

DE PSY- CHO- LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN
JAARGANG 52 • NR 3 • MAART 2017

OPTIMISME VERSTERKT MENTALE GEZONDHEID: HET 'JA' ZOEKEN EN VINDEN • OP VOLLE KRACHT: RESULTATEN
UNIVERSELE DEPRESSIEPREVENTIE VOOR ADOLESCENTEN IN NEDERLAND • OEFENEN MET TAART: FAIRBURNS
EETSTOORNISSENTHERAPIE BIJ NOVARUM • OUDERENPSYCHOLOGEN AAN HET WERK: VAN CURE NAAR CARE •
INSPIRATIE: PETRA POPPES • JUNIOR: GHISLAINE REGOUT • COLUMN DENNY BORSBOOM: EPICURUS' EVENWICHT

EENS PSYCHOLOOG, ALTIJD PSYCHOLOOG...



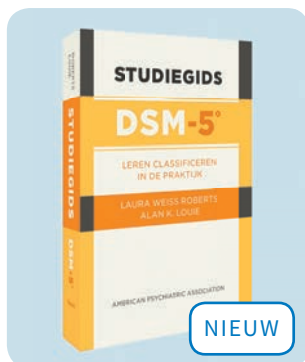
Nieuwe psychologieboeken bij Boom



DSM-5 Online

Leer sneller werken met de DSM-5 en raadpleeg efficiënt classificaties, achtergronden en ICD-codes. Ga nu naar: www.dsm5online.nl

v.a. € 59,95 per jaar



DSM-5 Studiegids

Leer de classificatiecriteria van de DSM-5 vertalen naar de beleving van patiënten.

ISBN 9789089537737 | € 79,95



Handboek emotionele ontwikkeling & verstandelijke beperking

Een actueel overzicht op het gebied van wetenschappelijk onderzoek alsmede de all-daagse praktijk.

ISBN 9789058755070 | € 39,95



Zelfonthulling

Dit boek zet u aan het denken over hoe het contact tussen patiënt en hulpverlener zou moeten verlopen.

ISBN 9789058757999 | € 16,95

Boompsychologie
& psychiatrie

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



Aanbevolen
door het



Nederlands Instituut van Psychologen **NIP**

Wie staat u terzijde als uw cliënt een klacht indient?

Sinds 1 januari geldt de Wkkgz, de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Uw cliënten kunnen daardoor makkelijker een klacht tegen u indienen, met mogelijk claims tot gevolg.

Voor u betekent dat extra risico's. Daarom heeft Aon de NIP Beroeps- en Bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering verder verbeterd. Deze biedt nu ook een optimale Wkkgz-dekking. En dat alles zonder premietoeslag.

Sluit u ook de Rechtsbijstandsverzekering met beroepsdekking af, dan bent u compleet verzekerd. Tegen een prijs waar niemand over kan klagen: de premie daarvoor is lager dan één uur advocaatkosten.

Beroeps- en bedrijfsaansprakelijkheidsverzekering:

- Dekking extra Wkkgz-risico's zonder premietoeslag.
- Beschermt tegen claims van materiële, letsel- en financiële schade.
- Vergoedt tot €25.000,- per geschil.

Rechtsbijstandsverzekering:

- Inclusief tuchtrechtdekking.
- Beschermt tegen Arbeids- en Bestuursrechtelijke procedures.
- Juridische hulp door DAS wordt onbeperkt vergoed.
- Externe Juridische hulp wordt maximaal tot €5.000 vergoed.

NIP-Leden krijgen 20% premiekorting op onze verzekeringen!



Regel het vandaag nog op nipverzekeringen.nl. Dan staat u er niet alleen voor.

- 10 OPTIMISME VERSTERKT MENTALE GEZONDHEID** – Sommige mensen zien overal beren op de weg terwijl anderen in iedere situatie wel iets positiefs opmerken. Een optimistische blik lijkt een bijdrage te leveren aan een goede mentale gezondheid. Lilian Jans-Beken en collega's doen in dit artikel verslag van een eigen longitudinale studie naar de bijdrage van optimisme aan de mentale gezondheid van mensen.
- 22 OEFENEN MET TAART** – Novarum, kliniek voor eetstoornissen, stapte in 2015 over op een nieuwe therapie, gebaseerd op het gedachtegoed van de Engelse psychiater Christopher Fairburn, en behaalt er goede resultaten mee. Aan het woord Fairburn zelf, een cliënte en de directeur behandelen zaken over de nieuwe aanpak. 'Dat meisje had eetproblemen maar was niet dun, dat kón helemaal niet!'
- 34 OP VOLLE KRACHT** – Het programma Op Volle Kracht (OVK), aangeboden als universele of selectieve depressiepreventie voor adolescenten in Nederland, is niet effectief in het voorkomen van depressieve symptomen of in het bevorderen van weerbaarheid. Yuli Tak, Anna Lichtwarck-Aschoff en Rutger Engels bespreken implicaties van deze resultaten en suggesties voor vervolgonderzoek in het licht van recente bevindingen dat geïndiceerde depressiepreventie – inclusief OVK – effectief kan zijn.

Laat uw stem horen! Word voorzitter van de sectie GGZ

De sectie GGZ van het NIP zoekt per half april een enthousiaste kandidaat voor de functie van

VOORZITTER SECTIE GGZ

Over de sectie GGZ

Veel psychologen zijn werkzaam in de GGZ. Deze psychologen bundelen hun krachten in de grootste sectie van het NIP, de sectie GGZ met ruim 3500 leden. De sectie GGZ maakt samen met zeven andere secties deel uit van de sector Gezondheidszorg van het NIP. Gezamenlijk werken de secties aan zaken als de positie van de psycholoog, kwaliteitsbeleid, opleidingsbeleid, en het verbeteren van de financiering van de psychologische zorg. Daarnaast zijn er actuele thema's die aandacht vragen. Elke sectie heeft een eigen bestuur, werkwijze en speerpunten. Voor meer informatie over de sectie GGZ: kijk in [onze folder](#) op de website via www.psynip.nl/ggz

Taken:

- Initiëren van beleidsplan en activiteiten van de sectie.
- Voorzitten van sectie GGZ bestuursvergadering (6-8x per jaar).
- De sectievoorzitter is tevens bestuurslid van sector G dat 5-6x per jaar bijeenkomt.
- De sectievoorzitter vertegenwoordigt de sectie in brede zin en is de 'linking pin' in de afstemming met andere geledingen binnen het NIP en daarbuiten.

Wij zoeken U:

- U inspireert door een actieve, kritische en enthousiaste inbreng en durft nieuw elan aan te brengen: een teamspeler met initiatief.
- U kan praktijkervaringen in een breder perspectief plaatsen en bent geïnteresseerd in beroepsinhoudelijke vragen binnen de GGZ-sector op macro, meso en micro niveau.
- U signaleert en adviseert over actuele beroepsinhoudelijke (beleids)onderwerpen en ontwikkelingen binnen het GGZ werkveld.
- U levert een constructieve bijdrage in een omgeving waarin meerdere belangen spelen.
- U heeft een goed gevoel voor onderlinge verhoudingen en bent in staat erkenning te geven aan werk en inzet van betrokkenen.
- U bent in staat bindend op te treden.
- U kunt een lange termijnvisie ontwikkelen en beschikt over doorzettingsvermogen bij het vertalen naar concrete doelen en strategieën.

Voor deze functie heeft u:

- Een academische opleiding psychologie en bent of wordt u lid van het NIP en de sectie GGZ.
- Kennis van en ervaring met de GGZ als praktiserend psycholoog en/of in een bestuurlijke functie.
- Inzicht in verenigingsdynamiek en een constructieve opstelling ten aanzien van deelbelangen.
- Voldoende beschikbare tijd (naar schatting 4-8 uur per week).
- Een relevant netwerk binnen en buiten de psychologie.
- Ruimte voor deze functie voor een periode van 3 jaar en een eventuele herbenoeming.

Wat bieden wij u

Wij bieden u een interessante functie die van betekenis kan zijn in uw verdere carrière. U krijgt de mogelijkheid uw bestuurservaring uit te breiden in een bestuurlijk interessante omgeving. In de beschreven functie blijft u betrokken bij de actuele ontwikkelingen in het werkveld en u kunt uw invloed en uw netwerk vergroten. U wordt als voorzitter ingewerkt en ondersteund door medebestuurders en medewerkers van het NIP bureau. De functie is op vrijwillige basis. Er is een vacatievergoeding en een reiskostenvergoeding. Heeft u interesse? Stuur dan uw motivatie en CV op naar of neem contact op met sectorsecretaris Gezondheidszorg mw. Nicole Janssen via nicole.janssen@psynip.nl U kunt ook contact opnemen voor inhoudelijke informatie. Graag reageren voor 12-03-2017

KLINISCH NEUROPSYCHOLOOG OF GZ-PSYCHOLOOG

**Unieke dubbeltijd vacature als KLINISCH NEUROPSYCHOLOOG (0,5 fte) en
UNIVERSITAIR DOCENT (UD) KLINISCHE NEUROPSYCHOLOGIE (0,5 fte)**

Twee deeltijd posities (bij Psychologie-UvA en het Medische Psychologie-AMC) worden samen geadverteerd waarbij we iemand zoeken die beide functies tegelijkertijd gaat vervullen: de werktijd wordt 50-50 verdeeld over AMC en UvA-Psychologie.

**Deze functiecombinatie biedt een breed en
interessant werkteerein:**

- Patiëntenzorg: neuropsychologische diagnostiek en indicatiestelling
- Wetenschappelijk onderzoek
- Onderwijs en opleiding

VEREISTEN

- Gepromoveerd, bij voorkeur op een klinisch neuropsychologisch onderwerp
- BIG Registratie als GZ-psycholoog en bij voorkeur als Klinisch neuropsycholoog of de bereidheid de opleiding tot klinisch neuropsycholoog te gaan volgen

INLICHTINGEN

Voor een uitgebreidere vacature beschrijving, contact informatie en solliciteren kijk op www.werkenbijamc.nl.

RUBRIEKEN

- 6 NIEUWS
- 9 COLUMN: Denny Borsboom
- 20 INSPIRATIE: Petra Poppes
- 30 BOEKEN & MEDIA
- 46 EENS PSYCHOLOOG,
ALTIJD PSYCHOLOOG...:
Jan Boelhouwer
- 48 ACHTERGROND: Ouderen-
psychologen aan het werk
- 54 BIJEENKOMST: Spitsuur
voor psychopathologie
- 58 JUNIOR: Ghislaine Regout

Redactioneel

EVENWICHT

Als één woord in meerdere artikelen en in diverse gedaanten in dit nummer terugkomt, dan is het 'evenwicht'.

Dat begint al bij de column van Denny Borsboom die uitweidt over het *ataraxia* van Epicurus. Borsboom werkt inmiddels al jaren aan het idee dat stoornissen zoals depressie voortkomen uit causale interacties tussen symptomen van die stoornissen in een netwerk. Als symptomen van een stoornis elkaar sterker beïnvloeden, dan kan dat de effecten van externe nare gebeurtenissen versterken, waardoor het symptoomnetwerk zichzelf in stand houdt – volgens Borsboom het wezen van mentale stoornissen.

Lilian Jans-Beken en haar collega's van de Open Universiteit doen verslag van een longitudinaal onderzoek naar de relaties tussen psychische klachten, psychisch welbevinden en optimisme. Een optimistische blik, zo concluderen zij, lijkt een bijdrage te leveren aan een goede mentale gezondheid – en dus aan een soort van mentaal evenwicht.

Wie kampt met een depressie, is mentaal in disbalans. Yuli Tak, promovenda aan de Radboud Universiteit Nijmegen, doet onderzoek naar een op cognitieve gedragstherapie gebaseerde depressiepreventie-methode: Op Volle Kracht. Deze methode blijkt voor adolescenten niet effectief in het voorkomen van depressieve symptomen en het bevorderen van weerbaarheid. De resultaten van Tak bevestigen andermaal dat depressie een lastig te behandelen stoornis is.

