen zijn er ook omgevingsinvloeden, zoals seksueel of fysiek misbruik, die de kwetsbaarheid voor depressie vergroten. Tellen genetische en omgevingsinvloeden bij elkaar op, of versterken zij elkaar? 'Een van de eerste studies, het bekende onderzoek van Caspi uit 2003, liet een sterk interactie-effect zien. Alleen mensen met een bepaalde variant van het serotoninetransporter gen ondervonden negatieve gevolgen van de trauma's uit hun jeugd,' vertelt hoogleraar Brenda Penninx van het EMGO-Instituut in Amsterdam. Zelf wist Penninx dit interactie-effect te repliceren in de NESDA-steekproef. Als maat voor genetische kwetsbaarheid nam ze de polygenetische risicoscore (PRS) voor depressie, een veel nauwkeuriger maat dan Caspi destijds had gebruikt. Penninx vond een sterk verband tussen de PRS-score van de mensen die als kind zwaar waren getraumatiseerd en de ernst van hun depressie: hoe hoger de PRS-score, hoe ernstiger de depressie. Bij mensen die niet, respectievelijk licht, waren getraumatiseerd was er geen, respectievelijk een zwak, verband tussen de PRS-score en de mate van depressiviteit.

De kwestie leek opgelost tot in een groot Engels onderzoek een omgekeerd interactie-effect werd gerapporteerd. Uiteindelijk gaf de dataset van het Psychiatric Genomics Consortium uitsluitsel. In tegenstelling tot wat lang werd gedacht, versterken erfelijke kwetsbaarheid en omgevingsinvloeden elkaar niet. 'Één en één is dus gewoon twee,' concludeert Penninx. 'En dat is goed nieuws. Het betekent dat mensen met een genetische kwetsbaarheid voor een depressie, een bipolaire stoornis of schizofrenie niet sterker lijden onder een trauma dan mensen zonder deze genetische kwetsbaarheid.'

TWEE PETERS

Bij somatische ziekten zoals diabetes is het al sinds de jaren zestig gebruikelijk om patiënten zoveel mogelijk de regie over hun eigen ziekte te geven. Ook bij psychische aandoeningen gebeurt dat steeds meer. Onderzoek onder patiënten die hersteld zijn van een ernstige depressie, leert dat zij tijdens hun ziekte maar liefst vijftig verschillende strategieën gebruiken. 'Veel strategieën hebben te maken met het aannemen van een actieve houding tegenover de depressie,' vertelt onderzoeker Roos van Grieken van het AMC. 'Het afmaken van een behandeling wordt als de meest nuttige strategie ervaren, en ook het accepteren van een depressie als een ziekte scoort hoge ogen.' Een tweede groep strategieën heeft betrekking op sociaal en fysiek actief blijven, een derde op het zorgen voor een goede dagelijkse routine.

Het verhaal van ervaringsdeskundige Peter Oostelbos, die al sinds zijn elfde last heft van recidiverende depressies, sluit hier naadloos op aan. Tien jaar geleden realiseerde Oostelbos zich dat hij een keus had. Hij kon blijven hangen in de comfortabele slachtofferrol of hij kon proberen om beter voor zichzelf te gaan zorgen. Met hulp van zijn vrouw en vrienden lukte het Oostelbos na veertig jaar eindelijk om meer verantwoordelijkheid te gaan nemen voor zijn ziekte en zijn ziekte te accepteren als iets wat bij hem hoort. 'Vroeger waren er twee Peters. De niet-depressieve Peter, die normaal kon functioneren als echtgenoot en meubelmaker, en de depressieve Peter, die volledig samenviel met zijn depressie,' vertelt Oostelbos. 'Nu is er nog maar één Peter. Nog steeds heb ik last van depressies, maar inmiddels vertrouw ik erop dat ze altijd weer voorbij gaan.'

Annemarie Huiberts is psycholoog en journalist.

E-mail: Annemarie__h@live.nl

Het aantal jongeren dat kampt met depressieve klachten tijdens de adolescentie stijgt. Depressies hebben negatieve psychische en maatschappelijke gevolgen op de korte én lange termijn. Om te voorkomen dat jongeren depressieve klachten ontwikkelen zijn depressiepreventieprogramma's ontworpen. Is zo'n programma effectief? En hoe werkt zo'n programma dan? Karlijn Kindt deed er promotieonderzoek naar.

BLOW AWAY THE BLUES

PREVENTIE VAN DEPRESSIE BIJ JONGEREN

Beeld je een veertienjarig meisje in. Ze is alleen in haar slaapkamer, zit met gebogen schouders aan haar bureau en staart somber voor zich uit. Ze moet haar huiswerk maken, maar haar gedachten blijven haar afleiden. Ze staat op, loopt naar haar bed, pakt haar dagboek en schrijft: 'Lief dagboek. Ik ben gewoon niet slim genoeg om mijn huiswerk te doen. Ik ben waarschijnlijk de domste van de school. Het voelt alsof ik nooit iets goed kan doen. Ik heb ook mijn vriendinnen afgezegd deze avond. Ik ben toch geen leuk gezelschap. Ik wed dat ze me niet eens missen. En mijn ouders zeuren dat ik zo snel geïrriteerd ben de laatste tijd. Ik heb nergens zin in. Gewoon in bed liggen en slapen. Het zou zelfs beter zijn als ik niet meer wakker word.'

Jongeren die een depressieve periode doormaken, zouden zich zoals dit meisje kunnen voelen. Zij zouden zo kunnen denken en zo kunnen doen. Een substantieel deel van de Nederlandse jongeren kampt met depressieve klachten. In de leeftijdsgroep van twaalf tot zestien jaar ervaart ongeveer 7.5% van de jongens en 9.3% van de meisjes een periode met depressieve klachten. Deze cijfers stijgen in de leeftijdsgroep van zestien tot twintig jaar tot respectievelijk 17.3% en 22.7% (Gezondheidsenquête 2013, Centraal Bureau voor de Statistiek).

Volgens de DSM-5 (American Psychiatric Association,

2013) voldoet iemand aan een depressieve stoornis als vijf of meer van de volgende symptomen lijdensdruk geven en aanwezig zijn gedurende twee weken: sombere of prikkelbare stemming, verlies van interesse of plezier, verandering in gewicht of eetlust, slaapproblemen, psychomotorische agitatie, verlies van energie, gevoelens van waardeloosheid, verminderd vermogen tot nadenken en terugkerende gedachten aan de dood. Daarvan moet in elk geval sprake zijn van een sombere of prikkelbare stemming of van verlies van interesse.

Het hebben van depressieve klachten in de adolescentie heeft negatieve gevolgen op zowel de korte als de lange termijn. Op de korte termijn hebben jongeren met depressieve klachten een grotere kans op slechte prestaties op school, verminderde kwaliteit van leven, eetproblemen, alcohol- en drugsgebruik, zelfmoordgedachten en zelfmoord (Bertha & Balazs, 2013; Birmaher et al., 1996; Evans, Hawton & Rodham, 2004; Fergusson & Woodward, 2002; Glied & Pine, 2002). Op de lange termijn hebben jongeren met depressieve klachten meer kans op de ontwikkeling van een depressieve stoornis in de volwassenheid, werkloosheid en relatieproblemen (Bertha & Balazs, 2013; Fergusson & Woodward, 2002; Gotlib, Lewinsohn & Seeley, 1998).

Daarnaast geven de gevolgen van stemmingsstoornissen hoge kosten voor de maatschappij, zoals productieverlies en

kosten rondom nieuwe gevallen. De geschatte kosten zijn 11 miljoen euro per miljoen inwoners (Smit et al., 2006). Het voorkomen van de ontwikkeling van depressie in de adolescentie komt dus niet alleen de ontwikkeling van jongeren ten goede, maar kan ook maatschappelijke belangen op de lange termijn dienen.

KUNNEN WE VOORKOMEN DAT JONGEREN DEPRESSIEF WORDEN?

In 2006 publiceerde het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een beleidsdocument waarin depressiepreventie een van de prioriteiten was (Preventienota *Kiezen voor gezond leven*, 2006). Daarnaast adviseerde de Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling van de ggz in het addendum van de depressierichtlijn voor jeugd in 2009 om depressiepreventie voor jongeren verder te ontwikkelen. Tot dan toe waren er in Nederland nauwelijks depressiepreventieprogramma's voor jongeren beschikbaar, en zeker geen die middels goede onderzoekdesigns getest waren op effectiviteit.

Onderzoekers van de Radboud Universiteit Nijmegen pakten de aanbevelingen op en vonden in de wetenschappelijke literatuur een veel onderzocht, theoretisch goed onderbouwd programma dat aangeboden kon worden in een schoolsetting en waarvan eerder onderzoek een preventief effect liet zien op de ontwikkeling van depressieve klachten (Brunwasser et al., 2009; zie ook Stice et al., 2009). Dat programma, het *Penn Resiliency Program* (PRP; Gillham et al., 2007), is in samenwerking met het Trimbos-instituut en de GGD Nijmegen naar Nederland gehaald. Het is vertaald en aangepast voor de Nederlandse schoolse setting en kreeg de naam *Op Volle Kracht* (ovk).

Ovk is een groepsgericht depressiepreventieprogramma dat ontwikkeld is om de toename van depressieve klachten bij jonge adolescenten te voorkomen. Met behulp van een werkboek met zestien hoofdstukken met gekleurde illustraties worden lees- en schrijfopdrachten, rollenspellen en discussies aangereikt (zie Box 1; voor meer details zie Tak et al., 2012). ovk is gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie, die stelt dat negatieve gevoelens uitgelokt worden door negatieve gedachten. Als iemand bijvoorbeeld na het verliezen van een voetbalwedstrijd denkt 'ik ben een slechte voetballer, het ligt aan mij', dan zal hij zich als gevolg van die gedachte somber of verdrietig voelen. Het programma begint dan ook met het vergroten van het inzicht van de jongere in zijn of haar eigen gevoelens en gedachten, en laat de jongere zien hoe deze twee onderling verband houden. Daarna

worden drie niet-helpende denkstijlen, of 'denkvalkuilen' uitgelegd. Een voorbeeld van een niet-helpende denkstijl is de 'altijd-ikgedachte', waarbij een jongere bij vervelende gebeurtenissen de oorzaak van die gebeurtenis onterecht bij zichzelf legt.

Tijdens ovk oefent de jongere de niet-helpende denkstijlen te herkennen, om vervolgens meer helpende, positieve – en reële – gedachten te formuleren. In het geval van de verloren voetbalwedstrijd zou dat kunnen zijn: 'Dat we verloren hebben komt door ons hele team en niet alleen door mij. Als we harder trainen maken we de volgende keer meer kans om te winnen.' Als jongeren eenmaal geleerd hebben dat een meer positieve manier van denken tot meer positieve gevoelens leidt, wordt de koppeling met gedrag gelegd. Immers, als je je opgewekter voelt, ben je ook beter in staat om sociale contacten aan te gaan of taken op te pakken. Vervolgens kunnen de meer positieve gebeurtenissen op hun beurt weer positievere gedachten en gevoelens oproepen. Om het gedrag te versterken komen sociale vaardigheden en oplossingsvaardigheden in de tweede helft van het programma aan bod.

Voor de theoretische basis van de cognitieve gedragstherapie wordt vaak verwezen naar de cognitieve theorie van Beck (1979). Zijn theorie stelt dat mensen kwetsbaar zijn om een depressie te ontwikkelen als zij geconfronteerd worden met een negatieve levensgebeurtenis. Op dat moment kunnen reeds bestaande disfunctionele negatieve overtuigingen over de wereld, anderen en de persoon zelf geactiveerd raken, waarna iemand depressieve klachten kan krijgen.