Jeroen van Goor liep een dag mee met psychologen van kennis- en behandelcentrum Landrijt voor gespecialiseerde verpleeghuiszorg. Ook deze zorg draait om evenwicht, zou je kunnen zeggen: balans tussen 'cure' en 'care'. Zoals gz-psycholoog Marije Stuart zegt: 'Er komt een moment waarop het echt niet meer gaat, maar hoe gaan we ervoor zorgen dat tot die tijd de kwaliteit van leven nog wél goed is?'

Een fraai achtergrondartikel is het verhaal van Geertje Kindermans geworden, over eetstoornissen en een nieuwe therapie die de Engelse psychiater Christoph Fairburn heeft ontwikkeld. Niet alleen Fairburn zelf komt aan het woord, ook een cliënte en een behandelend psycholoog van de kliniek Novarum reflecteren op deze aanpak. Deze brede wetenschappsjournalistieke insteek verdient beslist navolging om in komende nummers ook andere mentale stoornissen op een vergelijkbaar evenwichtige manier te belichten.

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

COLOFON

De Psycholoog is het maandblad van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). *De Psycholoog* verschijnt elke eerste week van de maand (behalve in augustus) in een oplage van 12.600 exemplaren. **Redactie:** Vittorio Busato (hoofdredacteur), Jeroen van Goor (redacteur) en Geertje Kindermans (schrijvend redacteur), e-mail: redactie@psynip.nl. ISSN: 0033-3115.

Redactieraad: Marrie Bekker, Sonja Borgsteede, Angélique Cramer, Miriam de Graaff, Dennis Hernaes, 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: Vincent van den Hoogen
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).



INVLOED OP DE CONSUMENT ONDERZOCHT

EEN BESCHIEDEN GLIMLACH WERKT

Mensen associëren een brede glimlach met warmte. Wie graag competent wil overkomen gelieve iets minder royaal te lachen.

Neem een startend ondernemer die met een online profiel op zoek gaat naar donaties voor zijn businessplannen. Of een hersenchirurg wiens foto op de website staat van het ziekenhuis waarin hij werkt. Beiden doen er goed aan wel te lachen, maar dat niet al te breed en uitbundig te doen.

Dat concludeerden onderzoekers aan de University of Kansas. Zij wilden weten of een lachend gezicht invloed

heeft op consumentenpercepties en of er marketingsituaties zijn waarin een zuinige lach het beter doet dan een brede – en omgekeerd.

De onderzoekers lieten respondenten kijken naar online foto's van mensen die pogen een zaak of product aan de man te brengen en daarbij niet, vaag, of breeduit lachen. Deelnemers gaven aan zich meer uitgenodigd te voelen door lachende mensen, maar ook conclusies te trekken uit de manier waarop gelachen wordt. Ze verbinden de aard van de lach – bescheiden of royaal – met het karakter van de dienst of het

product dat wordt aangeboden.

Met het stijgen van de risico's die dat met zich meebrengt – denk aan chirurg, advocaat, hypotheekverstrekker of aan de startende ondernemer die een investering wil – daalt de waardering voor een brede lach. Die zou de indruk wekken van doen te hebben met een weliswaar warme persoonlijkheid, maar minder goede verwachtingen genereren over diens competentie. (EdJ)

Bron: Ze Wang, et al. (2016). Effects of Smile Intensity on Perceptions of Warmth and Competence. *Journal of Consumer Research*. Doi: 10.1093/jcr/ucw062

URBAN LEGENDS TASTEN GELOOFWAARDIGHEID PSYCHOLOGIE AAN

MYTHISCHE PSYCHOLOGIEBOEKEN

Psychologie is populair, in een béétje stad kun je wel een introductie-cursus volgen. Maar zijn de boeken die bij zulke cursussen worden gebruikt wel in orde?

Wie kent niet het verhaal van Kitty Genovese? De vrouw die op straat werd vermoord terwijl 38 buren vanuit hun flat werkeloos toekeken? Typisch voorbeeld van het bystander-effect, zo staat in menig psychologieboek. Maar het verhaal klopt niet. Genovese werd wel vermoord, maar dat werd maar door enkele buurtbewoners gadeslagen. En de meesten belden nog de politie ook. Toch duikt het verhaal steeds weer in psychologieboeken op.

Zo zijn er meer *urban legends* die een eigen leven zijn gaan leiden. Daarnaast

wordt in psychologieboeken soms consensus gesuggereerd die er helemaal niet is, of wordt maar een kant van de zaak belicht. Denk bijvoorbeeld aan het verband tussen geweld in de media en agressie op straat. Of dit verband daadwerkelijk bestaat, daarover verschillen wetenschappers van mening. Maar dat wordt er in psychologieboeken zelden bij vermeld.

Dit alles blijkt uit een onderzoek van drie Amerikanen. Zij gingen na in hoeverre twaalf omstreden onderwerpen en urban legends correct werden weergegeven in 24 onlangs verschenen introductie-psychologieboeken. De meeste onderwerpen werden met een ideologisch sausje eroverheen opgediend. Zo ook het verband tussen

geweld in de media en agressie op straat: verreweg de meeste boeken brachten een (erg) gekleurd verhaal. Met Kitty Genovese sloegen de auteurs in ruim de helft van de gevallen de plank (helemaal of enigszins) mis.

De onderzoekers waarschuwen dat de geloofwaardigheid van de psychologie met de instandhouding van zulke mythen op het spel staat. Wie bijvoorbeeld, net als ik, dacht dat Paul Broca de ontdekker was van dat ene gebiedje in de hersenen: dat klopt dus ook al niet. Tja, staat ook al jaren verkeerd in de boeken. (ID)

Bron: Ferguson, C.J. et al. (2016). Education or indoctrination? The accuracy of introductory psychology textbooks in covering controversial topics and urban legends about psychology. *Current Psychology*, 15 December 2016. DOI 10.1007/s12144-016-9539-7.

SCHAP

STEMMINGSSTOORNIS



NEEM OOK NIET-SIGNIFICANTE UITKOMSTEN SERIEUS TE WAAR OM SLECHT TE ZIJN

Teleurgesteld als je resultaten niet significant zijn? Niet nodig, betogen twee methodologen.

Doe je een geraffineerd onderzoek maar zijn je resultaten niet significant, dan kun je het bij veel psychologietijdschriften schudden. Terwijl het toch aannemelijk is dat niet elke studie flitsende uitkomsten oplevert. Sterker, als meerdere onderzoeken op een bepaald gebied louter significante resultaten laten zien, is er een grote kans dat alle niet-significante resultaten in een diepe la zijn verdwenen.

Hoog tijd dus om ook niet-significante uitkomsten serieus te nemen, vinden Daniel Lakens en Alexander Etz. Deze psychologen laten zien dat bij herhaald onderzoek een mix van

significante en niet-significante resultaten zeer waarschijnlijk is. En dat gemengde resultaten doorgaans de alternatieve hypothese juist ondersteunen. Althans, bij voldoende statistische power en een kleine kans op type-I-fouten. Bij een onderzoek zijn er immers vier uitkomsten: *true positive* (significante resultaten als de alternatieve hypothese (H_1) waar is), *true negative* (geen significante resultaten als de nulhypothese (H_0) waar is), *false positive* (significante resultaten terwijl H_0 waar is) en *false negative* (geen significante resultaten terwijl H_1 waar is). Bij een alpha van 5%, een power van 80% en evenveel kans dat H_0 als H_1 waar is, is de kans op true negatives het grootst (47,5%), gevolgd door de kans op

true positives (40%). Zet je echter de kans op true negatives af tegen die op false negatives, en de kans op true positives tegen die op false positives, dan heb je de grootste kans op true positives. En om dus de alternatieve hypothese terecht aan te nemen.

Stel je doet zes keer hetzelfde experiment, met een power van 80% en alpha van 5%. Drie keer leidt dat tot een significant resultaat, drie keer niet. De kans dat de alternatieve hypothese waar is, is dan ruim 97%. Niet-significante resultaten zijn dus niet het eind van de wereld. (ID)

Bron: Lakens, D. & Etz, A.J. (in press). Too true to be bad: When sets of studies with significant and non-significant findings are probably true. <https://osf.io/preprints/psyarxiv/nnkg9>

NIEUWS

PROMOTIES

POEPPROBLEMEN BIJ KINDEREN

Tot dertig procent van de kinderen wereldwijd heeft op een bepaald moment in het leven last van verstopping (obstipatie). Hoewel de meeste kinderen goed te behandelen zijn, is er een kleine groep die moeilijk behandelbaar is en langdurig klachten houdt. Voor diagnostiek en behandeling van deze patiënten bestaan geen richtlijnen, terwijl die juist cruciaal zijn om de behandeling te optimaliseren, stelt Sophie Kuixenga-Wessel. Verder ontdekte ze dat bij kinderen met ontlastingsproblemen vaker autisme en ADHD voorkomen dan bij andere kinderen. Artsen zouden zich daarvan bewust moeten zijn.

Sophie Kuixenga-Wessel, *Functional Defecation Disorders in children – associated comorbidity and advances in management*. Universiteit van Amsterdam, 2 februari 2017. Promotoren: prof. dr. M.A. Benninga en prof. dr. C. Di Lorenzo

VAN PLEK RUILEN OP WACHTLIJST

In een laboratoriumexperiment gaf Anouar El Haji mensen de mogelijkheid om hun nummer 1-positie op een wachtlijst te verhandelen. 'Degene bovenaan mocht bijvoorbeeld zijn plek verkopen aan degene met de laatste positie op de lijst. De wachtenden tussen de eerste en laatste positie in werden niet benadeeld, want voor hen veranderde er niets. Zij behielden hun plaats,' vertelt El Haji over het experiment. Het bleek dat de wachtlijst efficiënter werd door introductie van de mogelijkheid om van plaats te ruilen: mensen die er het meest baat bij hebben, hoeven minder lang te wachten. Daarnaast wijzen El Haji's bevindingen erop dat de 'wachtervaring' van de wachtenden verbetert. Ze gaan zich psychologisch sterker eigenaar voelen van hun positie en worden daardoor 'gelukkiger' met hun positie op de wachtlijst.'

Anouar El Haji, *Experimental Studies on the Psychology of Property Rights*. Universiteit van Amsterdam, 3 februari 2017. Promotoren: prof. dr. W. van Dolen en prof. dr. J. Sonnemans.

HULP BIJ OPVOEDEN

Ouders met verstandelijke beperkingen komen meer problemen tegen dan ouders zonder verstandelijke beperkingen. Eerder onderzoek toonde aan dat deze ouders geholpen kunnen worden met professionele opvoedhulp. Tot nu toe is vooral gekeken naar concrete verzorgingstaken. Promovenda Marja Hodes onderzocht een opvoedinterventie die gericht is op sensitief opvoeden. De basis hiervoor was het programma Videofeedback Intervention for Positive Parenting with the Focus on Sensitive Discipline (VIPP-SD), ontwikkeld door het Centrum voor Gezinsstudies (Universiteit Leiden) en effectief gebleken in binnen- en buitenland voor ouders zonder beperkingen. Hodes heeft deze interventie nu toegankelijk gemaakt voor ouders met verstandelijke beperkingen (VIPP-Learning Difficulties).

Marja Hodes, *Testing the effect of parenting support for people with intellectual disabilities and borderline intellectual functioning*. Vrije Universiteit, 8 februari 2017. Promotoren: prof. dr. C. Schuengel en dr. S. Kef

Maja Kutlaca, *The role of values and value-identity Fit in motivating collective action*. Rijksuniversiteit Groningen, 16 februari 2017. Promotoren: prof. dr. M. van Zomeren en prof. dr. T.T. Postmes

Mary J.J. Ignacio, *Stress Management in Crisis Event Simulations for Enhancing Performance*. Promotoren: prof. dr. D.H.J.M. Dolmans, prof. dr. J.J. Rethans en prof. dr. A.J.J.A. Scherpbier

Rob Wanders, *Symptoms and depression: it's time to break up*. Rijksuniversiteit Groningen, 27 februari 2017. Promotoren: prof. dr. P. de Jonge en prof. dr. R.R. Meijer



EPICURUS' EVENWICHT

Op de middelbare school moest ik een scriptie schrijven over de filosofie van de Romeinen. Dat viel niet mee. De Romeinse filosofie is saai, plichtmatig, en steekt pijnlijk bleek af bij de fenomenale ideeënwereld van de oude Grieken. Dat was dus goed balen voor mijn tienerzelf. Maar ja, ik had geen Grieks gekozen in mijn pakket, dus ik zat aan die Romeinen vast. Na wat omzwervingen belandde ik bij Epicurus (341-270 v. Chr.). Dat was ook een Griek, maar het op zijn leer gebaseerde epicurisme had in het oude Rome veel aanhangers en daarom vond mijn lerares Latijn het toch goed.