Bij onderzoek naar depressie en depressiepreventieprogramma's bij jongeren wordt echter vaker verwezen naar een andere cognitieve theorie over de ontwikkeling van depressie, namelijk de hopeloosheidstheorie van Abramson, Metalsky & Alloy (1989). Overeenkomstig de theorie van Beck veronderstelt deze theorie dat een negatieve denkstijl voorafgaat aan de ontwikkeling van depressie en dat negatieve levensgebeurtenissen een rol spelen: pas als er negatieve levensgebeurtenissen zijn, zullen de negatieve denkstijlen tot uiting komen en depressieve symptomen uitlokken.

Een belangrijk verschil tussen de hopeloosheidstheorie en de theorie van Beck zit in de formulering van de denkstijl. Waar het bij de theorie van Beck gaat over het activeren van schema's van denkfouten over jezelf, de wereld en anderen, gaat het bij de hopeloosheidstheorie over negatief gekleurde referenties naar aanleiding van de gebeurtenis over de

oorzaak (stabiel, globaal, blijvend), de toekomst en de persoon zelf.

In het onderzoek van Kindt (2016) naar depressiepreventie bij jongeren, dat in onderhavig artikel nader wordt besproken, is de negatieve denkstijl benaderd zoals omschreven in de hopeloosheidstheorie.

EFFECT DEPRESSIEPREVENTIE

De Academische Werkplaats Jeugd Nijmegen, Inside Out, waar de Radboud Universiteit een van de deelnemende instellingen is, heeft als doel de preventie en zorg te verbeteren voor kinderen en jeugdigen met internaliserende ('naar binnen gerichte') problematiek zoals angst en depressie. In de afgelopen jaren werden diverse onderzoeksprojecten opgezet – zo ook het onderzoek naar de effectiviteit van ovk als grootschalige depressiepreventie voor jongeren uit achterstandswijken (Kindt, 2016). Deze jongeren vormen een kwetsbare groep om depressieve klachten te ontwikkelen, omdat ze relatief veel negatieve levensgebeurtenissen meemaken als gevolg van (financiële) problemen in het gezin (De Looze et al., 2014). Uit eerder onderzoek is bekend dat preventieprogramma's op selectieve doelgroepen effectiever zijn dan programma's die op universele groepen gericht zijn (Horowitz & Garber, 2006; Muñoz et al., 2010).

In het onderzoek van Kindt (2016) werden de effecten van het programma tot een jaar na de interventie onderzocht. Daarbij was de hypothese dat de jongeren die ovk gevolgd hadden minder depressieve klachten zouden hebben dan de jongeren uit de controlegroep. Omdat het programma poogt de depressieve klachten te beïnvloeden door een negatieve denkstijl te veranderen, werd niet alleen het effect van ovk op de depressieve klachten geanalyseerd, maar ook het effect op de negatieve denkstijl. De verwachting was dat jongeren die ovk gevolgd hadden een minder negatieve denkstijl zouden hebben dan de jongeren uit de controlegroep.

Verder is het verband tussen negatieve denkstijl en depressieve klachten over tijd onderzocht. De hopeloosheidstheorie vormt, zoals gezegd, de theoretische basis van het programma en stelt dat een negatieve denkstijl voorafgaat aan de toename van depressieve klachten (Abramson et al., 1989). Met andere woorden: een jongere die bij vervelende gebeurtenissen snel denkt dat het door hem komt ('altijd-ik'-denken), heeft dus meer kans om depressieve klachten te ontwikkelen dan een leeftijdsgenoot die dat niet zo snel denkt. Daarom was de hypothese dat een meer negatieve denkstijl voorspellend is voor meer depressieve klachten.

Omdat de hopeloosheidstheorie eveneens stelt dat de

negatieve denkstijl vooral van invloed is op het moment dat er een negatieve levensgebeurtenis is – je moet eerst een voetbalwedstrijd verliezen voordat je gaat denken dat jij de oorzaak daarvan bent –, werd de laatste hypothese mét en zonder de invloed van negatieve levensgebeurtenissen onderzocht. De focus lag hierbij op dagelijkse afhankelijke negatieve levensgebeurtenissen (interpersoonlijke gebeurtenissen zoals conflicten, en niet de 'major life events' zoals

BOX 1. INHOUD EN DOELEN OP VOLLE KRACHT

Herkennen van emoties en lichamelijke gevoelens en verschillen in intensiteit ervan.

Herkennen van de eigen gedachten en het verband tussen gebeurtenis, gedachten en emoties leggen. Differentiëren tussen pessimistische en optimistische gedachten.

Herkennen van drie gedachtevalkuilen:

1. Altijd ik: Je vertelt jezelf dat je niks goed kunt doen en het altijd verkeerd doet.
2. Zwart kijken: Je ziet alleen de negatieve dingen. Zelfs als er iets leuks gebeurt, zie je nog de dingen die fout gaan of niet helemaal goed gaan.
3. Voorspellen: Je gaat er al van uit dat iets fout zal gaan, zonder dat je daar bewijs voor hebt.

Drie technieken om een gedachte uit te dagen:

1. Zoeken naar bewijzen voor een gedachte.
2. Het formuleren van een meer positieve alternatieve gedachte.
3. Gedachten in alternatief plaatsen.

Sociale vaardigheidstraining. Contact maken met anderen met aandacht voor houding, oogcontact, afstand en stemvolume. Uitdagen van negatieve gedachten die sociaal gedrag belemmeren.

Interpersoonlijke problemen oplossen in een vierstapenplan, met aandacht voor drie interactiestijlen: agressiviteit, passiviteit en assertiviteit.

Coping-stijlen zoals ontspannen bij gebeurtenissen waar je geen invloed op hebt.

overlijden van naasten) omdat deze het sterkst samenhangen met depressieve klachten (Patton et al., 2003; Rudolph & Hammen, 1999; Rudolph et al., 2000).

METHODE

In het onderzoek deden 57 eerste en tweede klassen van elf middelbare scholen uit achterstandswijken¹ mee, met niveaus variërend van vmbo-kader tot vwo. De onderzoeksgroep omvatte in totaal 1343 jongeren, van wie 52.3% meisjes. De leeftijd van de jongeren varieerde van elf tot zestien jaar, met een gemiddelde leeftijd van 13.4 jaar ($sd=.77$) bij de start van de studie. De klassen werden at random ingedeeld in de experimentele groep of de controlegroep. De klassen in de experimentele groep kregen het programma ovk, dat gegeven werd door de mentor van de leerlingen tijdens de mentorlessen. De klassen in de controlegroep kregen de gewone mentorlessen.

Alvorens de mentoren de ovk-lessen mochten geven, kregen zij vier dagen training door twee gz-psychologen die door de ontwikkelaars van het Amerikaanse Penn Resiliency Program waren getraind. In de eerste twee dagen leerden zij de theoretische achtergrond van de cognitieve gedragstherapie, waarbij zij de technieken ook op eigen ervaringen toepasten. Tijdens de derde en vierde dag oefenden de mentoren in kleine groepjes met het geven van de ovk-lessen en kregen zij feedback van de gz-psychologen.

Vragenlijsten over depressieve klachten, negatieve denkstijl en negatieve levensgebeurtenissen werden vooraf aan het programma afgenomen, vervolgens direct na het programma en zes en twaalf maanden later. De depressieve klachten werden gemeten middels de *Child Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1984). De CDI is een zelfrapportagevragenlijst van 27 vragen over de affectieve, cognitieve en gedragsmatige kenmerken van depressie. De jongeren geven aan in welke mate zij de klachten in de afgelopen twee weken ervaren hebben – bijvoorbeeld ‘Ik ben soms verdrietig’ (0), ‘Ik ben vaak verdrietig’ (1), ‘ik ben altijd verdrietig’ (2). De totaalscore van de vragenlijst varieert van nul tot 54, waarbij een hogere score meer depressieve symptomen weergeeft.

Een somscore van 19 of hoger werd gebruik als cut-off score voor een klinisch hoge score (Timbremont, Braet, & Roelofs, 2008). De CDI is een veel gebruikt instrument in zowel de klinische setting als voor onderzoek en geldt als betrouwbaar en valide (Evers et al., 2009-2011; Timbremont, Braet, & Dreessen, 2004).

De negatieve denkstijl werd gemeten met de naar het Nederlands vertaalde *Adolescent Cognitive Style Questionnaire* (ACSQ; Hankin & Abramson, 2002). De ACSQ is een zelfrapportagevragenlijst waarin zeven hypothetische negatieve scenario's worden voorgelegd, zoals ‘je wordt niet uitgenodigd voor een feest waar je heen wil’. De jongeren geven aan in welke mate zij de gebeurtenis toekennen aan interne, globale en stabiele oorzaken. Daarnaast geven ze aan of de gebeurtenis gevolgen heeft voor de toekomst en of de gebeurtenis te maken heeft met hun zelf. Alle antwoorden worden gegeven op een 7-punts Likert-schaal, waarbij een hogere score een meer negatieve denkstijl weergeeft (bijvoorbeeld: ‘de oorzaak van de gebeurtenis zal er nooit meer toe leiden dat ik niet word uitgenodigd’ [1] tot ‘de oorzaak van de gebeurtenis zal ook in de toekomst ervoor zorgen dat ik niet word uitgenodigd’ [7]). De ACSQ is een veelvuldig gebruikt instrument bij onderzoek naar een negatieve denkstijl en heeft een uitstekende betrouwbaarheid en validiteit (Hankin & Abramson, 2002).

Negatieve levensgebeurtenissen werden gemeten met de naar het Nederlands vertaalde *Adolescent Life Events Questionnaire-Revised* (ALEQ-R; Auerbach et al., 2011). De ALEQ-R is een zelfrapportagevragenlijst waarbij 29 dagelijkse afhankelijke (interpersoonlijke) negatieve gebeurtenissen worden voorgelegd, zoals ‘je kwam in de problemen met je leerkracht of het schoolhoofd’. De jongeren geven op een 5-punts Likert-schaal variërend van ‘nooit’ (0) tot ‘altijd’ (4) aan hoe vaak een gebeurtenis in de afgelopen drie maanden is voorgekomen. De totaalscore varieert van 0 tot 116. Een hogere score duidt op meer negatieve dagelijkse afhankelijke levensgebeurtenissen. De ALEQ-R is een goed betrouwbaar en valide instrument dat in onderzoek frequent gebruikt is (Hankin & Abramson, 2002).

RESULTATEN

De gemiddelde depressieve klachten van beide groepen bleven over de vier metingen vrij stabiel en in de normale range (CDI-scores tussen 8.5 en 10.0, zie tabel 1). Deze scores zijn niet anders dan bij de algemene Nederlandse populatie van scholieren wordt gezien (Tak et al., 2015). Uit regressieanalyses bleek verder dat het wel of niet volgen van ovk niet

1 Voor het onderzoek werden scholen geselecteerd die subsidie ('leerling-plusarrangementen') kregen vanuit het ministere OC&W – Dienst Uitvoering Onderwijs omdat hun schoolpopulatie uit lage inkomensgebieden komt. De berekeningen vinden plaats op basis van de postcodegebieden waar de leerlingen van desbetreffende school wonen. Per postcodegebied wordt naar de cijfers van CBS op 'probleemaccumulatiegebieden' gekeken, wat op basis van inkomsten gaat. Deze gebieden komen – op het oog – grotendeels overeen met de lage SES-postcodegebieden.

Het voorkomen van de ontwikkeling van depressie in de adolescentie komt dus niet alleen de ontwikkeling van jongeren ten goede, maar kan ook maatschappelijke belangen op de lange termijn dienen

tot verschil leidde in de mate van depressieve klachten bij de jongeren tot één jaar na het programma. Zowel de groep die de vragenlijsten had ingevuld ('completers only') als de totale groep waarbij de scores van de uitvallers geïmputeerd waren ('intention to treat') liet geen effect van het programma zien op depressieve klachten één jaar na het programma (respectievelijk $\beta = -.049$, $sd = .041$, $p = .24$ en $\beta = -.044$, $sd = .037$, $p = .23$). Het is dus niet zo dat de jongeren in de controlegroep meer depressieve klachten ontwikkelden dan de jongeren in de ovk-groep. Ook zorgde ovk niet voor een daling van depressieve klachten.

Uit verdere analyses kwam er zowel een ongewenst als een gewenst effect naar voren. Het ongewenste effect was tegengesteld aan wat verwacht was: jongeren uit de ovk-groep bleken een jaar na de interventie vaker boven de grens van klinisch depressieve klachten ($CDI \geq 19$) te scoren dan de adolescenten uit de controlegroep. Bij de start hadden in beide groepen ongeveer zeven procent van de jongeren verhoogde depressieve klachten. Een jaar na de interventie had tien procent van de jongeren in de controlegroep verhoogde depressieve klachten, en zestien procent van de jongeren in de ovk-groep. Aangetekend dient te worden dat sensitiviteitsanalyses, die de betrouwbaarheid van de imputatie van de ontbrekende gegevens nagaan, uitwezen dat de betrouwbaarheid van de statistische analyses mogelijk beïnvloed werd door de wijze waarop missende gegevens zijn meegenomen².

Een gewenst effect van ovk werd gevonden voor een subgroep jongeren die wel baat leek te hebben bij het

programma. Jongeren van ouders met psychische klachten die ovk kregen, hadden minder depressieve klachten dan jongeren van ouders met psychische klachten die in de controlegroep zaten. De groep jongeren van ouders met psychische klachten die ovk kreeg had een kans van tien procent om klinisch depressieve klachten te ontwikkelen, terwijl jongeren in de controlegroep een kans van dertig procent hadden om verhoogde depressieve klachten te ontwikkelen.

Er waren geen verschillen tussen de groepen wat betreft geslacht, etnische achtergrond of mate van depressieve klachten bij de start van het programma.

EFFECT OVK OP NEGATIEVE DENKSTIJL Aangezien ovk technieken bevat om adolescenten te stimuleren om op een meer realistische en positieve manier te denken, was de verwachting dat de groep die ovk kreeg een minder negatieve denkstijl zou ontwikkelen vergeleken met de controlegroep. Er bleek echter geen verschil te ontstaan tussen de gemiddelde negatieve denkstijl in de ovk-groep en de controlegroep.

Vervolgens is gekeken of er onder jongeren subgroepen bestonden die verschillen in hun ontwikkeling van een negatieve denkstijl door middel van latente groei modellenanalyses, die de jongeren in groepen indeelt op basis van een beginwaarde ('intercept') en de snelheid van ontwikkeling ('hellingshoek'; Duncan, Duncan & Strycker, 2006). Er konden vier groepen onderscheiden worden. Allereerst was er een groep jongeren (61%) met een stabiel lage denkstijl – hetgeen betekent dat zij gedurende het onderzoek niet tot nauwelijks een negatieve denkstijl hadden (zie figuur 1). Daarnaast was er een groep jongeren die tijdens de studie steeds meer negatief ging denken (18%) en ten derde was er een groep die steeds minder negatief ging denken (11%). Ten slotte was er een groep die gedurende het onderzoek op alle momenten aangaf negatief te denken (10%).

Of de jongeren in de ovk-groep of de controlegroep

2 Bij deze sensitiviteitsanalyses werden de missende gegevens op T4 eenmaal met het beste scenario ingevuld ('niemand van de jongeren met missende gegevens heeft klinische scores op depressie ontwikkeld') en een keer met het slechtste scenario ingevuld ('iedereen van de jongeren met missende gegevens heeft klinische scores op depressie ontwikkeld'). Alleen in het eerste geval was het verschil tussen de controle groep en de ovk-groep significant ($OR = .576$, $BI = .366 - .908$, $p < .05$ versus $OR = .893$, $95\% BI = .578 - 1.380$, $p = .61$). (OR =Odd Ratio, BI = Betrouwbaarheidsinterval)

hadden gezeten, bleek evenwel niet voorspellend voor hoe de negatieve denkstijl zich ontwikkelde.

DEPRESSIEVE KLACHTEN EN NEGATIEVE DENKSTIJL OVER

TIJD Los van het depressiepreventieprogramma is tevens gekeken of een negatieve denkstijl en depressieve klachten voorspellend waren voor elkaars ontwikkeling. De hypothese was dat een negatieve denkstijl de ontwikkeling van depressieve klachten zou voorspellen. Dit is in lijn met de cognitieve theorie die stelt dat een negatieve denkstijl al aanwezig

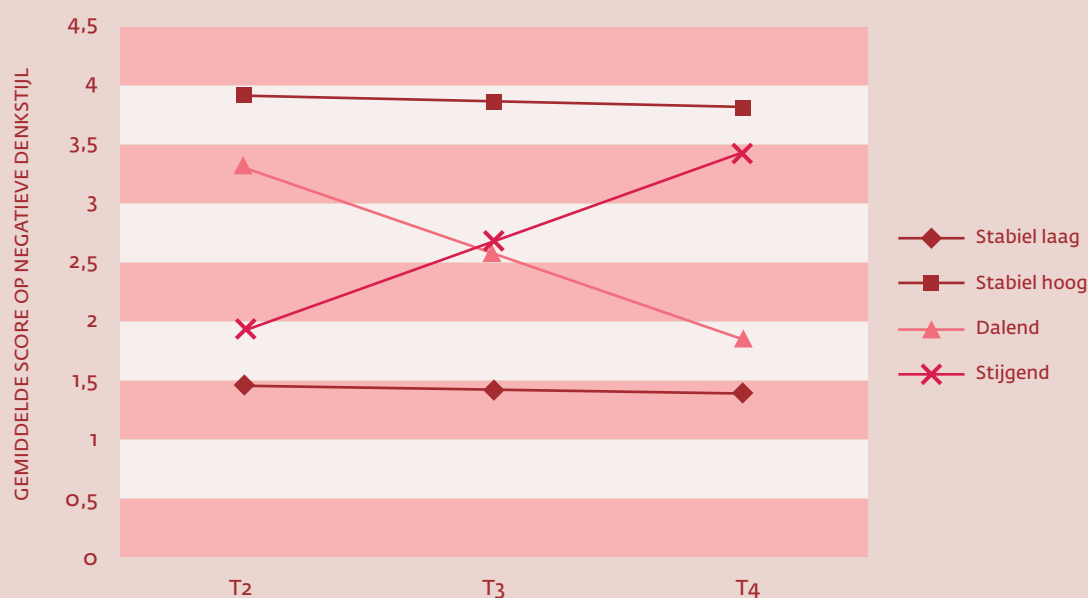
is en dat jongeren daardoor kwetsbaar zijn voor het ontwikkelen van depressieve klachten. Ook preventieprogramma's die op cognitieve gedragstherapeutische principes gebaseerd zijn, richten zich (onder andere) op het veranderen van een denkstijl met als doel depressieve klachten te voorkomen of verminderen.

De verwachting was dat de negatieve denkstijl op één meetmoment de mate van depressieve klachten zes maanden later zou voorspellen. Om dat na te gaan is de samenhang tussen de negatieve denkstijl en de depressieve symptomen

TABEL 1. GEMIDDELDEN (EN STANDAARDDEVIATIES) VAN DE CDI-SCORES EN PERCENTAGES VAN HET AANTAL JONGEREN MET KLINISCHE CDI-SCORES (≥ 19) OP ALLE MEETMOMENTEN (T1 – T4) EN APART PER CONDITIE

	T1	T2	T3	T4
CDI-score	8.55 (6.51)	9.47 (7.72)	9.64 (8.19)	9.62 (8.48)
OVK	8.56 (6.68)	9.53 (7.98)	9.17 (7.99)	10.00 (9.14)
Controle	8.55 (6.32)	9.39 (7.43)	10.14 (8.37)	9.22 (7.74)
CDI-score ≥ 19 (%)	7.2	9.8	12.1	13.2
OVK (%)	7.4	10.5	10.4	16.3
Controle (%)	6.9	9.0	13.8	10.0

FIGUUR 1. LATENTE GROEICURVEN VAN NEGATIEVE DENKSTIJL



tussen elk van de vier meetmomenten onderzocht met behulp van zogeheten 'cross-lagged' structurele modellen en het software programma M-plus 5.1 (Muthén & Muthén, 2007). In één model zijn tegelijkertijd de associaties tussen de vier opeenvolgende metingen van depressieve symptomen en negatieve denkstijl (de auto-regressieve associaties), de associaties tussen de depressieve symptomen en negatieve denkstijl per tijdstip (de crosssectionele associaties) en de paden tussen de twee verschillende constructen over de tijd (de gekruiste associaties) geanalyseerd. Deze gekruiste associaties (bijvoorbeeld tussen depressieve symptomen op T1 en negatieve denkstijl op T2) werden geschat om de effecten over tijd te onderzoeken.

De hypothese werd niet bevestigd; de negatieve denkstijl voorspelde de depressieve klachten in geen van de tijdsintervallen. Tegengesteld aan de hypothese bleek de mate van depressieve klachten de negatieve denkstijl zes maanden later te voorspellen (zie figuur 2). Aanvullend werd de rol van negatieve levensgebeurtenissen in de analyses meegenomen

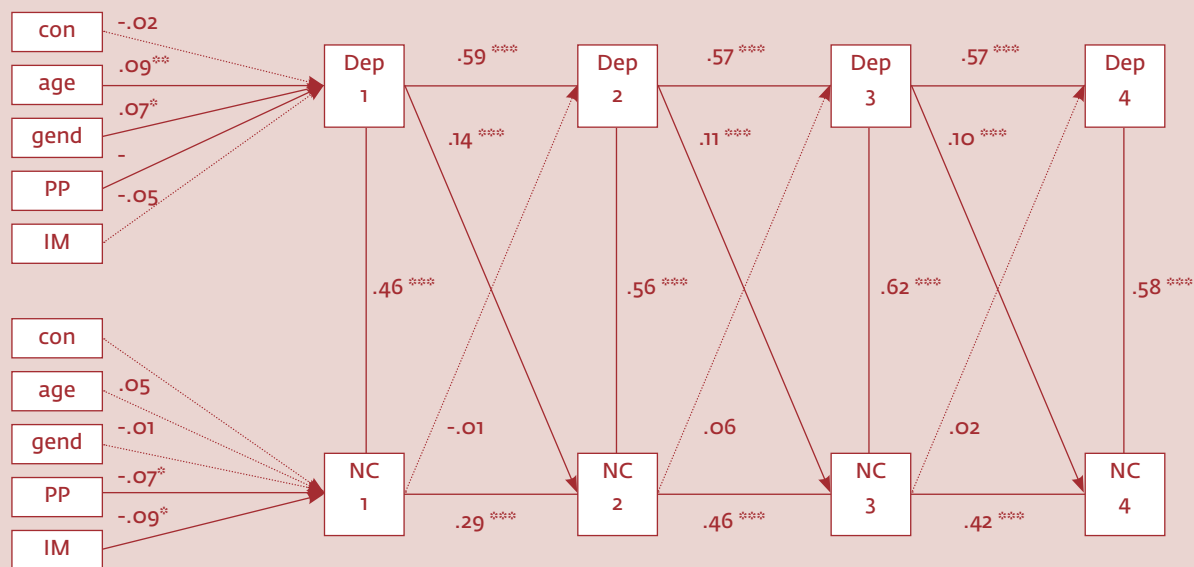
door te controleren voor de crosssectionele invloed op elk tijdstip. Als het gehele model gecorrigeerd werd voor de invloed van negatieve levensgebeurtenissen, bleek het verband tussen een negatieve denkstijl en depressieve klachten geheel te verdwijnen.

CONCLUSIES

Het programma ovk is geen effectieve depressiepreventiemethode voor twaalf- tot zestienjarige jongeren in achterstandswijken. Ook is het programma niet effectief bevonden om bij deze jongeren een negatieve denkstijl naar een meer positieve denkstijl om te zetten. Het is daarom af te raden om ovk in de huidige vorm te implementeren in het regulier voortgezet onderwijs bij jongeren zonder verhoogd risico op depressieve klachten.