Epicurus' filosofie gaat grotendeels over de vraag hoe de mens moet leven. Dat vind ik altijd een buitengewoon irritant soort filosofie, want hoe ik leef maak ik zelf wel uit. Volgens Epicurus is het bovendien zaak een toestand van gelijkmatigheid na te streven, die hij 'ataraxia' noemt. Dat leek mij als zeventienjarige headbangende hardrocker gewoon een ander woord voor 'saai', en die scriptie was dus geen gemakkelijke bevalling.

Inmiddels werk ik al jaren aan het idee dat mentale stoornissen (bijvoorbeeld depressie) voortkomen uit causale interacties tussen symptomen van die stoornissen in een netwerk (bijvoorbeeld slapeloosheid -> vermoeidheid -> lusteloosheid -> schuldgevoel -> slapeloosheid). Zulke interacties heeft iedereen, maar ze zijn normaal gesproken vrij zwak, waardoor effecten van externe schokken (zoals nare gebeurtenissen) over de tijd heen uitdoven. Als symptomen elkaar sterker beïnvloeden, dan kan dat de effecten van zulke schokken echter juist versterken, waardoor het symptoomnetwerk zichzelf in stand houdt. Dat is, denk ik, het wezen van een mentale stoornis.

Het evenwicht van een 'gezond' symptoomnetwerk – dus een netwerk met zwakke verbindingen tussen problemen – is omgekeerd te begrijpen als toestand waarin symptomen structureel afwezig zijn: ze kunnen zich incidenteel wel voordoen, maar verdwijnen dan vanzelf weer. Dat zag ik pas onlangs helemaal helder voor me, en ik besloot daarom het eens op te schrijven in een artikel. Pas toen ik het artikel al lang opgestuurd had en meerdere lezingen over het onderwerp had gegeven, trof mij het inzicht dat de netwerkdefinitie van geestelijke gezondheid een operationalisatie is van Epicurus' ataraxia: een mentaal evenwicht dat zo sterk is, dat externe schokken het niet kunnen doorbreken.

Dertig jaar na mijn scriptie heb ik dus, zonder het in de gaten te hebben, een psychometrisch model geconstrueerd voor het destijds door mij verwenste begrip ataraxia. Je kan het in zo'n geval toch niet laten te speculeren over de ontstaansgeschiedenis van zo'n idee. Heeft Epicurus in mijn zeventienjarige zelf een intellectueel zaadje geplant, dat decennia later ontkiemde in een wiskundig model? Heb ik al die tijd met het evenwichtsidee rondgelopen, zonder het te beseffen? Lees ik met mijn huidige blik iets in Epicurus' werk dat mijn zeventienjarige zelf nooit gezien kon hebben? Of ben ik volstrekt onafhankelijk van Epicurus op dat idee gekomen, en is het verband dat ik nu leg gewoon een luchtspiegeling? Het is het type vragen waar je niet uit komt.

Bovendien heeft het geen zin meer. Het artikel is al bij de drukker, en ik kan er niets meer aan wijzigen. Epicurus komt er niet in voor.



Denny Borsboom

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

FOTO: PETER VALCKX

Sommige mensen zien overal beren op de weg terwijl anderen in iedere situatie wel iets positiefs opmerken. Een optimistische blik lijkt een bijdrage te leveren aan een goede mentale gezondheid. Lilian Jans-Beken en collega's doen in dit artikel verslag van een eigen longitudinale studie naar de invloed van optimisme op de mentale gezondheid van mensen. 'Realistisch optimisme voorkomt dat mensen door een overmaat aan optimisme overmoedig worden of hun toekomstverwachtingen niet bijstellen na tegenslag.'

HET 'JA' ZOEKEN EN VINDEN

OPTIMISME VERSTERKT MENTALE GEZONDHEID

De Amerikaanse socioloog en psycholoog Corey Keyes introduceerde in 2005 het twee-continuamodel van mentale gezondheid met daarin twee dimensies: psychische klachten en psychisch welbevinden. Deze twee assen in het model lijken relatief onafhankelijk van elkaar voor te komen: het al dan niet hebben van een goed psychisch welbevinden wordt slechts beperkt voorspeld door het al dan niet hebben van psychische klachten en omgekeerd (Bohlmeijer et al., 2016; Lamers et al., 2015; Westerhof & Bohlmeijer, 2010). Het twee-continuamodel suggereert dat mensen ondanks de aanwezigheid van psychische klachten toch een goede mentale gezondheid kunnen ervaren vanwege een gunstige positie op de as van psychisch welbevinden. Dit uitgangspunt laat zien dat het bestuderen van factoren die aan psychisch welbevinden ten grondslag liggen, waardevol kan zijn voor interventies gericht op het bevorderen van de mentale gezondheid.

Een van die factoren is optimisme, een eigenschap die op basis van eerder onderzoek in verband is gebracht met een goede mentale gezondheid; optimisten vertonen meer veerkracht in stressvolle situaties en hebben een lager risico op het ontwikkelen van psychische klachten (Brissette, Scheier & Carver, 2002; Carver, Scheier & Segerstrom, 2010). In onderhavig longitudinale onderzoek is gekeken naar de voorspellende waarde van optimisme voor zowel de aanwezigheid van psychische klachten als de mate van psychisch welbevinden. Doel is om zo een completer beeld te krijgen van optimisme in relatie tot het twee-continuamodel en de mentale gezondheid over een periode van zes maanden.

WAT IS OPTIMISME?

Het woord 'optimisme' komt oorspronkelijk uit het Latijn, *optimum*, en betekent het geloof te leven in de beste van alle mogelijke werelden. Men schat dat ongeveer een kwart van een optimistische houding gebaseerd is op genetische aanleg

(Plomin et al., 1992); de overige driekwart wordt bepaald door omgevingsfactoren, zowel in de kindertijd als later (Carver & Scheier, 2002). Omgevingsfactoren kunnen het ontwikkelen van optimisme bevorderen dan wel verstoren. Zo zijn betere sociaaleconomische omstandigheden en een goede band met de ouders in de kindertijd gunstig voor het ontwikkelen van een optimistische houding (Heinonen, Rääkkönen & Keltikangas-Järvinen, 2005; Heinonen et al., 2006) en zijn de reacties van ouders op het falen van kinderen erg belangrijk in het ontwikkelen van vertrouwen in de toekomst (Scheier, Carver, & Bridges, 1994). Optimistische kinderen worden vaak volwassenen met een optimistische grondhouding, zij willen het 'ja' zoeken en vinden in elke situatie.

Een optimistische kijk op het leven is te leren of te verbeteren

Binnen de wetenschap worden er twee vormen van optimisme onderscheiden: *dispositioneel optimisme* en de *optimistische attributiestijl*. Carver & Scheier (2014) beschrijven dispositioneel optimisme als een cognitieve persoonlijkheidstrek die niet goed te situeren is binnen de Big Five-persoonlijkheidstheorie (Sharpe, Martin & Roth, 2011). Er lijkt wel overlap te zijn met de Big Five; zo laat neuroticisme een negatieve en extraversie een positieve associatie zien met optimisme. Maar deze trekken verklaren lang niet alle variantie in dispositioneel optimisme. Een theorie die nauw samenhangt met dispositioneel optimisme is de zelfregulatietheorie (Carver & Scheier, 2014). Deze theorie geeft een kader voor de manier waarop optimisten met doelen omgaan, zoals beter worden bij ziekte of toewerken naar persoonlijke groei. Optimisten hebben er meer vertrouwen in dat ze hun doelen zullen halen; ze kiezen daarbij gedrag dat bevorderlijk is voor het behalen van dat doel en ze zetten vaker door om dat doel te bereiken (Bode & Arends, 2013; Carver & Scheier, 2014).

De optimistische attributiestijl is een manier waarop iemand gewoontegetrouw gebeurtenissen voor zichzelf verklaart. Optimisten schrijven problemen in het leven eerder toe aan tijdelijke, specifieke en externe oorzaken, in tegenstelling tot permanente, universele en interne oorzaken die pessimisten vaak gebruiken (Gillham et al., 2001).

De twee benaderingen van optimisme verschillen van

elkaar in hun focus. Dispositioneel optimisme richt zich op de verwachtingen zelf en de optimistische attributiestijl richt zich op de verklaring omtrent de verwachting. De overeenkomst tussen beide benaderingen is dat optimisme draait om verwachtingen en hoe iemands verwachtingen hieromtrent het denken en doen bepalen (Peters et al., 2014). Optimisme lijkt vooral een duidelijk verband te hebben met de emotie van mensen als ze problemen tegenkomen. Moeilijkheden kunnen diverse emoties teweegbrengen, van enthousiasme en gretigheid tot boosheid en somberheid. De balans in deze emoties is geassocieerd met optimisme; optimisten verwachten goede uitkomsten, ook als het moeilijk wordt (Carver et al., 2010). En ze pakken deze moeilijkheden aan: als de situatie te veranderen is, dan gaan optimisten eerder probleemgericht ermee aan de slag (Nes & Segerstrom, 2006).

HET BELANG VAN OPTIMISME In de wetenschappelijke literatuur is herhaaldelijk aangetoond dat het gedrag en de verklaringstijl van optimisten verband houden met een betere gezondheid, zowel fysiek als psychisch. Een meta-analyse van Rasmussen, Scheier & Greenhouse (2009) toonde aan dat optimisme een belangrijke protectieve factor is voor hart- en vaatziekten, aandoeningen van het immuunsysteem, kanker, complicaties bij zwangerschap en bevalling, pijnklachten en de kans op overlijden. In relatie tot het stresssysteem lijkt optimisme een rol te spelen omdat optimisten die aangeven stress te ervaren, lagere cortisolniveaus (een stresshormoon) laten zien dan pessimisten die zeggen stress te ervaren (Jobin, Wrosch & Scheier, 2014). Dit is belangrijk omdat hogere cortisol- en stressniveaus in verband worden gebracht met aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, kanker en diabetes (Nagaraja et al., 2016). Langdurig hoge cortisolniveaus zijn ook in verband gebracht met het ontstaan van depressie (Le-Moult et al., 2015) en angstklachten (Laurent et al., 2015).

Recent onderzoek laat zien dat optimisme vooral bij jongere mensen minder depressieve klachten op een later tijdstip voorspelt, bij ouderen is dit minder het geval (Armbruster et al., 2015). Bij mensen die lijden aan een posttraumatische stress-stoornis lijkt optimisme ervoor te zorgen dat er in de loop van de tijd minder stress wordt ervaren, hetgeen de kwaliteit van leven kan verbeteren (Dougall et al., 2001).

De twee door Keyes (2005) geïdentificeerde en grotendeels onafhankelijke dimensies van mentale gezondheid – psychische klachten en psychisch welbevinden – werden echter niet eerder samen in verband gebracht met optimis-

me in een prospectief longitudinaal onderzoek, wat aanleiding gaf tot de huidige studie.

HUIDIGE STUDIE

Om meer inzicht te krijgen in optimisme in relatie tot de twee dimensies van het twee-continuummodel van mentale gezondheid voerden we een longitudinale observatiestudie uit om te onderzoeken in hoeverre optimisme samenhangt met zowel psychische klachten als psychisch welbevinden. De hoofdvraag was of het hebben van dispositioneel optimisme voorspellend is voor psychische klachten en psychisch welbevinden, ook als men rekening houdt met demografische variatie en psychische klachten en psychisch welbevinden op een eerder moment.

Voor deze studie vulden deelnemers op drie momenten online vragenlijsten in: bij de start van het onderzoek en hierna telkens na drie maanden. Bij het eerste meetmoment waren dit 440 deelnemers met een gemiddelde leeftijd van 46 jaar ($sd=14$ jaar); bij het tweede meetmoment waren dit 329 deelnemers met een gemiddelde leeftijd van 47 jaar ($sd=14$ jaar); bij de laatste meting waren dit 290 deelnemers met een gemiddelde leeftijd van 48 jaar ($sd=14$ jaar). Op het eerste meetmoment was het merendeel van de deelnemers vrouw (72%); 71% van de deelnemers had een relatie en 33% had kinderen. Het grootste gedeelte van de steekproef was hoger opgeleid (72%) en hoofdzakelijk parttime of fulltime werkzaam of studierend (72%). Ondanks de afname van het aantal deelnemers in de studie bleven de demografische verhoudingen binnen de steekproeven gelijk gedurende de drie meetmomenten.

Psychische klachten werden in kaart gebracht met de *Symptom Check List-90* (SCL; Arrindell & Ettema, 1981; Derogatis, 1977). Deelnemers konden voor negentig psychische klachten op een 5-punts Likertschaal, variërend van 0 (helemaal niet) tot 4 (heel erg), aangeven in hoeverre deze werden ervaren. Een voorbeeld: 'Bang zijn te reizen in bussen, treinen of trams.'

Psychisch welbevinden werd gemeten met een combinatie van scores op de *Satisfaction With Life Scale* (swls; Arrindell, 1991; Diener et al., 1985), die de algemene levenstevredenheid meet, en de *Positive Affect and Negative Affect Schedule* (PANAS; Peeters, Ponds & Vermeeren, 1996; Watson, Clark & Tellegen, 1988), die zowel positief als negatief affect in kaart brengt. Psychisch welbevinden werd berekend aan de hand van de methode beschreven door Diener (1994): de scores op algemene levenstevredenheid en positief affect werden bij elkaar opgeteld en hiervan werd vervolgens de score op

negatief affect afgetrokken. Deelnemers konden reageren op elke stelling van de swls met een 7-punts Likertschaal, variërend van 0 (helemaal mee oneens) tot 7 (helemaal mee eens). Een voorbeeld van een stelling is: 'Ik ben tevreden met het leven'. De PANAS bevraagt tien positieve gevoelens en emoties (bijvoorbeeld geïnteresseerd) en tien negatieve gevoelens en emoties (bijvoorbeeld nerveus) waarvan de deelnemers op een 5-punts Likertschaal konden aangeven of deze nauwelijks of helemaal niet (1) tot in sterke mate (5) werden ervaren.

Om optimisme te meten, werd de *Life Orientation Test-Revised* (LOT-R; Peters et al., 2014; Scheier et al., 1994) gebruikt. Deelnemers reageerden op de stellingen van de LOT-R met behulp van een 5-punts Likertschaal, variërend van 0 (helemaal mee oneens) tot 4 (helemaal mee eens). Een voorbeeld van een stelling is 'Ik ben altijd optimistisch over mijn eigen toekomst'.

Het bestuderen van factoren die aan psychisch welbevinden ten grondslag liggen, kan waardevol zijn voor interventies gericht op het bevorderen van de mentale gezondheid

Al deze meetinstrumenten hebben goede psychometrische eigenschappen en zijn veelvuldig gebruikt in eerdere onderzoeken (Arrindell & Ettema, 1981; Arrindell, 1991; Peeters, Ponds & Vermeeren, 1996; Peters et al., 2014). Alle statistische analyses werden uitgevoerd met behulp van het programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS; Versie 24.0, IBM).

Door middel van multipele regressieanalyses werd geëvalueerd in hoeverre de geregistreerde demografische kenmerken samenhang vertoonden met optimisme, psychisch welbevinden en psychische klachten. Om onze hoofdvraag – 'voorspelt optimisme mentale gezondheid?' – te toetsen, werden multilevel regressieanalyses uitgevoerd met optimisme als voorspeller, en psychische klachten en

psychisch welbevinden als uitkomsten op de drie meetmomenten; er werd daarbij steeds gecorrigeerd voor de invloed van alle in tabel 1 beschreven demografische kenmerken, en voor psychisch welbevinden en psychische klachten op een eerder moment.

RESULTATEN

Multipere regressieanalyse liet zien dat een hogere leeftijd was geassocieerd met een hogere mate van optimisme, hoger psychisch welbevinden en met minder psychische klachten. Het hebben van een relatie was positief geassocieerd met subjectief welbevinden en een hoger opleidingsniveau hing positief samen met optimisme (zie tabel 1 en figuur 1).

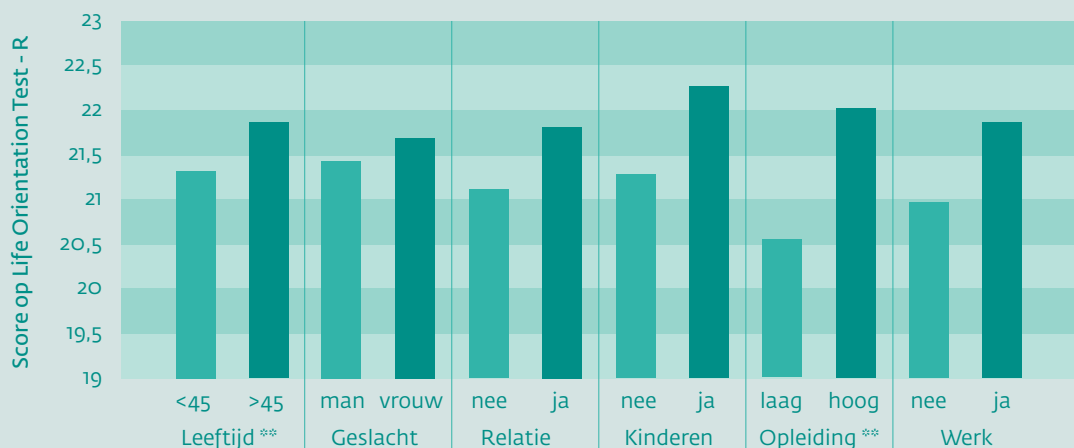
Uit de resultaten bleek dat een hoger optimisme een hoger niveau van welbevinden op het volgende moment voorspelde ($\beta = .123$, $SE = .037$, $p = .001$), samen met eerdere psychische klachten ($\beta = -.192$, $SE = .043$, $p < .001$) en psychisch welbevinden ($\beta = .459$, $SE = .043$, $p < .001$), onafhankelijk van de invloed van demografische factoren (zie tabel 2). Dit sluit aan bij eerder onderzoek op dit terrein (Brisette et al., 2002; Carver et al., 2010).

TABEL 1. MULTIPLE REGRESSIE VAN DE ASSOCIATIE TUSSEN DEMOGRAFISCHE VARIABELEN EN OPTIMISME, PSYCHISCHE KLACHTEN EN PSYCHISCH WELBEVINDEN

	OPTIMISME		PSYCHISCHE KLACHTEN		PSYCHISCH WELBEVINDEN	
	β	t	β	t	β	t
Leeftijd	.153	2.913**	-.146	-2.767**	.146	2.773**
Geslacht	.034	.706	.087	1.817	-.021	-.439
Relatie	.039	.797	-.091	-1.817	.104	2.134*
Kinderen	.099	1.957	-.095	-1.862	.080	1.604
Opleiding	.158	3.165**	-.083	-1.885	.089	1.792
Werk	.084	1.606	-.063	-1.193	.077	1.480

* $p < .05$, ** $p < .01$; β is de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt

FIGUUR 1. SAMENHANG TUSSEN DEMOGRAFISCHE EIGENSCHAPPEN EN OPTIMISME (ZIE OOK TABEL 1)



** $p < .01$

Een hogere mate van optimisme op een vorig meetmoment voorspelde geen lager niveau van huidige psychische klachten ($\beta = -.019$, $SE = .036$, $p = .599$). Psychische klachten op een eerder moment verklaarden veruit de grootste mate van variantie in psychische klachten op een volgend moment ($\beta = .796$, $SE = .042$, $p < .001$; zie tabel 2). De niet significante uitkomst van de associatie tussen optimisme en huidige psychische klachten werd ook gerapporteerd door Armbruster et al. (2015) bij een studie naar de associatie tussen optimisme en depressieve klachten bij ouderen.

RELEVANTIE VOOR DE PRAKTIJK

Ons longitudinale onderzoek toont aan dat een optimistische grondhouding geen toegevoegde voorspellende waarde heeft voor het optreden van latere psychische klachten, bovenop de variantie die reeds wordt verklaard door de eerdere aanwezigheid van psychische klachten en psychisch welbevinden. Wel blijkt uit de resultaten dat optimisten een hoger psychisch welbevinden rapporteren ondanks de eerdere aanwezigheid van psychische klachten en psychisch welbevinden. Dispositioneel optimisme lijkt daarmee een kenmerk te zijn dat in ieder geval positief verband houdt met psychisch welbevinden, maar niet als zodanig met psychische klachten per se.

Onderzoek heeft aangetoond dat een optimistische kijk op het leven te leren of te verbeteren is (Peters, Meevissen, & Hanssen, 2013; Seligman, 2006). Het cultiveren van optimisme, naast andere positieve competenties, zou daarom een focus kunnen zijn binnen interventieprogramma's binnen de gezondheidszorg. Het biedt een ingang voor interventies om een optimistische levenswijze te cultiveren en daarmee de mentale gezondheid van mensen te ondersteunen.

Het positief verschuiven op de as van psychisch welbevinden is mogelijk door gebruik te maken van interventies gericht op het versterken van optimisme zoals de *Best Possible Self*-visualisatie (BPS; Peters et al., 2014) en het ABCDE-model ('Adversity'; 'Belief'; 'Consequences'; 'Disputation'; 'Energization'; Seligman, 2006). De BPS is gebaseerd op een visualisatie waarvan is aangetoond dat deze op zowel korte als langere termijn effect heeft (Peters et al., 2014). Het ABCDE-model van Seligman (2006) is beschreven in zijn boek *Learned Optimism* en is een uitbreiding van het ABC-model uit de Rationeel Emotieve Therapie (RET) van Ellis (1977). Aandacht voor het realiteitsgehalte van de positieve toekomstverwachting tijdens interventies is van belang. Seligman (2006) pleit voor een realistische vorm van optimisme. Realistisch optimisme voorkomt dat mensen door een overmaat aan optimisme overmoedig worden of hun toekomstverwachtingen niet

TABEL 2. MULTILEVEL REGRESSIEMODELLLEN VAN PSYCHISCHE KLACHTEN (T) EN PSYCHISCH WELBEVINDEN (T), MET OPTIMISME (T-1), PSYCHISCHE KLACHTEN (T-1) EN PSYCHISCH WELBEVINDEN (T-1) ALS VOORSPELLERS EN GECORRIGEERD VOOR DEMOGRAFISCHE VARIATIE

PARAMETERS	PSYCHISCHE KLACHTEN	PSYCHISCH WELBEVINDEN
	β (SE)	β (SE)
Intercept	-.152 (.148)	-.139 (.159)
Optimisme (T-1)	-.019 (.036)	.123 (.037)**
Psychische klachten (T-1)	.796 (.042)***	.459 (.043)***
Psychisch welbevinden (T-1)	-.046 (.040)	-.192 (.043)***
Tijd	.081 (.050)	-.037 (.054)
Leeftijd	-.032 (.033)	.093 (.034)**
Geslacht	.028 (.056)	.046 (.059)
Relatie	.009 (.056)	.090 (.059)
Kinderen	-.064 (.059)	.069 (.063)
Opleiding	-.086 (.058)	.063 (.061)
Werk	-.032 (.068)	.108 (.071)

** $p < .01$; *** $p < .001$; β is de gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt, SE is standaard error

bijstellen na tegenslag (Seligman, 2006). Daarnaast blijkt uit onderzoek dat mensen met depressieve klachten moeite kunnen hebben met het visualiseren van een positieve toekomstverwachting (Morina et al., 2011).

STERKTES EN BEPERKINGEN

Met dit onderzoek hebben wij, voor zover wij weten, voor het eerst de longitudinale relaties tussen psychische klachten, psychisch welbevinden en optimisme in kaart gebracht. Onze resultaten zijn gebaseerd op gegevens verzameld in een grote en demografisch diverse steekproef. Het gebruik van multilevel analysetechnieken stelde ons daarbij in staat rekening te houden met demografische variatie van de steekproef en het verloop van psychische klachten en psychisch welbevinden over de tijd. Ondanks deze sterktes van het huidige onderzoek zijn er ook een aantal beperkingen te noemen.