Uit eerder onderzoek is bekend dat preventieprogramma's een groter effect hebben als er reeds sprake is van verhoogde klachten (Horowitz & Garber, 2006; Muñoz et al., 2010). ovk is in eerder onderzoek effectief bevonden als een

FIGUUR 2. 'CROSS-LAGGED' STRUCTUREEL MODEL VAN DEPRESSIEVE SYMPTOMEN EN EEN NEGATIEVE DENKSTIJL



NB: Het model geeft gestandaardiseerde parameters weer. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ Dep = depressieve symptomen, NC = negatieve denkstijl, PP = ouderlijke psychopathologie, IM = Immigratie status, Con = studie conditie. RMSEA = .052, CFI = .90, Chi-square = 1562.5 (df = 68; $p = .000$)

Als je je opgewekter voelt, ben je ook beter in staat sociale contacten aan te gaan

groepsgewijs aanbod bij adolescente meisjes met verhoogde depressieve klachten (Wijnhoven et al., 2014). Jongeren aanleren hun negatieve denkstijl aan te pakken kan dus wel effectief zijn als zij last hebben van depressieve klachten, maar het heeft geen preventief effect in een populatie zonder verhoogde klachten.

De mate van depressieve klachten van de onderzochte doelgroep (jongeren uit achterstandswijken) was niet hoger of lager dan de mate van klachten van een gemiddelde groep adolescenten. We kunnen in het huidige onderzoek daarom niet spreken van een kwetsbare doelgroep als het gaat om gevoeligheid voor depressie, ondanks dat dit vooraf wel de verwachting was. Het uitblijven van het effect van ovk is dan ook niet te generaliseren naar selectieve doelgroepen waarin jongeren wel een verhoogd risico op depressieve klachten hebben. Zo zijn er aanwijzingen dat ovk wel een preventief effect heeft bij de selectieve doelgroep van jongeren van ouders met psychische klachten. Verder onderzoek bij die doelgroep zal dus nuttig zijn.

Onderzoekers uit Australië (Pattison & Lynd-Stevenson, 2001; Quayle et al., 2001; Roberts et al., 2003) en uit het Verenigd Koninkrijk (Challen, Machin & Gillham, 2014) hebben ook wisselend succes met op het Penn Resiliency Program gebaseerde universele depressiepreventieprogramma's. In de VS heeft het PRP-programma evenmin in alle onderzoeken een even groot effect (Brunwasser et al., 2009). Het blijft gissen wanneer het programma het meest succesvol is. Verklaringen kunnen liggen in verschillen in kenmerken van het programma zoals aantal sessies, maar ook in kenmerken van de doelgroep, groepssamenstelling, groepsleiders of cultuur van het land (zie ook Stice et al., 2010). De onderzoeksgroepen bij de PRP-onderzoeken waren bijvoorbeeld vaak kleiner (maximaal veertien personen in plaats van een hele klas) en bestonden uit jongeren die vrijwillig meededen (Jaycox et al., 1994; Gillham, Hamilton & Freres et al., 2006; Gillham, Reivich, Seligman et al., 2007). Als gevolg daarvan kunnen de groepssfeer en motivatie van de jongeren in de PRP-onderzoeken dus anders geweest zijn

dan in het huidige onderzoek en voor meer effect hebben gezorgd.

WAT IS HET WERKINGSMECHANISME? Het ovk-programma is gebaseerd op de aanname dat de ontwikkeling van een negatieve denkstijl voorafgaat aan de ontwikkeling van depressieve klachten, zoals verondersteld in de hopeloosheidstheorie van Abramson et al. (1989). Deze aanname werd echter niet bevestigd met vier metingen over twee jaar tijd. De negatieve denkstijl bleek niet voorspellend voor depressieve klachten, het voorspellend verband bestond juist in de omgekeerde richting (depressieve klachten voorspelden de negatieve denkstijl). Weliswaar bleek er helemaal geen voorspellend verband te bestaan als rekening werd gehouden met de meegemaakte negatieve levensgebeurtenissen van de jongeren. Ondanks dat depressiepreventieprogramma's vaak de cognitieve gedragstherapeutische principes als onderliggend mechanisme hebben, is het dus de vraag of deze principes, en specifiek het herstructureren van een negatieve denkstijl, een bruikbare basis is voor depressiepreventie bij jonge adolescenten met weinig depressieve symptomen. Verder onderzoek is nodig om daartoe eenduidige conclusies te trekken.

BESLUIT

Het huidige onderzoek naar de effectiviteit van *Op Volle Kracht* staat niet op zichzelf en moet gezien worden in het geheel van onderzoeken naar dit programma en naar cognitief-gedragstherapeutische depressiepreventieprogramma's in het algemeen. Zowel ander Nederlands onderzoek naar *Op Volle Kracht* in de algemene populatie jongeren (Tak et al., 2015) en in geïndiceerde vorm (Wijnhoven et al., 2014) als internationaal onderzoek naar cognitief gedragstherapeutische depressiepreventieprogramma's (zie meta-analyses Merry et al., 2012; Stice et al., 2009) geven aanwijzingen dat preventieprogramma's vooral effectief zijn bij jongeren die een verhoogde kans hebben om depressie te ontwikkelen, of bij jongeren die al enige kenmerken van depressie vertonen. Welke specifieke componenten van depressiepreventieprogramma's bij welke jongeren werkzaam zijn is tot dusver alleen nog niet duidelijk (Stice et al., 2009) en moet dus nog verder onderzocht worden.

Inmiddels zijn er in Australië en Canada programma's die voor een gefaseerde benadering kiezen, waarvan de eerste ervaringen positief zijn (Silverstone et al., 2015; Wyn et al., 2000). In een dergelijke benadering is de eerste stap gericht op het bevorderen van een ondersteunend schoolklimaat, het

opleiden van docenten in het herkennen van depressieve klachten en lessen aan de jongeren over mentale gezondheid en de kenmerken van depressie. In een volgende stap vindt er screening plaats naar welke jongeren verhoogde klachten hebben. Die subgroep kan groepsgewijs een preventieprogramma op basis van cognitief gedragstherapeutische principes krijgen.

Behalve een gefaseerde aanpak alvorens een programma gebaseerd op cognitieve gedragstherapie aan te bieden, kan ook nader gekeken worden naar andere methodieken. Gezien de bevindingen van het huidige onderzoek kunnen depressiepreventieprogramma's wellicht beter gericht worden op het aanleren van vaardigheden om negatieve afhankelijke levensgebeurtenissen te voorkomen, op te lossen of daar anders mee om te gaan. Hierbij kan gedacht worden aan sociale vaardigheidstrainingen, interventies op de sfeer in een klas of op conflicten in de thuissituatie.

Depressiepreventie bij jongeren blijft een belangrijk thema. Minister Schippers van Volksgezondheid Welzijn en Sport stelde in januari 2016 extra geld beschikbaar om de ontwikkeling van depressie bij tieners op de wetenschapsagenda te zetten. Zij pleit ervoor meer onderzoek te doen naar preventie en vroege signalering, zodat er sneller ingegrepen kan worden, zorg op maat geboden kan worden en erger voorkomen kan worden.

Summary

BLOW AWAY THE BLUES: THE DEVELOPMENT AND PREVENTION OF DEPRESSIVE SYMPTOMS AND NEGATIVE COGNITIONS IN YOUNG ADOLESCENTS

K. KINDT

Depression is an important public health concern and the number of teenagers with depressive symptoms increases strongly during adolescence. The depression prevention program Op Volle Kracht (ovk) aims to reduce depressive symptoms in adolescents by teaching skills to refrain from negative thinking about daily hassles. The effect of the school-program was studied among 1343 adolescents aged 11 to 16 years from low-income areas in the Netherlands using a RCT-design. Although the ovk-program did not affect the amount of depressive symptoms of the total group, adolescents with parents with psychopathology did seem to profit from the program. This is in line with previous research showing that depression prevention is particularly effective for specific risk-groups such as adolescents who already have elevated depressive symptoms. Further, contrary to what we expected, the findings revealed that a negative thinking style did not predict the amount of depressive symptoms. The results should be used to develop future depression prevention programs.

OVER DE AUTEUR

Dr. Karlijn Kindt is als gz-psycholoog verbonden aan het Elisabeth-TweeSteden ziekenhuis te Tilburg, afdeling Elisabeth, Hilvarenbeekseweg 60, 5022 GC, Tilburg. E-mail: kcmkindt@gmail.com. Onderhavig artikel is gebaseerd op haar proefschrift (Kindt, 2016) dat zij op 20 mei 2016 met succes heeft verdedigd aan de Radboud Universiteit Nijmegen.

Literatuur

- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. & Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- Auerbach, R.P., Bigda-Peyton, J.S., Eberhart, N.K., Webb, C.A. & Ho, M.H. (2011). Conceptualizing the prospective relationship between social support, stress, and depressive symptoms among adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 475-487.
- Bertha, E.A. & Balazs, J. (2013). Subthreshold depression in adolescence: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22, 589-603.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., Kaufman, J. et al. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1439.
- Brunwasser, S.M., Gillham, J.E. & Kim, E.S. (2009). A meta-analytic review of the Penn Resiliency Program's effect on depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 1042-1054.
- Challen, A.R., Machin, S.J. & Gillham, J.E. (2014). The UK Resilience Programme: A school-based universal nonrandomized pragmatic controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 75-89.
- De Looze, M., Van Dorsselaer, S., De Roos, S., Verdurmen, J., Stevens, G. et al. (2014). *Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland : HBSC-2013: Health Behavior in School-aged Children*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Duncan, T.E., Duncan, S.C. & Strycker, L.A. *An introduction to latent variable growth curve modeling: Concepts, issues, and applications*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2006.
- Evans, E., Hawton, K. & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 24, 957-979.
- Evers, A., Braak, M.S.L., Frima, R.M. & van Vliet-Mulder, J.C. (2009-2011). *COTAN Documentatie*. [COTAN documentation]. Amsterdam: Boom test uitgevers.

>>

- Fergusson, D. M. & Woodward, L. J. (2002). Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, 59, 225-231.
- Gezondheidsenquête 2013, Centraal Bureau Statistiek. Opgehaald van: <http://www.nji.nl/nl/Depressie-Probleemschets-Cijfers-Cijfers-over-angst-en-stemmingsproblemen> (augustus 2015).
- Gillham, J. E., Hamilton, J., Freres, D. R., Patton, K. & Gallop, R. (2006). Preventing depression among early adolescents in the primary care setting: A randomized controlled study of the Penn Resiliency Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 195-211.
- Gillham, J. E., Reivich, K. J., Freres, D. R., Chaplin, T. M., Shatté, A. J. et al. (2007). School-based prevention of depressive symptoms: A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the Penn Resiliency Program.
- Glied, S. & Pine, D. S. (2002). Consequences and correlates of adolescent depression. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156, 1009-1014.
- Gotlib, I. H. & Krasnoperova, E. (1998). Biased information processing as a vulnerability factor for depression. *Behavior Therapy*, 29, 603-617.
- Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2002). Measuring cognitive vulnerability to depression in adolescence: Reliability, validity, and gender differences. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 491-504.
- Horowitz, J. L. & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 401-415.
- Jaycox, L. H., Reivich, K. J., Gillham, J. & Seligman, M. E. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 801-816.
- Kindt, K. C. M. (2016). *Blow away the blues: The development and prevention of depressive symptoms and negative cognitions in young adolescents*. Academisch proefschrift, Radboud Universiteit Nijmegen.
- Kovacs, M. (1984). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 995-998.
- Merry, S. N., Hetrick, S. E., Cox, G. R., Brudevold-Iversen, T., Bir, J. J. & McDowell, H. (2012). Cochrane Review: Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 7, 1409-1685.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2006). Kiezen voor gezond leven 2007-2010 [Choose healthy living 2007-2010]. Den Haag: Ministerie van VWS. Opgehaald van: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/brochures/2007/01/31/preventienotatie-kiezen-voor-gezond-leven.html>
- Muñoz, R. F., Cuijpers, P., Smit, F., Barrera, A. Z. & Leykin, Y. (2010). Prevention of major depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 181-212.
- Muthén, L. K. & Muthén, B. O. (2007). *Mplus user's guide* (5th edition.). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Patton, G. C., Coffey, C., Posterino, M., Carlin, J. B. & Bowes, G. (2003). Life events and early onset depression: Cause or consequence? *Psychological Medicine*, 33, 1203-1210.
- Pattison, C. & Lynd-Stevenson, R. M. (2001). The prevention of depressive symptoms in children: The immediate and long-term outcomes of a school based program. *Behaviour Change*, 18, 92-102.
- Quayle, D., Dziurawiec, S., Roberts, C., Kane, R. & Ebsworthy, G. (2001). The effect of an optimism and lifeskills program on depressive symptoms in preadolescence. *Behaviour Change*, 18, 194-203.
- Roberts, C., Kane, R., Thomson, H., Bishop, B. & Hart, B. (2003). The prevention of depressive symptoms in rural school children: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 622-628.
- Rudolph, K. D., & Hammen, C. (1999). Age and gender as determinants of stress exposure, generation, and reactions in youngsters: A transactional perspective. *Child Development*, 70, 660-677.
- Rudolph, K. D., Hammen, C., Burge, D., Lindberg, N., Herzberg, D. & Daley, S. E. (2000). Toward an interpersonal life-stress model of depression: The developmental context of stress generation. *Development and Psychopathology*, 12, 215-234.
- Smit, F., Cuijpers, P., Oostenbrink, J., Batelaan, N., De Graaf, R. & Beekman, A. (2006). Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9, 193-200.
- Silverstone, P. H., Bercov, M., Suen, V. Y., Allen, A., Cribben, I. et al. (2015). Initial findings from a novel school-based program, EMPATHY, which may help reduce depression and suicidality in youth. *Plos One*, 10, e0125527.
- Stice, E., Rohde, P., Seeley, J. R. & Gau, J. M. (2010). Testing mediators of intervention effects in randomized controlled trials: An evaluation of three depression prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 273-280.
- Schippers (2016). Schippers: onderzoek naar depressiviteit jonge vrouwen en tieners Nieuwsbericht Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Retrieved from <https://www.rijksoverheid.nl/regering/inhoud/bewindspersonen/edith-schippers/nieuws/2016/01/25/schippers-onderzoek-naar-depressiviteit-jonge-vrouwen-en-tieners>
- Tak, Y. R., Lichtwarck-Aschoff, A., Gillham, J. E., Zundert, R. M., & Engels, R. C. M. E. (2015). Universal School-Based Depression Prevention 'Op Volle Kracht': a Longitudinal Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1-13.
- Tak, Y. R., Zundert R. M. van, Kuijpers R. C., Vlokhoven B. S. van, Rensink H. F. W. & Engels R. C. M. E. (2012). A randomized controlled trial testing the effectiveness of a universal school-based depression prevention program 'Op Volle Kracht' in the Netherlands. *BMC Public Health*, 12, 21.
- Timbremont, B., Braet, C. & Dreesen, L. (2004). Assessing depression in youth: relation between the children's depression inventory and a structured interview. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 149-157.
- Timbremont, B., Braet, C. & Roelofs, J. (2008). *Children's Depression Inventory: Handleiding [Children's Depression Inventory: Manual]*. Amsterdam: Pearson.
- Wijnhoven, L. A., Creemers, D. H., Vermulst, A. A., Scholte, R. H. & Engels, R. C. M. E. (2014). Randomized controlled trial testing the effectiveness of a depression prevention program ('Op Volle Kracht') among adolescent girls with elevated depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 217-228.
- Wyn, J., Cahill, H., Holdsworth, R., Rowling, L. & Carson, S. (2000). MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 594-601.



Voorpublicatie

Een beeld van een kind

Door: Willem Koops
Amsterdam: Uitgeverij Boom, 440 p.

De kern van het onderzoek naar de Child's Theory of Mind werd al in 1977 fraai verwoord door Harris die zijn oratie de titel *The child as a psychologist* meegaf. De kinderlijke ToM gaat dus over het kind als psycholoog. Wellmans klassieke boek over kinderlijke ToM uit 1990 maakte duidelijk dat jonge kinderen in principe beschikken over een naïeve psychologische theorie, waarmee ze medemenselijk gedrag kunnen begrijpen, en dat maakt ze tot toegankelijke gesprekspartners. Inmiddels is er een onoverzienbare hoeveelheid onderzoeksliteratuur over kinderlijke ToM verschenen, dat in het recente boek van Wellman (2014) is samengevat. Misschien het meest opzienbarende is het onderzoek met eenjarige kinderen, die al blijken te beschikken over meer dan een rudimentaire ToM. We mogen van harte vaststellen dat het kinderbreintje gevuld is met psychologische kennis, zoals aan de peinzende uitdrukking van het kindje op de cover van Wellmans boek goed te zien is. Ook de baby op het omslag van de wetenschappelijke bestseller van het boek van Gopnik heeft een slimme uitdrukking. Ik citeer de volgende zinnen: 'Vroeger dachten we dat baby's en jonge kinderen irrationeel, egocentrisch en amoreel waren. Hun manier van denken en ervaren was concreet, heel direct en beperkt. Vandaag de dag weten we, door onderzoek van psychologen en neurowetenschappers, dat baby's niet alleen veel meer leren, maar ook meer fantasie hebben en nieuwsgieriger en bewuster van hun omgeving zijn dan wij ooit voor mogelijk hielden. In sommige opzichten zijn jonge kinderen zelfs slimmer, fantasierijker, nieuwsgieriger en zelfs gewetensvoller dan volwassenen' (Gopnik, 2012, p. 13). Het zal duidelijk zijn dat de terugkeer van baby's en kinderen in de volwassen wereld impliceert dat de adolescentie als brug tussen kinderlijkheid en volwassenheid zijn betekenis verliest.

Willem Koops is ontwikkelingspsycholoog en universiteitshoogleraar Grondslagen en Geschiedenis van de Ontwikkelingspsychologie en de Opvoedkunde aan de Universiteit Utrecht. E-mail: w.koops@uu.nl.

ADVERTENTIES

Theorie en praktijk van supervisie in de ggz

Door: Ruud Beunderman, Sjoerd Colijn, Lidwien Geertjens, Fatima van der Maas (2016)
Utrecht, De Tijdstroom, 254 p. € 36,00
Supervisie is een vak apart en een essentieel onderdeel van de opleiding tot o.m. gz-psycholoog en klinisch psycholoog. Dit boek is de opvolger van Supervisie in de GGZ en biedt een verdere verdieping.



Handboek depressieve stoornissen (2e geheel herziene druk)

Door: Aart Schene, Bernard Sabbe, Philip Spinhoven, Eric Ruhé (2016)
Utrecht, De Tijdstroom, 606 p. € 49,00
De nieuwe druk geeft een up-to-date overzicht van zowel de wetenschappelijke als de behandelinhoudelijke kennis en ervaring rond deze veelvoorkomende, invaliderende en maatschappelijke relevante stoornis en sluit aan bij de DSM-5.



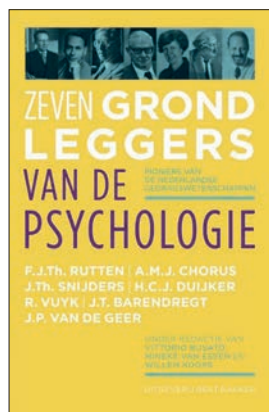
Leerboek ontwikkelingsstoornissen in de levensloop

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.



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



Psychologie in de steigers

Zeven grondleggers van de psychologie: F.J.Th. Rutten, A.M.J. Chorus, J.Th. Snijders, H.C.J. Duijker, R. Vuyk, J.T. Barendregt en J.P. van de Geer

Redactie: Vittorio Busato, Mineke van Essen en Willem Koops (2016)

Amsterdam: Bert Bakker, 342 p.

Recensent: Karel Soudijn

Dit boek is het vijfde en laatste in een reeks over pioniers van de Nederlandse gedragswetenschappen. Twee van de nu geportretteerden waren aan hun universiteit de eerste hoogleraar Psychologie: Rutten (benoemd in 1931) in Nijmegen en Chorus (1947) in Leiden. Eind jaren veertig van de vorige eeuw werd Snijders in Groningen benoemd, terwijl Duijker hoogleraar werd aan de Gemeente Universiteit te Amsterdam (de tegenwoordige UvA). Begin jaren zestig begonnen Vuyk en Barendregt hun hoogleraarschap in Amsterdam; Van de Geer kreeg in die tijd een leerstoel in Leiden.

Tot aan de Tweede Wereldoorlog studeerden ongeveer vijftig personen in Nederland af in de wijsbegeerte met psychologie als hoofdrichting. Psychologie werd na de oorlog een zelfstandige studierichting waar veel studenten op afkwamen. De echte groei kwam op gang toen de generatie van de naoorlogse geboortegolf ging studeren. In de jaren zestig werd psychologie snel echt populair. Dankzij die groei kregen de pioniers uit dit boek de mogelijkheid om hun vak uit te bouwen, maar tegelijkertijd kregen zij te maken met vraagstukken van massaliteit.

ZORGEN

Hubert Duijker, bijvoorbeeld, maakte zich niet zo druk om studentenaantallen; voor hem vormde vooral versnippering het schrikbeeld. Als al die afgestudeerden straks hun eigen opvattingen over psychologie in praktijk brengen, kunnen we dan nog wel over een echt vak spreken? Bij John van de Geer zien we

heel andere zorgen: als er op de universiteit veel geld aan onderwijs wordt besteed, dan blijft er te weinig over voor onderzoek. Fundamenteel onderzoek kan daarom beter elders plaatsvinden. Ruimte vond Van de Geer in het Instituut voor Zintuigfysiologie te Soesterberg. In het hoofdstuk over Van de Geer wordt opgemerkt 'dat de hele naoorlogse Nederlandse experimentele psychologie in Soesterberg tot leven is gekomen'. Hier kon bovendien goed worden samengewerkt met experts uit andere disciplines. Van de Geer leek zich, in tegenstelling tot Duijker, totaal geen zorgen te maken om de eenheid van de psychologie. Als methodoloog ontwikkelde hij datamodellen die de psychologie juist moesten overstijgen.

Rita Vuyk, de enige vrouwelijke pionier in dit boek, reageerde weer heel anders op groei. Als hoogleraar Ontwikkelingspsychologie hield zij jarenlang haar studenten kort. Ze was ook moeilijk te benaderen. Totdat door een wetswijziging de universiteit werd gedemocratiseerd. Toen keken haar collega's haar kwaad aan, omdat ze zo aardig voor studenten was en hen zoveel ruimte gaf. Eigenlijk kwam Vuyk pas ná haar emeritaat op dreef. Als gepensioneerde schreef ze een tweedelig meesterwerk over Jean Piaget.

Nog een voorbeeld. De Amsterdamse hoogleraar Persoonlijkhedsleer Johan Barendregt bedacht een ingenieuze oplossing voor de massa's studenten die bij hem wilden leren hoe je therapeut kon worden. Hij concentreerde al het onderzoek en onderwijs op fobische patiënten. In het fobieënproject leerden

Als gepensioneerde schreef Rita Vuyk een tweedelig meesterwerk over Jean Piaget

studenten hoe je gedragstherapie (en later ook andere vormen van behandeling) kon toepassen. In ruil hiervoor moesten de patiënten bereid zijn om als proefpersoon te dienen. In het onderzoek werd 'de fobie' vanuit talrijke invalshoeken bestudeerd. Helaas riep de oplossing van het massaliteitsvraagstuk weer een nieuw probleem van overmaat op. Het bleek onmogelijk om de grote variatie aan onderzoeksuitkomsten te integreren tot een overzichtelijk geheel.