De meetinstrumenten die in het huidige onderzoek zijn gebruikt schetsen mogelijk geen volledig beeld van psychische klachten en psychisch welbevinden zoals beschreven door Keyes (2002; 2005). Men dient dan ook de nodige voorzichtigheid te betrachten bij het interpreteren van de resultaten in domeinen anders dan bovengenoemde huidige psychische klachten volgens de SCL-90 en psychisch welbevinden gebaseerd op levenstevredenheid, positief en negatief affect. Andere prospectieve studies naar de twee continua van mentale gezondheid, waaronder die van Lamers et al. (2015), maakten gebruik van andere instrumenten voor het in kaart brengen van welbevinden en psychopathologie, en rapporteerden gedeeltelijk andere bevindingen ten aanzien van de samenhang tussen deze dimensies van mentale gezondheid.

Een tweede beperking van het onderzoek is de onderzoeksperiode die weliswaar met zes maanden een behoorlijke tijd besloeg, maar wellicht toch ontoereikend is om definitieve uitspraken te doen over de invloed van optimisme op psychische klachten en psychisch welbevinden over de tijd, met name op de lange termijn. Een laatste beperking van het huidige onderzoek is dat er meer psychisch gezonde mensen deelnamen aan het onderzoek dan mensen met psychische klachten. Niettemin is dit een veelvoorkomend verschijnsel in een steekproef uit de algemene bevolking.

TOEKOMSTIG ONDERZOEK

Hoewel de twee assen van psychische klachten en psychisch welbevinden in het twee-continuamodel van mentale gezondheid (Keyes, 2005) relatief onafhankelijk van elkaar bewegen, is er toch sprake van samenhang (zie ook Lamers et

al., 2015). En hoewel de huidige onderzoeksresultaten geen direct verband suggereren tussen optimisme en psychische klachten, kan het aandacht geven aan optimisme binnen een behandelsetting mensen toch, via een pad van toegenomen welbevinden, gunstig doen verschuiven op de as van psychische klachten. Een interventiestudie naar de effecten van optimisme, waarin ook rekening wordt gehouden met eerdere psychische klachten en psychisch welbevinden op basis van het twee-continuamodel, zou hier meer licht op kunnen werpen.

Daarnaast kan worden beargumenteerd dat individuen die een hoge mate van welbevinden ervaren een optimistischere toekomstverwachting zullen hebben, die hen bescherming verschaft tegen psychopathologie. Verkenning van dergelijke mediatiemodellen biedt mogelijk verdere aanknopingspunten in de studie naar het belang van optimisme.

Ons onderzoek laat een hoger niveau van dispositioneel optimisme zien bij oudere mensen en mensen met een hogere opleiding. Wellicht dat aandacht geven aan deze dispositie ervoor kan zorgen dat mensen meer kunnen profiteren van de voordelen ervan. Een verdere suggestie voor toekomstig onderzoek is om de huidige studie te herhalen in klinische samples, bijvoorbeeld bij personen met een stemmingsstoornis.

Ten slotte: uit een meta-analyse van Lamers et al. (2012) bleek dat psychisch welbevinden de prognose van een fysieke aandoening op de lange termijn kan verbeteren. Aangezien eerder onderzoek heeft gesuggereerd dat de aanwezigheid van somatische aandoeningen met toenemende leeftijd een steeds belangrijkere voorspeller vormt voor het optreden van psychische klachten (Armbruster et al., 2015), strekt aandacht voor somatische klachten, met name bij oudere onderzoeksgroepen, tot aanbeveling voor vervolgonderzoek.

BESLUIT

Het vergroten van onze kennis over de mechanismen van optimisme in de context van het twee-continuamodel van Keyes (2005) kan belangrijke implicaties behelzen voor de bevordering van de mentale gezondheid. De resultaten van onze longitudinale studie onder Nederlandse volwassenen laten zien dat mensen met een hoger dispositioneel optimisme op een eerder moment niet minder psychische klachten maar wel een hoger psychisch welbevinden rapporteren op een volgend moment.

Het kan in de beroepspraktijk van belang zijn om bij de cliënt te inventariseren in hoeverre een optimistische

grondhouding aanwezig is en of er motivatie is om optimisme te cultiveren (Kaczmarek et al., 2013). Als de cliënt ervoor openstaat om aan zijn of haar positieve levensverwachting te werken, dan kan dit bijdragen aan het versterken van zijn of haar mentale gezondheid door een positieve verschuiving te initiëren op de as van psychisch welbevinden van het twee-continuümmodel.

OVER DE AUTEURS

Drs. Lilian Jans-Beken is promovenda binnen de vakgroep Levenslooppsiychologie van de Open Universiteit. Dr. Sanne Peeters, dr. Mayke Janssens en dr. Johan Lataster zijn als universitair docenten Levenslooppsiychologie, prof. dr. Nele Jacobs als hoogleraar Levenslooppsiychologie aan de Open Universiteit verbonden. Correspondentie aangaande dit artikel: info@lilianjansbeken.nl.

Literatuur

- Armbruster, D., Pieper, L., Klotsche, J. & Hoyer, J. (2015). Predictions get tougher in older individuals: a longitudinal study of optimism, pessimism and depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 50(1), 153-163. doi: 10.1007/s00127-014-0959-0
- Arrindell, W. (1991). The satisfaction with life scale (swls): Psychometric properties in a non-psychiatric medical outpatients sample. *Personality and Individual Differences*, 12(2), 117-117.
- Arrindell, W. & Ettema, J. (1981). Dimensionele structuur, betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse bewerking van de Symptom Checklist (scl-90): Gegevens gebaseerd op een fobisch en een 'normale' populatie. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en haar Grensgebieden*, 36, 77-108.
- Bode, C. & Arends, R. Y. (2013). Optimale ontwikkeling, persoonlijke doelen en zelfregulatie. In E. Bohlmeijer, L. Bolier, G. Westerhof & J. A. Walburg (Eds.), *Handboek positieve psychologie: theorie, onderzoek en toepassingen* (pp. 139-151). Amsterdam: Boom.
- Bohlmeijer, E., Ten Klooster, P., De Kleine, E., Westerhof, G. J. & Lamers, S. (2016). Geestelijke gezondheid als positieve uitkomst van behandeling. *De Psycholoog*, 4, 48-56.
- Brisette, I., Scheier, M. F. & Carver, C. S. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 102-111.
- Carver, C. S. & Scheier, M. (2002). Optimism. In C. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 231-243). Oxford: Oxford University Press.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2014). Dispositional Optimism. *Trends in cognitive sciences*, 18(6), 293-299. doi: 10.1016/j.tics.2014.02.003
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879-889.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90. Administration, scoring and procedures manual-I for the R (revised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scales Series*. Chicago: Johns Hopkins University School of Medicine.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31(2), 103-157.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Dougall, A. L., Hyman, K. B., Hayward, M. C., McFeeley, S. & Baum, A. (2001). Optimism and Traumatic Stress: The Importance of Social Support and Coping. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(2), 223-245.
- Ellis, A. (1977). The basic clinical theory of rational-emotive therapy. *Handbook of rational-emotive therapy*, 1, 3-34. New York: Springer Publishing Company.
- Gillham, J. E., Shatté, A. J., Reivich, K. J. & Seligman, M. E. (2001). Optimism, pessimism, and explanatory style. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 53-75). Washington DC: American Psychological Association.
- Heinonen, K., Räikkönen, K. & Keltikangas-Järvinen, L. (2005). Dispositional optimism: Development over 21 years from the perspectives of perceived temperament and mothering. *Personality and Individual Differences*, 38(2), 425-435.
- Heinonen, K., Räikkönen, K., Matthews, K. A., Scheier, M. F., Raitakari, O. T. et al. (2006). Socioeconomic status in childhood and adulthood: Associations with dispositional optimism and pessimism over a 21-year follow-up. *Journal of Personality*, 74(4), 1111-1126.
- Jobin, J., Wrosch, C. & Scheier, M. F. (2014). Associations Between Dispositional Optimism and Diurnal Cortisol in a Community Sample: When Stress is Perceived as Higher than Normal. *Health psychology*, 33(4), 382-391. doi: 10.1037/a0032736
- Kaczmarek, L. D., Kashdan, T. B., Kleiman, E. M., Baczkowski, B., Enko, J. et al. (2013). Who self-initiates gratitude interventions in daily life? An examination of intentions, curiosity, depressive symptoms, and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 55(7), 805-810.
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539.

Summary

STRENGTHENING MENTAL HEALTH THROUGH OPTIMISM
L. JANS-BEKEN, J. LATASSTER, M. JANSSENS, S. PEETERS & N. JACOBS

The current study aimed to examine demographic determinants of optimism, and prospective associations between optimism and measures of well-being and psychopathology, using a three wave prospective survey design in a large general population sample of Dutch adults. Optimism showed significant positive correlations with age and education level. Optimism did not longitudinally predict psychological complaints when adjusting for the effects of demographic factors, and previous levels of psychological complaints and well-being. Optimism was, however, a significant positive longitudinal predictor of well-being, also when adjusting for the effects of demographic factors, and prior levels of well-being and psychological complaints. Our findings indicate that optimism as a disposition shows complex connections with the presence of well-being and absence of psychopathology, in line with a multidimensional representation of mental health.

- Lamers, S.M., Bolier, L., Westerhof, G.J., Smit, F. & Bohlmeijer, E.T. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: a meta-analysis. *Journal of behavioral medicine*, 35(5), 538-547.
- Lamers, S.M., Westerhof, G.J., Glas, C.A. & Bohlmeijer, E.T. (2015). The bidirectional relation between positive mental health and psychopathology in a longitudinal representative panel study. *The Journal of Positive Psychology*, 10(6), 553-560.
- Laurent, H.K., Gilliam, K.S., Wright, D.B. & Fisher, P.A. (2015). Child Anxiety Symptoms Related to Longitudinal Cortisol Trajectories and Acute Stress Responses: Evidence of Developmental Stress Sensitization. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(1), 68-79. doi: 10.1037/abn0000009
- LeMoult, J., Ordaz, S.J., Kircanski, K., Singh, M.K. & Gotlib, I.H. (2015). Predicting First Onset of Depression in Young Girls: Interaction of Diurnal Cortisol and Negative Life Events. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(4), 850-859. doi: 10.1037/abn0000087
- Morina, N., Deeprose, C., Pusowski, C., Schmid, M. & Holmes, E.A. (2011). Prospective mental imagery in patients with major depressive disorder or anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(8), 1032-1037.
- Nagaraja, A.S., Sadaoui, N.C., Dorniak, P.L., Lutgendorf, S.K. & Sood, A.K. (2016). SnapShot: Stress and Disease. *Cell metabolism*, 23(2), 388-388. e381.
- Nes, L.S. & Segerstrom, S.C. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 235-251.
- Papava, I., Oancea, C., Enatescu, V.R., Bredicean, A.C., Dehelean, L. et al. (2016). The impact of coping on the somatic and mental status of patients with COPD: a cross-sectional study. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11, 1343-1351. doi: 10.2147/COPD.S106765
- Peeters, F.P.M.L., Ponds, R.H.W.M. & Vermeeren, M.T.G. (1996). Affectiviteit en zelfbeoordeling van depressie en angst. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38(3), 240-250.
- Peters, M., Meevissen, Y.M. & Hanssen, M.M. (2013). Specificity of the Best Possible Self intervention for increasing optimism: Comparison with a gratitude intervention. *terapia psicológica*, 31(1), 93-100.
- Peters, M., Rius-Ottenheim, N., Giltay, E., Bohlmeijer, E., Bolier, L. et al. (2014). Optimisme. *Handboek Positieve Psychologie*. Amsterdam: Boom.
- Plomin, R., Scheier, M.F., Bergeman, C.S., Pedersen, N.L., Nesselroade, J.R., & McClearn, G.E. (1992). Optimism, pessimism and mental health: A twin/adoption analysis. *Personality and Individual Differences*, 13(8), 921-930.
- Rasmussen, H.N., Scheier, M.F. & Greenhouse, J.B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 239-256.
- Scheier, M.F., Carver, C.S. & Bridges, M.W. (1994). Distinguishing Optimism From Neuroticism (and Trait Anxiety, Self-Mastery, and Self-Esteem): A Re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality & Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.
- Seligman, M.E. (2006). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. New York: Vintage.
- Sharpe, J.P., Martin, N.R., & Roth, K.A. (2011). Optimism and the Big Five factors of personality: Beyond neuroticism and extraversion. *Personality and Individual Differences*, 51(8), 946-951.
- Watson, D., Clark, L.A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1063
- Westerhof, G.J. & Bohlmeijer, E. (2010). *Psychologie van de levenskunst*: Boom: Amsterdam.