Op het eind van zijn leven kon Barendregt eigenlijk alleen nog maar in essayistische, metaforische termen over fobici schrijven. Hij stierf in 1982. Barendregt heeft als psycholoog altijd het gevoel gehad dat hij klem zat. Aan de ene kant wilde hij recht doen aan harde methodologische eisen, maar aan de andere kant wilde hij mensen niet reduceren tot een verzameling keurig samenhangende variabelen. De oplossing van Duijker ziet er op papier heel simpel uit: kies tijdelijk een beperkte invalshoek. Voeg vervolgens de uitkomsten van verschillende reducties samen tot een groter geheel. Barendregts fobieënproject is te beschouwen als een poging om dit in praktijk te brengen, maar de synthese mislukte grandioos.

ROMANS

De oudere geleerden Theo Rutten en Alfons Chorus lijken psychologie meer te hebben opgevat als een vorm van algemene ontwikkeling dan als een duidelijke wetenschap. Rutten vond dat studenten in elk geval een flink aantal literaire werken gelezen moesten hebben. Experimenten kunnen wel de samenhang tussen variabelen verduidelijken, maar die kennis moet toch minstens met een aantal klassieke romans worden aangevuld. Verder kunnen simpele observaties van mensen heel bruikbaar zijn om hun routinehandelingen te verbeteren. Het vak kan op deze manier ook vanuit de praktijk worden ontwikkeld.

Chorus, student van Rutten, legde eveneens het accent op maatschappelijke vraagstukken. Tests zijn bruikbaar om bepaalde kenmerken van mensen naar voren te halen, maar individuen moeten vooral bekeken worden als een ondeelbaar geheel. Observatie van persoonlijke eigenschappen blijft belangrijk. Overigens deinsde Chorus er niet voor terug om op basis van een beperkt aantal observaties een hele cultuurbeschouwing ten beste te geven. Gelukkig voor de Leidse psychologie liet hij zijn medewerkers de vrije hand om het vak uit te bouwen in richtingen waar hij zichzelf minder bij thuis voelde.

En Jan Snijders? Deze Groningse hoogleraar studeerde in Nijmegen bij Rutten. In dit boek wordt hij gekarakteriseerd als iemand die zich liet leiden door het principe van synthese: 'Zo zocht hij bij het aantrekken van wetenschappelijk personeel naar overbrugging van de hoofdtegenstellingen die het vak verdeeld hielden.' Andere hoogleraren en stafleden haalde hij opzettelijk uit verschillende hoeken: 'Dat leidde incidenteel wel tot spanningen, maar hij wist zelf steeds het goede midden te vinden. Daarnaast zocht hij naar een verbinding tussen theorie en praktijk.'

Rutten werd in 1899 geboren; Van de Geer overleed in 2008. De zeven korte biografieën gaan over afgeronde levens. De hoofdpersonen uit dit boek worstelden met hardnekkige vraagstukken. Hoe exact kan psychologie eigenlijk zijn? Wat is de relatie tussen theorie en praktijk? In hoeverre kunnen psychologen op elkaars werk voortbouwen? Is psychologie méér dan een vorm van cultuurbeschouwing? Zouden we betere psychologen worden als we wat meer romans hadden gelezen (of geschreven)?

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



Diederiks depressie

Zuchten

Door Diederik Stapel

Nederhorst ten Berg: Uitgeverij Lucht, 179 p.

Recensent: Karel Soudijn

In 2011 kwam aan het licht dat Diederik Stapel op grote schaal fraude pleegde. Hij verzon talrijke onderzoeksgegevens, terwijl hij deed alsof ze afkomstig waren uit vragenlijsten die andere mensen hadden ingevuld. De Tilburgse universiteit ontsloeg hem op staande voet als hoogleraar Sociale Psychologie. Een jaar later publiceerde Stapel een autobiografie, *Ontsporing*, waarin hij trachtte zijn wetenschapsfraude te duiden. Dat boek kreeg onlangs met *Zuchten* een vervolg. Nu beschrijft Stapel de zware depressie waarin hij verviel nadat hij zich realiseerde dat hij zijn leven 'voor een groot deel had ingericht rond een droevige verzameling zeepbellen, luchtkastelen en illusies' (p. 11).

Het verhaal kreeg de vorm van een drieluik. In het eerste deel komt Stapel nauwelijks tot iets. Zijn echtgenote gaat naar haar werk; de beide dochters gaan naar school. Hij wordt geacht om enkele huishoudelijke taken te vervullen, maar alles is hem teveel. Wanhoop overheerst. In het tweede deel van het boek staan allerlei technieken en hulpmiddelen om er weer bovenop te komen, maar die bieden slechts heel even verlichting. Wat bij Stapel wel lijkt te werken is: schrijven. Het derde deel is een zoektocht naar de zin van het bestaan. Die vindt hij nergens, maar de nadruk komt nu te liggen op relaties met anderen. Aan het eind van zijn boek bespreekt Stapel talrijke bronnen die hij tijdens het schrijven gebruikte. Hij ploegt de psychologie door, maar ons vak heeft hem nog maar weinig te bieden.

De drie delen sluiten slecht op elkaar aan. In deel

één is bijna alles te zwaar en te moeilijk voor Stapel, maar het tweede deel suggereert dat hij heel actief bezig was om in zijn eigen boekenkast te zoeken naar literatuur die hem er bovenop zou kunnen helpen. Hij trekt zich terug, maar gaat er ook telkens op uit. Het verloop van zijn eigen depressie komt niet goed uit de verf. Het is onduidelijk hoe kort of lang de fase duurde die in het eerste deel beschreven staat. Waarschijnlijk was het ergste al na een paar maanden voorbij, want anders is onbegrijpelijk dat Stapel zo kort na zijn val het boek *Ontsporing* kon schrijven.

Zuchten krijgt een onsympathieke trek als Stapel in zijn derde deel aangeeft hoe belangrijk anderen zijn. Inderdaad: anderen blijken zich ook na het fraude-schandaal nog om hem te bekommeren, maar Diederik bekommert zich nauwelijks om hen. Voor zijn kinderen heeft hij in dit boek wel aandacht, ook een beetje voor zijn vrouw en zijn ouders, maar voor het overige is het eenrichtingsverkeer. De wetenschapsfraude wordt in het voorwoord afgedaan met een verwijzing naar zijn boek uit 2012.

Voor de rest lijkt hij helemaal niet meer na te denken over de ellende waarin hij bijvoorbeeld een flink aantal promovendi heeft gestort. Nooit piekert hij in dit boek over de vraag of hij nu nog iets kan doen om in het reine te komen met de slachtoffers van zijn malversaties. Anderen zijn er voor hem en niet omgekeerd.

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

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

EIGENWIJZE PSYCHOLOGIE

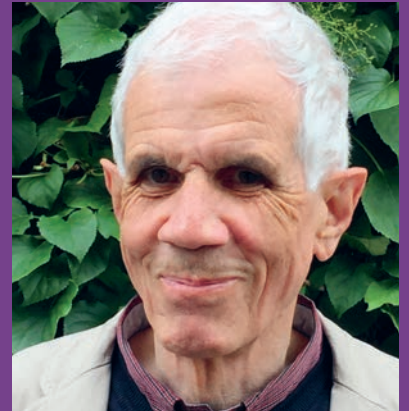
In 1959 maakte prof. dr. H.C.J. Duijker zich zorgen. Met nadruk stelde hij: 'Of er is één psychologie, of er is géén'. Bij oppervlakkige beschouwing lijkt hij de wet van de uitgesloten derde in een nieuw jasje te hebben gestoken: iets is A, of niet-A. Die uitspraak is echter pas zinvol als we precies weten wat we met 'A' bedoelen, en dat vormde voor Duijker nu juist het probleem. Te veel psychologen gaven een unieke invulling aan het vak. Eigenlijk moeten we het citaat lezen als een opwekking: *Sla de handen in elkaar! Schouders eronder!*

Om versnippering tegen te gaan, presenteerde Duijker een schema voor onderwijs en onderzoek. Psychologen zouden zich in hun werk altijd bewust moeten zijn van vijf invalshoeken. Mensen veranderen (ontwikkelingsleer), maar ze hebben kenmerken die constant blijven (persoonlijke leer), via de zintuigen verwerken we informatie (functieleer); talrijke factoren beïnvloeden ons doen en laten (gedragsleer). Wie over dit alles iets zinvol wil beweren, moet echter beschikken over adequate vormen van onderzoek (methodenleer).

Duijker bedreef politiek. Er waren volgens hem toch zeker vijf leerstoelen nodig om een volledige opleiding psychologie te verzorgen. Indertijd was dat een onvoorstelbaar groot aantal. Vlak voor zijn dood in 1983 hebben Hendrik Jan Schoo en ik aan Duijker gevraagd wat hij geschreven zou hebben als hij indertijd de groei van het aantal studenten beter had ingeschat. Was in 1959 al een zesde 'leer' denkbaar? Ja, zei hij: dierenleer. Duijker vond de biologische invalshoek belangrijk om mensen te begrijpen.

De indeling in 'leren' gebruikte Duijker ook als middel om zich te verzetten tegen vroegtijdige specialisatie. Elk onderwerp in de psychologie moet van vijf kanten worden bekeken. Tijdelijk ligt het accent misschien wel op één benadering, maar dat mag niet te lang duren. Reductionisme geldt maar voor even. Andere kanten moeten zo snel mogelijk in beeld komen. Psychologen behoren naar kennis te streven waarin invalshoeken steeds zijn geïntegreerd. Tot ver in de jaren zestig mochten psychologiestudenten aan de Universiteit van Amsterdam daarom pas aan hun afstudeeronderzoek beginnen als het onderzoeksplan was goedgekeurd op de Olympus, de wekelijkse lunchvergadering van hoogleraren. Een onderwerp op het terrein van de functieleer behoorde óók bekeken te worden door de hoogleraar ontwikkelingsleer. Pas als zij – net als haar collega's – de zinvolheid ervan inzag, mocht de student aan de slag. Ergens in de tweede helft van de jaren zestig is die Olympische eis losgelaten aan de UvA. Door de massaliteit van het onderwijs konden hoogleraren zich niet meer met alles en iedereen bemoeien.

Duijker schreef in een tijd waarin psychologen hun eigen gang gingen. Tegenwoordig zitten onderwijs, onderzoek en praktijk echter in een keurslijf. Artikelen moeten aan standaards voldoen om gepubliceerd te kunnen worden. Opleidingen zijn uitwisselbaar. En wie in de praktijk werkt, behoort een kerstboom aan registraties op te tuigen. Misschien is het nu weer tijd voor eigenwijze psychologen die zich nergens iets van aantrekken. Het vak is daar stevig genoeg voor. Gooi de grenzen maar open.



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



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

Linda van den Dikkenberg, levensverhalenverzamelaar, oprichter Story Supply.

Juist door kleine en herkenbare details kun je je een leven goed voorstellen

ECHT WAAR

Ik leerde Barbara Schouten kennen op de redactie van de tv-programma's *All you need is love* en *Love is in the air*. We werkten als (eind)redacteur en deden research naar alle verhalen die worden opgestuurd. Het opbellen en doorvragen naar iemands levensverhaal ging me goed af, mensen willen al snel hun verhaal aan me kwijt. En ik wil altijd weten wat mensen beweegt en vraagt door. Als iemand bijvoorbeeld zegt dat hij recruiter is, vraag ik: 'Maar wat doe je dan precies? Hoe ziet je dag eruit? Zit je op kantoor?' Ik moet het beeldend voor mezelf maken, zo'n functieomschrijving zegt me niet zoveel.