Stap nu over naar de BSI

Meet u de uitkomsten van uw behandelingen (ROM)? Of wilt u daar mee beginnen? Dan is het slim om te gaan werken met een door de Stichting Benchmark GGZ (SBGGZ) goedgekeurd meetinstrument. De BSI wordt door de SBGGZ aanbevolen.

De BSI is een verkorte versie van de SCL-90. De vragenlijst bestaat uit 53 items, die een overzicht geven van de symptomen van psychopathologie bij volwassenen. De ernst en de aard van de klachten worden op basis van negen dimensies in kaart gebracht.

MEER INFORMATIE?

De BSI kan bij iedere benchmark software worden aangevraagd.

Prijs: €0,65 per patiënt. Raadpleeg uw leverancier of neem contact met ons op.

Ga voor meer informatie over de BSI naar www.pearsonclinical.nl of neem contact op via info-nl@pearson.com of 020-581-5500.

De BSI kan zowel afgenomen worden via de pen-en-papiermethode, of digitaal.



VRAAG & AANBOD

DE PSYCHOLOOG / MAART 2017 19

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

VACATURES

Orthopedagoog/GZ-Psycholoog
ROTTERDAM/GOUDA EN
DRECHTSTEDEN/WAARDENLAND



VACATURES

Gz-psycholoog, Psychotherapeut,
Klinisch psycholoog
DEN HAAG



VACATURES

Collega's gezocht!
VELDHOVEN



Gz-psycholoog
ROTTERDAM



Psychotherapeut BIG gevraagd
voor de vrijdag
ZEIST

Voor informatie
drs. H.F.M. Morres:
030-6955968/ 6924611

CURSUSSEN / WORKSHOPS

DGT Intensieve Training



Gz-psycholoog
ARNHEM, ZUTPHEN EN HENGLO
bram.zuidland@specialisten-net.nl



Uw online advertentie
extra onder de aandacht
brenge?

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

Uw online advertentie
extra onder de aandacht
brenge?

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

VRAAG & AANBOD

Dé advertentierubriek in *De Psycholoog*. Plaatsst 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.

INSPIRATIE – COMPLEXE PATIËNTEN

Petra Poppes, gz-psycholoog bij 's Heeren Loo Zorggroep en Rijksuniversiteit Groningen, afdeling orthopedagogiek.

Na de pabo ben ik begonnen als leerkracht in het speciaal onderwijs. Wat ik boeiend vond, was om uit te moeten puzzelen wat een kind beweegt en hoe ik daarop moet reageren. Of ik het te makkelijk vind als ik het iemand gewoon kan vragen? Grappig, ik heb daar nooit zo over nagedacht, misschien is dat wel zo. Ik koos in ieder geval bewust voor het speciaal onderwijs. Maar ik vond dat ik te weinig wist over de problematiek rond deze kinderen en ben orthopedagogiek aan de Rijksuniversiteit Groningen gaan studeren. Ik ging ervan uit dat ik daarna weer naar het speciaal onderwijs zou terugkeren.

Het liep anders, want in het tweede jaar volgde ik een college van Carla Vlaskamp, hoogleraar in de orthopedagogiek aan de Rijksuniversiteit Groningen. Ze sprak over haar onderzoek naar kinderen en volwassenen met een ernstige meervoudige beperking. Ze hebben een ernstige verstandelijke beperking, met een IQ van 20 tot 25, een ontwikkelingsleeftijd tot 24 maanden. Daarnaast is er sprake van een ernstige motorische beperking, zoals spasticiteit. Vaak ook hebben ze zintuiglijke beperkingen en veel gezondheidsproblemen. Het is een heel heterogene groep, maar ze zijn 24 uur per dag afhankelijk van anderen. Vlaskamp sprak er zo bevlogen over, dat ik gelijk wist dat ik daarin verder wilde. Ze heeft de

doelgroep beschreven en ze heeft een missie. Ze vindt dat ook deze mensen recht hebben om zich optimaal te ontwikkelen. Maar zo'n ontwikkeling tot stand brengen is niet eenvoudig. Om zelfs de simpele dingen te begrijpen, is al lastig. Betekent het optrekken van een wenkbrauw iets? En als ze lachen, betekent dat plezier of is dit het begin van een toeval?

Omdat deze mensen zo afhankelijk zijn van anderen, is de relatie met anderen essentieel. Ik vond het een eyeopener: het geldt voor iedereen, dus ook voor deze meest kwetsbare groep. Maar ik vroeg me ook af: hoe moet je dat voor elkaar krijgen?

ZESTIEN BETROKKENEN

We weten veel niet over deze groep mensen. Hoe verloopt bijvoorbeeld hun ontwikkeling? Is het een vertraagde ontwikkeling of verloopt hij helemaal anders? Het tweede lijkt het geval. De kennis over deze mensen is heel impliciet en zit in de hoofden van alle hulpverleners om hen heen. En dat zijn er nogal wat, ik heb het eens geteld. Bij een jongetje voor wie ik werkte waren zestien mensen betrokken, uit tal van disciplines: een arts, therapeuten, begeleiders en natuurlijk ook de ouders.

Je moet veel kennis hebben om met deze doelgroep te werken, bijvoorbeeld over somatische en psychische gezondheid. Maar ook technische kennis: hoe til of verplaats je iemand? Alle disciplines zijn met zo iemand bezig en als psycholoog probeer ik daar lijn in te brengen.

Vlaskamp heeft een werkwijze ontwikkeld waarin de relatie centraal

staat. Het gaat er uiteindelijk om dat je regie geeft aan mensen met een meervoudige beperking, zodat ze zelf kunnen bepalen wat er gebeurt, met wie en hoe. Daarvoor moet je eerst een beeld van iemand hebben. Dan ga je doelen formuleren, overkoepelende doelen en kortetermijndoelen. Neem bijvoorbeeld Loes, een vrouw voor wie ik werk. Toen ik haar acht jaar geleden leerde kennen, gilte ze de hele tijd. Ik was iemand anders aan het observeren en op de achtergrond hoorde ik Loes' gegil. Dat gillen ging steeds meer bij het omgevingsgeluid horen, het werd een deel van Loes. Na verloop van tijd zijn we een programma voor haar gestart. We zaten met alle hulpverleners en Loes' ouders om tafel.





FOTO: LEONIE VAN DER LOCHT - HUIJBERS

Haar ouders wilden dat Loes zich wat prettiger ging voelen. Dat was ons langetermijndoel. Vervolgens gingen we op zoek naar kleinere doelen. We vroegen ons onder meer af waarom ze eigenlijk gilde. Een van onze hypothesen was dat Loes mogelijk gilde omdat ze zich verveelde. Daarmee zijn we aan de slag gegaan, ieder op zijn eigen manier. De fysiotherapeut via een beweegprogramma, de begeleiders in de woongroep zochten uit in welke situaties het gillen voorkwam. Inderdaad bleek ze vooral te gillen als er om haar heen niks gebeurde. Vervolgens kwam de fysiotherapeut erachter dat ze met een van haar twee handen het wiel van een rolstoel kon

bewegen. Dat was een belangrijke omslag, want dan kon ze zich zelfstandig in een rolstoel verplaatsen. In het weekend werd er een beweegcircuit voor haar uitgezet. We wisten inmiddels welke materialen ze leuk vond: glimmende dingen, dingen die geluid maakten en pingpongballetjes. Zulke voorwerpen legden of hingen we op verschillende plekken in de ruimte. Ze vond het geweldig.

Na een jaar kwamen we weer bij elkaar om het langetermijndoel te evalueren. Het gillen was enorm afgenomen. Op een filmpje is ze te zien bij de fysiotherapeut. Opeens begint ze weer te gillen en hij zegt: "O, er moet weer wat gebeuren." Dat was een

belangrijk verschil: haar gegil was niet meer een onderdeel van haar beperking, maar een manier om ons iets duidelijk te maken en waarop wij moeten reageren. Zo krijgt Loes regie over haar leven.

Ik ben afgestudeerd bij Vlaskamp en ben voor haar blijven werken. Ik heb vooral onderzoek gedaan naar de effectiviteit van het programma wat zij had ontwikkeld en ik heb het in de praktijk getoetst.'

*Loes gilde om
ons iets duidelijk
te maken*

FAIRBURNS EETSTOORNISSENTHERAPIE BIJ NOVARUM

OEFENEN
MET TAART

Novarum, kliniek voor eetstoornissen, stapte in 2015 over op een nieuwe therapie, gebaseerd op het gedachtegoed van de Engelse psychiater Christopher Fairburn, en behaalt er goede resultaten mee. Aan het woord een cliënte over de behandeling, de directeur behandelzaken over de nieuwe aanpak. En Fairburn zelf over hoe het begon. 'Dat meisje had eetproblemen maar was niet dun, dat kón helemaal niet!'

De eetstoornis van Michelle begon op haar elfde. Ze was in korte tijd veel aangekomen en schrok daar zo van dat ze ging lijnen. Michelle is cliënte bij Novarum, een kliniek voor behandeling van eetstoornissen. Ze is bijna klaar met de behandeling en wil er wel over vertellen. Binnen een paar weken kreeg ze er twee kilo af en daarna wilde ze nog een paar kilo kwijt. Op een gegeven moment werd het een spelletje: als ze op een rond getal uitkwam, was het goed, zakte ze eronder, dan moest ze naar beneden, naar het volgende ronde getal. Terug mocht niet. Ze begon steeds sneller af te vallen. Thuis werd niet zo op haar gelet, ze zat veel op haar kamer. 's Avonds aan tafel at ze niet zoveel, maar dat viel niet op, ze was nooit een grote eter. Doordat ze dikke kleren droeg, zag niemand dat ze dunner werd. Maar eenmaal onder een bepaald gewicht, met een BMI van 17¹, ervaar je vooral de nadelen: ze had het extreem koud en was heel moe. Als ze een ochtendje was weggeweest, lag ze 's middags doodmoe op bed.

Inmiddels begreep ze zelf ook wel dat ze een probleem had, dus ze probeerde iets aan te komen. Ze sloeg door naar de andere kant en kreeg eetbuiten, waarna ze het eten weer uitbraakte. In die tijd zat ze

1 Body Mass Index, een index die de verhouding tussen lengte en gewicht bij een persoon weergeeft. Een BMI van 18,5 tot 25 is normaal, zakt hij daaronder dan is er sprake van ondergewicht. Bij een BMI van 17 weegt iemand van 1.70 zo'n 49 kilo.



op een gezond gewicht, maar ze voelde zich slechter dan ooit, omdat ze zichzelf veel te dik vond. Ze ging sporten, de eetbuien namen af, haar gewicht zakke en na een tijdje begon ze ook weer met afvallen.

Op haar zestiende stopte ze met het vwo. Het ging niet meer. Ze zat een halfjaar thuis. Omdat het gezin zou gaan verhuizen, waren haar ouders veel in het nieuwe huis en had zij het rijk alleen. Nu hoefde ze ook niet meer te liegen. Een eetstoornis laat je liegen over alles op het gebied van eten en beweging, legt ze uit.

Op een gegeven moment ging ze hulp zoeken bij een instelling in de buurt. De aanleiding wil ze niet

vertellen. Te pijnlijk. Maar de hulp sloeg niet aan, de instelling leek wel een ziekenhuis en ze kreeg er te veel vrijheid.