In de (levens)verhalen van mensen ben ik op zoek naar dingen die me ontroeren. Dat hoeft niet altijd groot te zijn. Ik interviewde ooit iemand wier ouders waren overleden. We gingen familiefoto's bekijken terwijl ze over haar leven vertelde. Ik werd niet zozeer ontroerd door de verhalen over de grote momenten zoals een trouwerij, maar meer door hoe ze vertelde over de vrijdagavonden dat ze spelletjes deden en hoe moeder dan naar de keuken ging om de frituur aan te zetten. Juist door zulke herkenbare details kun je je hun leven goed voorstellen. Door het werken bij televisie kwamen

Barbara en ik erachter dat we eenzelfde soort nieuwsgierigheid hadden naar verhalen van mensen. We besloten om van onze passie een bedrijf te maken: Story Supply. We verzamelen waargebeurde verhalen van mensen over zichzelf voor allerlei media-uitingen. De verhalen slaan we op in een verhalenbank. Als we een opdracht krijgen kunnen we uit die verhalenbank putten, maar we kunnen ook actief op zoek gaan naar verhalen. We hebben uiteenlopende opdrachtgevers: reclamebureaus die ons inhuren om verhalen te zoeken voor campagnes van banken tot telecombedrijven. Daarnaast krijgen we opdrachten van televisiepro-



FOTO: PETER WALCKX

gramma's tot gemeentes en stichtingen.

Een speciaal project is '180 Amsterdammers', waarin we Amsterdammers aan het woord laten van 180 verschillende nationaliteiten. Een goed verhaal is voor ons een verhaal dat waargebeurd is. En een verhaal van een vluchteling moet niet alleen gaan over de vlucht. Ik vind het ook interessant om te weten hoe het was voor iemand die moest vluchten: hoe was de jeugd? Welke dingen deden ze die ze nu ook nog doen? Hoe was het moment dat een vader of moeder zei dat hij/zij ging vluchten? Wat nam hij mee? Wat dacht hij toen hij in het vliegtuig zat?

ALLES VRAGEN

Een verhaal wordt niet goed als mensen niet echt iets willen geven, als hun antwoorden bijvoorbeeld te kort zijn of als ze het niet concreet kunnen maken. Ik heb vaak de neiging om er iets van mezelf in te gooien. Dat doe ik automatisch, ik doe het zelfs als ik de belastingtelefoon bel.

Ik durf ook wel alles te vragen. Soms voel je dat iemand alleenstaand is, maar is het nog niet aan de orde gekomen. Dan vraag ik het gewoon. Het moet dan wel relevant zijn. En als ik iets moeilijk vind om te vragen, leid ik het omslachtig in. Het is misschien een beetje precair, maar... Dan kun je veel vragen. Niet dat

iemand altijd antwoord geeft trouwens. Ik sprak een man die uit een oorlogsland kwam, hij wilde er niets over kwijt. Dat heb ik zo gelaten, maar dan zet ik wel in het verhaal dat hij er niet over wilde praten. Ook dat is veelzeggend. De enige vraag die ik nooit zou stellen is of iemand zwanger is. Als je het dan mis hebt, is dat heel gênant.

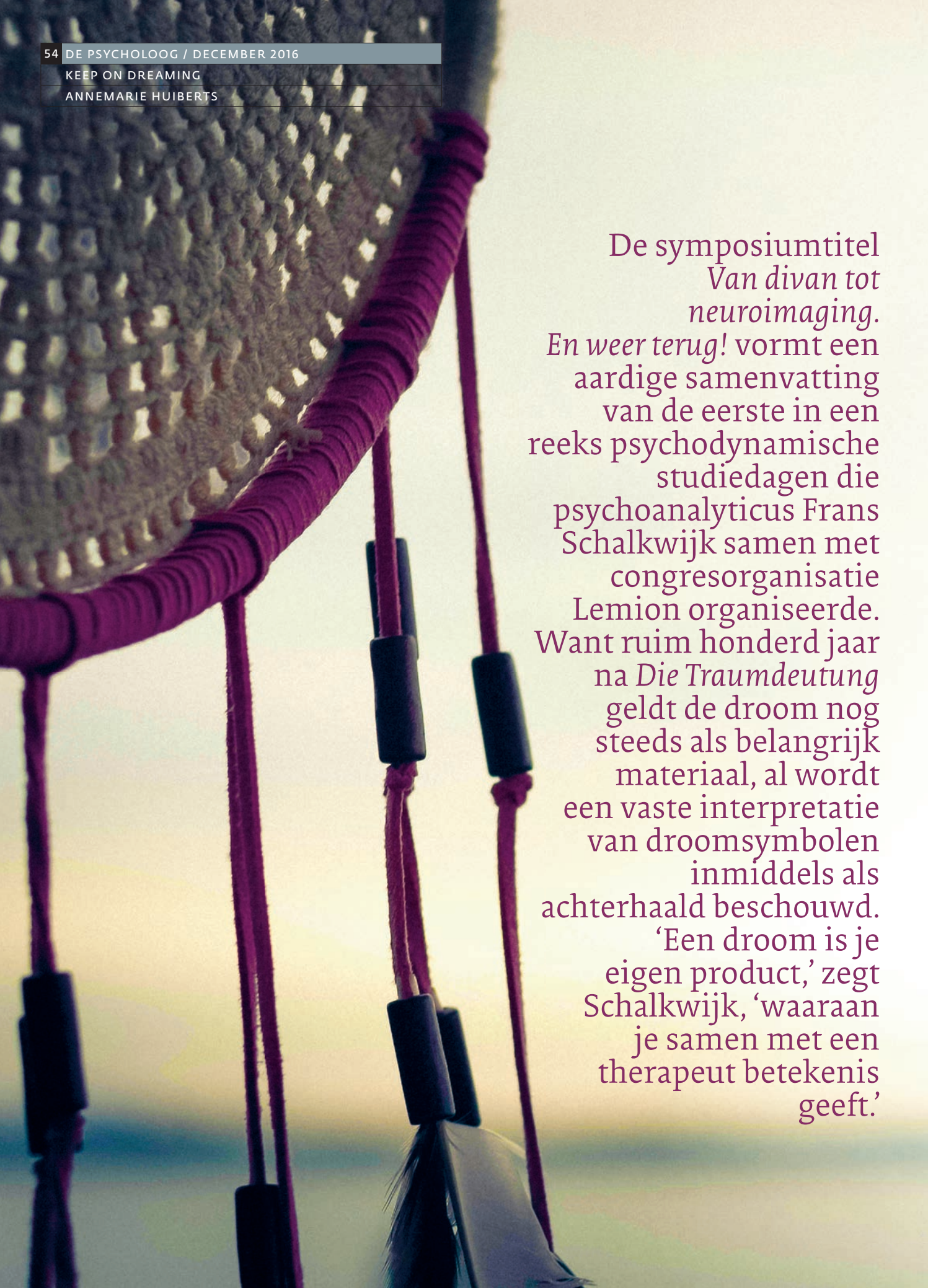
LEVENDIG EN ROND

Wanneer ben ik tevreden met een verhaal? Als ik het zelf zou willen lezen, als het allemaal klopt, als het een rond verhaal is, als ik het gevoel heb dat iemand niets heeft achtergehouden en als het levendig is. En misschien ook wel als mensen zichzelf verrassen.

Bij het resultaat moeten mensen zich wel goed voelen. Soms is een verhaal goed, past het ook bij het doel waarvoor we het nodig hebben, maar dan begin ik toch te twijfelen. Bijvoorbeeld als het doel te commercieel is voor een kwetsbaar verhaal. Zo vertelde iemand me over zijn ziekte. Dat was voor een commerciële opdracht, en achteraf begon ik te twijfelen, het voelde niet goed. Toen ik dat aan hem uitlegde, reageerde hij gelijk met: "Fijn dat je het zegt, ik voelde me er zelf ook niet goed bij." Het is fijn dat mijn onderbuikgevoel mij zelden in de steek laat.

Wat ik nog eens zou willen doen? Niet een hele biografie over iemand schrijven. Ik zou eerder over een onderwerp – onder één noemer, bijvoorbeeld een ziekenhuis of een groot bedrijf – veel verhalen willen verzamelen om zo bijvoorbeeld de geschiedenis van de werkvloer door de jaren heen te laten zien. Een groter project, daarin zou ik me wel willen vastbijten.'

Dit is de laatste aflevering in deze serie.



De symposiumtitel
*Van divan tot
neuroimaging.*
En weer terug! vormt een
aardige samenvatting
van de eerste in een
reeks psychodynamische
studiedagen die
psychoanalyticus Frans
Schalkwijk samen met
congresorganisatie
Lemion organiseerde.
Want ruim honderd jaar
na *Die Traumdeutung*
geldt de droom nog
steeds als belangrijk
materiaal, al wordt
een vaste interpretatie
van droomsymbolen
inmiddels als
achterhaald beschouwd.
'Een droom is je
eigen product,' zegt
Schalkwijk, 'waaraan
je samen met een
therapeut betekenis
geeft.'

BIJEENKOMST

KEEP ON DREAMING

Ruim de helft van de honderd congresbezoekers blijkt wel eens een zweefdroom te hebben gehad. 'Juist vanwege het algemene karakter van deze droom vond Freud hem niet interessant,' vertelt Douwe Draaisma, hoogleraar Geschiedenis van de Psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Hoewel Draaisma makkelijk de hele dag zou kunnen vullen – lees zijn boek *De dromenwever* – beperkt hij zich tot een mooi beknopt verhaal over de wekdroom, een droom die vanwege zijn idiosyncratische en mysterieuze karakter wel Freuds belangstelling had. In een wekdroom wordt vliegenvlug een verhaal geconstrueerd rondom de externe prikkel die iemand wakker maakt. In zijn afscheidsrede in 1930 probeerde Gerbrandus Jelgersma een verklaring te vinden voor de snelheid waarmee deze wekdroom tot stand komt. Hij formuleerde de hypothese dat de verhalen in onze wekdroom niet ter plekke worden verzonnen, maar al klaarliggen in ons onbewuste; wachtend op de wekprikkel om ze binnen te laten. Daarmee is ook het tweede raadsel rondom de wekdroom opgelost. De reden dat wij over kletterend servies en beierende klokken dromen en niet over wekkers, is dat ons onbewuste meestal weinig verhalen met een prominente rol voor wekkers bevat. De neiging van ons brein om de oorzaak voor het gevolg te plaatsen verklaart ten slotte hoe het kan dat de wekdroom eindigt met wat het begin is geweest. 'Let maar op als je een film ziet met veel flashbacks,' tipt Draaisma, 'die onthoud je ook in de juiste chronologische volgorde.'

DROOMFEITJES

Als toegift vertelt Draaisma nog iets over algemene dromen die misschien niet zo veel onthullen over onze individuele, maar wel over onze culturele eigenaardigheden. Schaamte, bijvoorbeeld, wordt op een cultuurspecifieke manier ingevuld. In het westen dromen mensen dat ze opeens naakt over straat lopen; in Afrika waar men gewend is een lendendoek te dragen, dromen mensen dat ze door hun eigen koeien worden opgejaagd. De zweefdroom daarentegen is universeel en bezorgt dromers overal ter wereld een fijn gevoel, in tegenstelling tot de vervelende examendroom die typisch is voor samenlevingen waarin opleiding belangrijker is dan afkomst.