Ze ging weer naar school, het mbo ditmaal, maar daar verveelde ze zich. Ondertussen bleef ze hulp zoeken, ze meldde zich bij verschillende instellingen aan, maar niets hielp. 'Ik was ten einde raad. Ik zat in zo'n donker gat, ik ben bang dat ik dat niet goed kan overbrengen, omdat ik het zelf ook niet meer weet. Ik was altijd boos op iedereen, ik lachte niet meer, er was niets positiefs meer te voelen,' zegt ze.

Een familielid dat zich zorgen over haar maakte,

ONTDEKKER BOULIMIA

Christopher Fairburn studeerde in de jaren zeventig in Edinburgh voor psychiater. In zijn vierde jaar werkte hij in een kliniek bij psychiater Robert E. Kendell (1935-2002), internationaal autoriteit op het gebied van classificatie en diagnostiek van psychische stoornissen. Kendell vroeg hem om met een anorexiapatiënte te gaan praten die in de kliniek was opgenomen. Fairburn had nooit iemand met een eetstoornis gezien, maar had er wel over gelezen. Hij wist dat iemand dan heel dun was. De patiënte in de kliniek zag er echter normaal uit. Toch vertelde ze dat ze grote problemen had met eten en dat ze voortdurend diëten volgde. Ze was bovendien erg verontrust over haar gewicht, ze gaf vaak over en sportte veel. Maar ze had dus geen ondergewicht. Hij rapporteerde dat bij Kendell en die stuurde hem terug. Hij moest haar nog maar eens wegen, dit kon niet. Fairburn woog haar nogmaals, wat ze niet fijn vond. Hij had zich niet vergist.

Daarop ging een geïrriteerde Kendell zelf wel even kijken. Toen pas was hij overtuigd: het gewicht klopte. Daarop kreeg Fairburn de opdracht er de internationale literatuur op na te slaan en

uit te zoeken wat er mis was met deze patiënte. Fairburn ging op zoek, maar vond niets over dit fenomeen. Ondertussen behandelde hij de patiënte. Omdat hij nog steeds niet begreep hoe haar gewicht normaal kon zijn, vroeg hij er uiteindelijk direct naar. 'Je eet amper, je geeft over, je sport te veel, maar je gewicht is normaal, ik begrijp het niet!'

Het meisje barstte in huilen uit en vertelde voor het eerst over *binging* – eetbuien. Dat was nieuw voor Fairburn, maar het verklaarde haar gewicht. Door de eetbuien kreeg ze ineens veel calorieën binnen, die ze daarna niet allemaal uitbraakte.

Een paar weken later ontdekte hij nog zo'n patiënte en een maand later weer een. Allen dachten dat ze de enigen waren, de eetbuiten en het overgeven speelden zich af in het geheim. Hij vroeg collega's om hem vergelijkbare gevallen door te sturen. Zo verzamelde hij in twee jaar tijd 25 patiënten.

Hij was de juiste persoon op het juiste moment: hij was getraind in psychologische behandeling en hoe die te ontwikkelen. Nu had hij ook een stoornis om te onderzoeken. Via trial-and-error

ontwikkelde hij een vorm van cognitieve gedragstherapie.

Twee jaar later verscheen er een artikel van Gerald Russell in een psychiatrisch toptijdschrift*. Russell was een leidende figuur op het gebied van eetproblemen. Hij noemde de ziekte 'boulimia nervosa', en zei dat het ging om een onheilspellende variant van anorexia nervosa die zeldzaam én onbehandelbaar was. Fairburn constateerde tot zijn verbazing dat hij – een onbekende jonge psychiater – dezelfde ziekte had ontdekt én dat hij hem behandelde. En dat de helft tot twee derde van zijn patiënten baat bij de behandeling had.

Bovendien was hij er niet van overtuigd dat de ziekte zeldzaam was, hij had net zoveel patiënten als Russell. In een poging met meer patiënten in aanraking te komen, liet hij een oproepje plaatsen in de Britse *Cosmopolitan*. Binnen de kortste keren had hij achthonderd reacties. Zo bleek dat hij een ziekte had ontdekt die allesbehalve zeldzaam was. En zijn behandeling was veelbelovend.

* <https://doi.org/10.1017/S0033291700031974>

bracht alle eetstoornisbehandelingen en -klinieken in kaart. Haar oog viel op Novarum, die kende ze nog niet. Ze belde de huisarts voor een doorverwijzing.

Novarum is een behandelcentrum voor eetstoornissen als anorexia nervosa, boulimia nervosa en eetbuistoornis en zit in het pand van de Jellinek kliniek. Novarum heeft een klinische en een ambulante afdeling. Sinds 2015 heeft de kliniek de aanpak radicaal veranderd en is overgegaan op de *enhanced cognitive behavioral therapy*, (CBT-E), een methodiek die is ontwikkeld door de psychiater Christopher Fairburn en zijn onderzoeksgroep van het Centre for Research on Eating Disorders van de Universiteit van Oxford. Verschillende internationale studies tonen aan dat de methode effectief is². De aanpak is erkend door het National Institute for Health and Care Excellence (NICE), een onafhankelijk instituut dat de beste behandeling identificeert voor fysieke en psychische ziekten. In veel richtlijnen is de aanbeveling overgenomen.

RIGOUREUZE OVERSTAP

Het ziet ernaar uit dat Fairburns methode ook bij Novarum een succes is, vertelt Elske van den Berg, klinisch psycholoog en directeur Behandelzaken van de instelling. In 2015 stapte de kliniek rigoureus over op de nieuwe behandeling. Fairburn zelf komt af en toe langs om de kliniek hiermee te helpen en hulpverleners verder te trainen. Het onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling is nog niet helemaal afgerond, maar Fairburn claimt met zijn CBT-E 65 tot 70 procent behandel-effectiviteit voor de ambulante behandeling en dat getal lijkt men bij Novarum te halen. De effectiviteit van de behandeling die de instelling voor 2015 hanteerde, was ongeveer 55 tot 58 procent.

In die tijd gaf Novarum tal van behandelingen, vaak in een groep, maar er waren ook korte, tweedaag-

‘Er zat eigenlijk een tweede stem, een tweede persoon in me, die wilde me dood hebben en me alleen in de positieve dingen laten geloven van het dun zijn’

se behandelingen. Er werd systeemtherapie gegeven, mindfulness en tal van andere therapieën; de therapeuten bepaalden per cliënt welke behandelingen geschikt waren. Daarnaast kregen cliënten individuele therapie van een psychotherapeut, gemiddeld zo’n 34 sessies.

Na de overstap stopte Novarum in de poli met alle groepsbehandelingen, omdat individuele behandelingen effectiever zijn. In de kliniek wordt dezelfde behandeling gegeven als in de polikliniek, alleen gebeurt er meer in een groep. Alleen cliënten met een heel laag BMI of patiënten bij wie de behandeling stagneert, komen nog in de kliniek, maar anorexiapatiënten moeten somatisch stabiel zijn en fysiek in de gevarenzone zitten. Cliënten verblijven er aanvankelijk vijf dagen in de week, later wordt het afgebouwd. Los van de therapieën en het gezamenlijk eten, worden ze zoveel mogelijk gestimuleerd naar buiten te gaan en zelf dingen te ondernemen. Zodra het kan, stappen ze over naar de ambulante afdeling.

PERSOONLIJKHEID

Eerst ligt de focus dus op het op gewicht komen. Als iemand heel mager is, verandert zijn of haar persoonlijkheid. Diegene lijkt normaal, maar Fairburn wijst erop dat het denken, het affect, de cognities, de concentratie en het vermogen om te beslissen verstoord zijn geraakt. Wat er fysiek en mentaal gebeurt is te vergelijken met de symptomen die de slachtoffers in concentratiekampen kregen doordat ze uitgehongerd waren: ze worden inflexibel, obsessief en ze zijn overmatig gefocust op eten. Maar dat is dus de ziekte, niet de eigen persoonlijkheid. Van der Berg: ‘We zijn veel bezig om dat uit te leggen.’

² Bijvoorbeeld: Fairburn, C.G. Bailey-Straebl, S., Basden, S., Doll, H.A., Jones, R. et al. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behavior therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 70, 64-71.

Hay, P., Chinn, D., Forbes, D., Madden, S., Newton, R., et al. (2014). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 977-1008.

Zijn patiënten eenmaal op gewicht, dan kan de therapie inhoudelijker worden. Van den Berg benadrukt dat het vaak niet gaat om therapeutische gesprekken, maar vooral om therapie *doen*. Bijvoorbeeld bij het ontdekken waar iemands belangstelling ligt. 'Een keer naar een boekenclub gaan als je van lezen houdt, of naar salsales als je graag danst... Niemand zet die stap makkelijk, de hulpverleners hebben de opdracht zulke activiteiten vriendelijk maar streng te stimuleren, zodat mensen het in ieder geval een paar keer gaan doen. Als ze het geprobeerd hebben, kunnen ze er alsnog mee stoppen.

Deze aanpak was wennen voor de therapeuten. Ze waren altijd gewend streng op het eten te letten, maar dat mag iets losser. Maar ze moeten wel ferm zijn om tijdens de twintig weken die de behandeling duurt, een nieuwe daginvulling te ontwikkelen.

WARM BAD

Michelle vertelt over de behandeling. Het intakegesprek bij Novarum was heel anders dan op andere plekken. Er werden geen vragenlijsten afgewerkt, ze kreeg het gevoel dat er echt naar haar werd geluisterd. Het voelde als een warm bad. In het begin van de

DE BEHANDELING

De focus van CBT-E ligt niet op hoe het ooit begonnen is, maar wat het in stand houdt. Wat triggert een eetbui? En waarom kan iemand niet stoppen met eten? Want leuk of lekker is het na een bepaalde hoeveelheid al lang niet meer. Het viel Christopher Fairburn op dat patiënten tussen hun eetbuien door extreem aan het diëten waren. Tot ze opeens iets aten waarvan ze zelf vonden dat het niet mocht. Dan verbraken ze een zelfopgelegde regel. Op zo'n moment gaven ze het op en kregen dan een eetbui waarin ze vaak wel 2000 calorieën aten. Daarover voelden ze zich vervolgens zo slecht dat ze weer gingen lijnen. Het was van belang die vicieuze cirkel te doorbreken.

Fairburns tweede belangrijke inzicht was dat patiënten extreem bezorgd waren over hun uiterlijk en gewicht. Hij vertelt over een patiënte die na een vakantie langskwam en veel last van haar rug had. Ze had met een zware rugzak door Europa gelift. Vooral haar weegschaal was zwaar geweest. Toen begreep hij pas echt hoe groot haar bezorgdheid over haar gewicht moest zijn. Dezelfde bezorgdheid zorgde

ervoor dat ze een streng dieet volgden. De behandeling borduurt op deze inzichten voort. Hoewel ze daar nooit voor voelen, moeten patiënten om te beginnen stoppen met diëten.

Al experimenterend ontdekte Fairburn wat het aantal eetbuien drastisch omlaag bracht. 'Het klinkt heel saai,' zegt hij. 'Maar de truc is: regelmatig eten, drie keer per dag een maaltijd en drie keer een tussendoortje. Dan nemen de eetbuien drastisch af. Het werkt altijd.'

Daarmee is het een goed begin van de therapie, want algemeen geldt: als een tip van de therapeut werkt, zullen cliënten makkelijker ook andere adviezen van hem opvolgen. Als het eetpatroon regelmatig geworden is, kan de therapie zich richten op uiterlijk en gewicht. Samen onderzoeken cliënt en therapeut hoe de eetstoornis in stand wordt gehouden, bijvoorbeeld omdat iemand sub-assertief of faalangstig is. Die zaken worden met de CBT-E behandeld.

Omdat de drop-out bij de behandeling van eetstoornissen hoog is, is de CBT-E sterk gericht op binden van de patiënt, door het geven van veel voorlich-

ting, het motiveren van de behandeling en het bieden van hoop. Verder ligt de nadruk op eigen regie en verantwoordelijkheid van de patiënt.

En aangezien patiënten lang eenzijdig gefocust zijn op hun gewicht en eten, hebben ze weinig belangstelling voor andere zaken. Daarom is er in de therapie veel aandacht voor het uitbreiden van de levensgebieden, de cliënt moet dingen gaan ontwikkelen die voor hem- of haarzelf van waarde zijn, zowel op het gebied van hobby's als werk of studie. Er is verder veel aandacht voor terugvalpreventie.