Gemiddeld hebben we zo'n drie tot vijf dromen per nacht, die langer duren naarmate de nacht vordert en die we meestal weer snel vergeten zijn. Psychoanalyticus Marc Hebbrecht, verbonden aan de Katholieke Universiteit Leuven, spijskt onze algemene kennis over dromen nog wat verder bij. Nachtmerries zijn meestal normale, voorbijgaande verschijnselen waarvan vooral kinderen en artistieke mensen last hebben. Alleen wanneer nachtmerries toenemen in frequentie en heftigheid, duidt dat mogelijk op een ziekte, bijvoorbeeld op een psychose. Net als onze meeste andere dromen vindt een nachtmerrie plaats in de REM-fase van onze slaap. Dromen in de REM-fase zijn levendig, bizar en emotioneel intens, terwijl in de meer realistische dromen tijdens de diepe slaap goed herkenbare dagresten opduiken. Dan komt Hebbrecht op een belangrijk punt. Hebben deze bizarre dromen een betekenis of zijn zij het gevolg van toevallige

hersenspatronen? 'Schade aan het diepgelegen motivationele systeem in de hersenen zorgt ervoor dat wij niet meer dromen,' vertelt Hebbrecht, 'hieruit zou je kunnen concluderen dat dromen inderdaad een betekenis hebben. Het zijn, precies zoals Freud al dacht, wensvervullingen. Inmiddels weten we dat mensen bij wie het vermogen tot conceptualiseren en abstractie is aangetast, eveneens minder gaan dromen. Ook hogere hersenfuncties spelen dus een rol.'

Schokkende ervaringen kunnen leiden tot traumatische nachtmerries

FANTASIESPEL ALS DROOM

'Naast aandacht voor de droominhoud en -betekenis, die in dromen van kinderen nog zonder vermommingen verschijnen, komt er binnen de psychoanalyse steeds meer aandacht voor de functie van dromen,' vertelt kinderpsychotherapeut Elke Teuwen. Dromen helpen ons bij het verwerken van emotionele gebeurtenissen, en opvallend genoeg doen zij dat niet alleen 's nachts. Ook overdag zetten wij prikkels en chaotische impulsen om in mentale beelden. Dit vermogen wordt rêverie genoemd en ontwikkelt zich binnen de vroege moeder-kindrelatie. 'In deze vroege fase 'droomt' de moeder het kind en coreuleert zij diens emoties,' zegt Teuwen. 'Naarmate het jonge kind leert om prikkels te integreren en te differentiëren tussen binnen- en buitenwereld, krijgt het geleidelijk een notie van een innerlijke ruimte.'

In haar werk behandelt Teuwen het fantasiespel van het kind als een droom van een volwassene. De mate van integratie en coherentie in het spel vertelt Teuwen iets over de binnenwereld van het kind. Het fantasiespel van Bart, wiens ouders beiden niet goed in staat waren tot het vervullen van hun ouderlijke rol, was aanvankelijk zeer gefragmenteerd. Van Teuwen werd verwacht dat zij alles zonder uitleg begreep, en alle vernederingen zonder protest onderging. Haar zorgvuldig opgebouwde kaplafort werd keer op keer

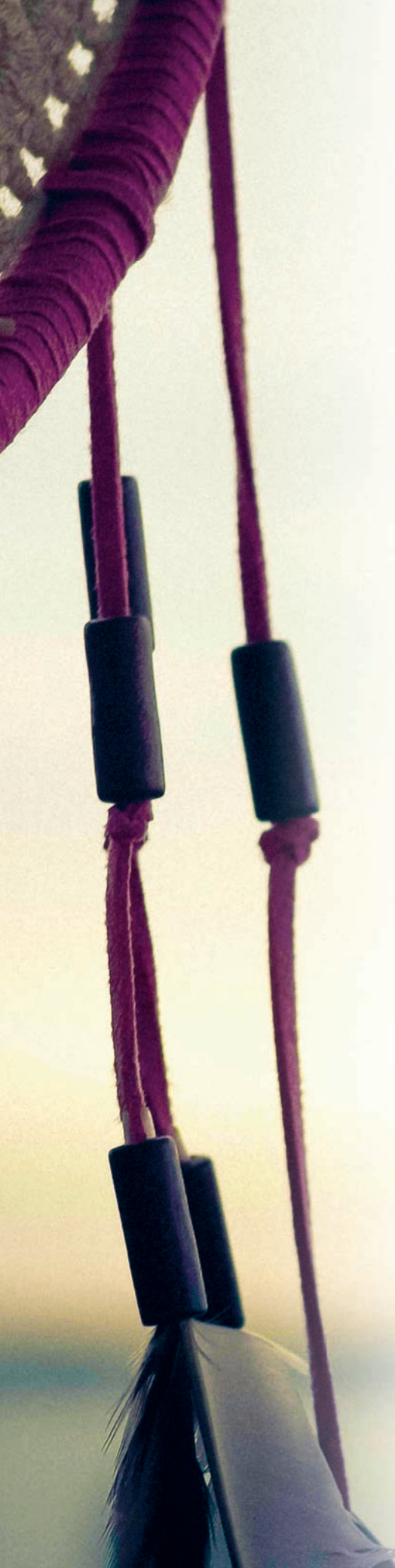
met de grond gelijk gemaakt en haar soldaatjes werden meedogenloos de pan in gehakt. Het kostte Teuwen de nodige moeite om de heftige gevoelens die dit spel bij haar opriep, te verdragen en er iets zachters voor terug te geven: 'Mijn soldaatjes verliezen zo langzamerhand de moed.'

Vergeleken hiermee waren de problemen van het tweejarige neefje van Teuwen, die in zijn dromen werd opgegeten door wolven, een stuk onschuldiger. Teuwen laat een filmpje zien waarin de peuter samen met zijn tante auto's verstoopt voor de dinosaurussen, waardoor hij zijn angst meester wordt. 'Hadden alle jongetjes maar zo'n tante,' reageert na afloop iemand uit de zaal.

TRAUMATISCHE NACHTMERRIES

Schokkende ervaringen kunnen leiden tot terugkerende, traumatische nachtmerries. Of dat gebeurt hangt volgens klinisch psycholoog Daniël Helderman niet alleen af van de ernst van de gebeurtenis. 'Verstoort de gebeurtenis onze impliciete illusies? Rakelt hij oude angsten op? Ook dat zijn belangrijke factoren.' Helderman illustreert dit aan de hand van een casus van een onderofficier met PTSS. Deze onderofficier had zijn moeder op tweejarige leeftijd verloren en had nu alleen nog maar contact met zijn vader, die bezig was zich dood te drinken. Zijn nachtmerries draaiden om een situatie tijdens zijn uitzending waarin hij bang was geweest om geraakt te worden door 'friendly fire'. Dat uitgerekend deze situatie zo'n indruk op de onderofficier maakte, is volgens Helderman niet toevallig. De angst dat juist degenen die hij vertrouwt, hem levensgevaarlijk zullen raken weerspiegelt niet alleen de huidige situatie van de onderofficier met zijn vader, maar ook het vroege verlies van zijn moeder. 'Nachtmerries zijn overgedetermineerd,' stelt Helderman, 'ze staan bol van emotie en ze blijven zich herhalen totdat wij er een samenhangend verhaal van hebben gemaakt.'

Terwijl Helderman samen met zijn cliënten van binnenuit probeert de betekenis van hun nachtmerries te begrijpen, kijkt Victor Spoormaker van het Max Planck Instituut van buitenaf wat er gebeurt in het brein van mensen die in een fMRI-scanner liggen te slapen. 'Tijdens de REM-fase is het diepgelegen emotionele circuit in het brein ontzettend actief,' vertelt Spoormaker, 'net als overdag gebruikt het brein tijdens de REM-slaap zo'n 25 procent van alle lichaams-



energie.' Spoormaker vermoedt dat de hoeveelheid en de kwaliteit van de REM-slaap bepaalt of iemand PTSS ontwikkelt. Uit onderzoek met gezonde vrijwilligers blijkt namelijk dat aangeleerde angsten veel lastiger uitdoven wanneer je mensen steeds wekt tijdens hun REM-slaap. Dat is precies wat er gebeurt bij mensen met PTSS: hun slaap kenmerkt zich door gefragmenteerde en korte periodes van REM-slaap. De hypothese van Spoormaker is dan ook dat tijdens de REM-slaap angstherinneringen worden geïntegreerd in het semantische geheugennetwerk. Medicatie die de natuurlijke REM-slaap herstelt zorgt er meestal voor dat nachtmerries, en daarmee ook de andere symptomen van PTSS, verdwijnen.

DE DROOMGROEP

Tot slot maken we kennis met de *Droomgroepmethode* die in de jaren zestig in New York door Ullman werd ontwikkeld om een innerlijk oog te ontwikkelen voor de betekenis van dromen. In een droomgroep van zes tot twaalf personen brengt ieder beurtelings een droom in, waarna de rest van de groep de eigen associaties bij de droom geeft. Het slotwoord is altijd voor de dromer; vandaag is dat psychoanalytica Minke de Jong. Haar emotioneel intense droom over een zesjarige jongen roept bij de anderen zowel onheilspellende gevoelens op als gelukkige herinneringen aan de eigen jeugd. Op het eind onthult De Jong dat de droom afkomstig is van een mannelijke cliënt die binnenkort vader gaat worden. Hoewel ze zelf de droom aanvankelijk als een droom van hoop had ervaren, bleek in de loop van de analyse het beklemmende gevoel van de droomgroep niet ongegrond. De aanstaande vader was namelijk heel bang dat hij zijn kind zou opzadelen met zijn eigen on vervulde ambities, precies zoals zijn vader dat bij hem had gedaan.

Het symposium eindigt met een warm slotpleidooi van droomgroepvoorzitter Marc Hebbrecht, die onze droomwereld een onmisbare aanvulling op de realiteit noemt: 'Ook overdag is het belangrijk om af en toe te dromen. Dat levert niet alleen mooie kunst op, maar zorgt ook voor toevallige ontdekkingen die de wetenschap enorm vooruithelpen.'

OVER DE AUTEUR

Dr. Annemarie Huiberts is psycholoog en journalist.

E-mail: annemarie_h@live.nl

VRAAG & AANBOD

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

VACATURES

**Gz-psycholoog of
psychotherapeut**
ALKMAAR



VACATURES

**Gz-psycholoog/
Gedragsdeskundige**
NOORD NEDERLAND



VACATURES

(GZ) psycholoog
GRONINGEN

Het Kopland

Psychotherapeut gevraagd
ZALTBOMMEL



GZ Psycholoog-Orthopedagoog
HEEMSTEDE OF HEEMSKERK



PRAKTIJKKRUIMTES

Praktijk ter overname
DORDRECHT



**Uw online advertentie
extra onder de aandacht
brengen?**

Kijk voor meer informatie op
www.psynip.nl bij de rubriek
Vraag en Aanbod

**Uw online advertentie
extra onder de aandacht
brengen?**

Kijk voor meer informatie op
www.psynip.nl bij de rubriek
Vraag en Aanbod

**Uw online advertentie
extra onder de aandacht
brengen?**

Kijk voor meer informatie op
www.psynip.nl bij de rubriek
Vraag en Aanbod

VRAAG & AANBOD

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

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

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

ADVERTEREN IN VRAAG & AANBOD?

Voor meer informatie: www.psynip.nl bij de rubriek Vraag & Aanbod. Hier vindt u het digitale aanvraagformulier om een reservering te maken.
De uitgever van De Psycholoog en het NIP zijn niet aansprakelijk voor de inhoud van deze advertenties. De uitgever behoudt zich het recht voor advertenties te weigeren zonder opgave van redenen.

"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

Nieuwe vakliteratuur bij Boom Psychologie & Psychiatrie



DSM-5: Praktijkboek

Eenvoudige toepassingen
in de klinische praktijk

Het *DSM-5®: Praktijkboek* is de ideale gebruikershandleiding voor de drukke hulpverlener die houvast zoekt bij de toepassing van het *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen* (DSM-5). Het bevat achtergronden over de structuur en de reorganisatie van de DSM-5, en geeft toelichtingen op de classificatiecriteria van de meest voorkomende stoornissen.

9789089536280
584 pp. | € 69,95

VERWACHT: DSM-5® Online

- ✓ Bevat de complete inhoud van alle DSM-5-uitgaven
- ✓ Snel informatie opzoeken voor EPD en declaraties
- ✓ Volledig doorzoekbare online kennisbank

DSM-5® Online



Lees meer op www.dsm-5-nl.org