Naast de volledige behandeling voor boulimiapatiënten, ontwikkelde Fairburn een uitgebreidere versie voor anorexiapatiënten. Ondanks de verschillen tussen de aandoeningen, zijn er ook grote overeenkomsten. En veel patiënten gaan van de ene aandoening over naar de andere.

Tot slot heeft hij ook een zelfhulpversie van het programma ontwikkeld, omdat sommige mensen wel heel snel beter werden. Die aanpak is nu vertaald als *Overwin je eetbuien* en is in 2016 verschenen bij Uitgeverij Nieuwezijds.

behandeling was alles gericht op gewichtsherstel, omdat er pas aan de stoornis gewerkt kan worden als iemand geen ondergewicht meer heeft. Na het gesprek op weg naar huis, huilde haar moeder en ook Michelle kreeg het gevoel: het kan nog. Ze was negentien en was er inmiddels van overtuigd geraakt dat beter worden voor haar niet meer mogelijk was.

Twee weken later kreeg ze een adviesgesprek bij Novarum. Een behandeling in de kliniek leek de beste optie, ze leidden haar gelijk rond. Er bleek anderhalve week later al een kamer vrij te komen, dan kon ze beginnen. Michelle schrok ervan, maar nam het aanbod wel aan.

Het was wennen in de kliniek. Het gezamenlijk eten was een belangrijk onderdeel van de therapie. Samen met haar therapeut stelde iedere cliënt een eigen eetlijst samen. Tijdens Michelles eerste week was die basic: 's ochtends yoghurt met een beetje havermout, als tussendoortje nog een schaalje yoghurt. Tussen de middag twee boterhammen – daar deed ze drie kwartier over. 's Middags een klein koekje. Vooral met haar handen eten vond ze 'extreem moeilijk'. Het avondeten bestond uit vaste porties, iedereen kreeg hetzelfde. Toch lukte het haar alles op te eten en dat was de eerste overwinning. Gedurende haar tijd in de kliniek at ze haar eten altijd op, omdat ze wist dat als ze een keer zou overslaan, het de volgende dag makkelijk zou zijn het weer niet te doen.

Het aankomen was 'een drama'. Michelle: 'Je moest zo asociaal veel eten, wel 4000 kcal. Omdat je lichaam zo lang in de spaarstand heeft gestaan, is er veel nodig om alles weer op gang te krijgen.'

Ze voelde zich nog even slecht als voor de behandeling begon, misschien nog wel slechter, omdat haar hormonen weer op gang kwamen. Ze had dus niet het gevoel dat het goed ging, maar haar zus die op bezoek kwam, zei dat Michelle helemaal straalde. 'Dat was fijn om te horen,' zegt ze. 'In de eerste weken gaat je gewicht wel omhoog, maar je hoofd gaat niet mee.'

Vanwege haar lage BMI, kreeg Michelle veertig zittingen, in totaal zat ze vijf maanden in de kliniek. Na acht weken ging ze 'oefenen met eetregels'. Dat betekende dat ze dingen moest eten die haar tegenstonden, zoals taart. De eerste keer wilde ze de taart eigenlijk niet proeven, ze huilde en vond het niet lekker, waar ze zich weer vreselijk over voelde. De tweede keer ging het wel en vond ze het zelfs een



*Tot zijn verbazing
constateerde Chris Fairburn
dat hij de ziekte had ontdekt
én die behandelde*

beetje lekker. En de derde keer was het zelfs 'erg gezellig'. Ook zelf zag ze de vooruitgang.

Ze kreeg therapieën en werd gestimuleerd om zaken op te pakken. Zo drong de therapeut erop aan dat ze haar gitaar mee zou nemen. Ook ging ze veel naar de bioscoop. Ze kijkt er met plezier op terug, maar welke films ze heeft gezien? Ze kan zich er niet eentje herinneren.

Naarmate de 'gezonde Michelle' steeds meer omhoog kwam, zag ze 'dat er eigenlijk een tweede stem, een tweede persoon in me zat en die wilde me



‘Ik zat in zo’n donker gat, ik ben bang dat ik het niet goed kan overbrengen, omdat ik het zelf ook niet meer weet’

dood hebben, die liet me alleen in de positieve dingen geloven van het dun zijn’. Als mensen haar een complimentje gaven, begon ze te schreeuwen en te huilen. ‘Je liegt!’ riep ze dan. ‘Stop daarmee, heb verdomme een keer de ballen om eerlijk te zijn!’

Tijdens haar behandeling waren er nog vaak ‘zieke momentjes’. ‘Dan wilde ik opeens weer heel dun zijn. Maar daarna kwam de gezonde kant weer naar boven en was ik in tranen. Hoe was het mogelijk dat ik heimwee had naar een tijd waarin ik amper zelfstan-

dig de trap op kwam? Dat was zo erg geweest, dat mijn zusje een keer dacht dat ik een grapje maakte toen ze me de trap zag op strompelen.’

Ze solliciteerde als pizzabakker bij Domino’s en werd aangenomen. In de kliniek moest iedereen lachen om deze beroepskeuze. Ze heeft het er erg naar haar zin. Daarnaast maakt ze via een thuisstudie haar havo af. Inmiddels komt ze eens in de twee weken bij Novarum. Voor de zekerheid. ‘Voor mijn gevoel is het niet echt meer nodig, het gaat heel goed.’

ANDERE HOUDING

De therapie vraagt een andere houding van de therapeuten dan ze gewend zijn, vertelt Van den Berg. Het aantal zittingen ligt vast, twintig – of veertig als de BMI erg laag is – en daar wordt niet van afgeweken. Zo is het voorspelbaar voor de cliënten, die toch al zo ambivalent zijn. En zo wordt er ‘spanning op de therapie gehouden’.

‘Het klinkt saai, maar de truc is: regelmatig eten. Dan nemen de eetbuien drastisch af’

Niet alleen de cliënt moet zijn best doen, hetzelfde geldt voor de therapeuten. Van den Berg: ‘Vooraf liggen alle contacten vast, ook voor de therapeut. Ben ik ziek, dan word ik vervangen. En als ik op vakantie ga, zorg ik dat mijn therapie pas daarna begint, of dat die zover gevorderd is dat ik me kan laten vervangen.’ Het kan, is haar ervaring, want als er stagnatie dreigt, weet je dat al snel. ‘Er wordt vaak geëvalueerd. Incidenteel is het mogelijk extra zittingen te geven als er zich ernstige life events voordoen. Of als het om aanvullende therapieën gaat om iets anders te behandelen, zoals depressie.’

Nieuw is verder dat elke collega van de instelling die dat wil – of hij nu diëtist is, verpleegkundige of arts assistent – behandelaar kan worden in de CBT-E. Het is dus niet meer alleen voorbehouden aan de psychotherapeuten of psychologen. Van den Berg: ‘Voor Nederland is dat nieuw, voor mij als baas ook, maar Fairburn heeft ons het vertrouwen gegeven dat het kan. Iedere therapeut is getraind, heeft de toets gedaan, krijgt werkbegeleiding en supervisie.’

En het werkt, aldus Van den Berg. Om deze therapie te geven bij Novarum is dus geen psychologieopleiding meer nodig. Van den Berg: ‘Op dit moment gaan de moeilijkste gevallen nog naar de hoogst opgeleide behandelaren en worden de enkelvoudige gevallen aan de jongste behandelaars gekoppeld. Maar we gaan steeds meer oefenen om niet meer zo toe te wijzen. De hoofdbehandelaren doen de intake en ze moeten de evaluatie doen, maar in de spreekkamer maakt het niet meer uit wat je achtergrond is. We matchen wel soms op leeftijd of andere eigenschappen. Zo wordt er soms voor gekozen om een cliënt die worstelt met het moederschap bewust niet of juist wel te koppelen aan een jonge collega zonder kinderen.’ Hoe dat kan? Van den Berg is er zelf ook verbaasd over. ‘Jonge mensen zijn fanatieker en houden zich strakker aan het protocol. Ze kennen het protocol beter dan ik. Dat is ook gek en spannend en het geeft soms onrust. Maar als het kan, dan kan het. En het went.’

TIJD IS BELANGRIJK

Als cliënten weggaan, zijn ze vaak nog heel onzeker, zegt Van den Berg. ‘Maar we hebben besproken hoe ze verder moeten en dan moeten wij het loslaten. De tijd doet ook zijn werk. We moeten ons realiseren dat het proces verdergaat, ook zonder de therapeut. Na

twintig weken zien we iemand terug, om te kijken hoe het gaat en of het behoudsplan werkt. Eventueel wordt dat plan aangepast. Dat is leuk en leerzaam voor ons en geeft vertrouwen dat het kan.’

Niet iedereen redt het. Want 65 tot 70 procent effectiviteit betekent dat drie à vier van de tien cliënten het niet halen. En ‘niet halen’ betekent dat mensen nog steeds ondergewicht hebben of heel soms nog steeds braken. Dat is nog steeds veel, aldus Van den Berg. ‘Dat is de rauwe werkelijkheid van psychiatrie. Wij zijn aan het onderzoeken om welke groepen het gaat. Het mooie is wel dat mensen die al heel veel jaren een eetstoornis hebben, het niet slechter doen dan mensen bij wie de stoornis korter aanwezig is. Het is ook niet zo dat mensen die comorbide persoonlijkheidsproblemen hebben het slechter doen. Dat CBT-E alleen maar voor de makkelijke gevallen geschikt zou zijn, is dus niet waar. Het troostende is: ook al heb je al tien jaar lang eerstoornissen, ook jij hebt zeventig procent kans om te genezen. Het geven van hoop is een belangrijk onderdeel van de therapie. Maar ondertussen willen we wel weten waarom mensen afhaken, om dan natuurlijk na te gaan wat we eraan kunnen doen. Toch wordt in alle gevallen de therapie afgesloten. Maar mensen mogen altijd later terugkomen, als ze denken dat het wel gaat lukken.’

Inmiddels zijn er zo’n tweehonderd cliënten behandeld. Er wordt nog onderzocht of er verschillen zijn tussen de disciplines, maar Van den Berg heeft daar vooralsnog geen aanwijzingen voor.

En dus ziet het ernaar uit dat de therapie zo’n tien procent effectiever is geworden, met drastisch minder zittingen, er wordt eerder ambulant behandeld, er worden minder cliënten opgenomen. En de therapie wordt gegeven door minder zwaar opgeleide therapeuten. Dat betekent dat de behandeling daarmee ook goedkoper wordt. ‘Dat was niet het doel van de invoering van deze nieuwe methode, maar inderdaad is de behandeling kosten-effectiever geworden. En ook dat is mooi meegenomen.’



Kunst van het evenwicht

Emotieregulatie als basis van het menselijk bestaan

Door Nelleke Nicolai (2016)

Leusen: Diagnosis, 248 p.

Recensent: Annemarie Huiberts

Een gebrekkige emotieregulatie geldt als belangrijke transdiagnostische factor voor uiteenlopende vormen van psychopathologie. In haar uitstekende boek *Emotieregulatie als basis van het menselijk bestaan* laat psychiater en psychoanalytica Nelleke Nicolai zien hoe verschillende psychische stoornissen worden gekarakteriseerd door specifieke problemen op het gebied van emotieregulatie, die allemaal om een andere therapeutische aanpak vragen. Emotieregulatie gaat volgens Nicolai niet over het streven naar geluk, maar over het bereiken van gemoedsrust. Om gemoedsrust te ervaren, moeten mensen in contact staan met hun biologische ritme van rust en opwindings, zichzelf kunnen troosten, emoties als eigen herkennen, en in staat zijn tot mentaliseren. Onveilig gehechte mensen missen één of meer van deze vermogens, dat maakt hen kwetsbaar voor psychopathologie. Mensen met een gereserveerd-vermijdende stijl onderdrukken weer hun emoties waardoor zij een verhoogd risico op lichamelijke klachten hebben. Deze mensen voelen zich sterk en onafhankelijk en hebben niemand nodig. Ook narcisme is dus een manier om emoties te reguleren. In therapie moet de focus liggen op het leren herkennen en uiten van emoties.

Het onderscheid tussen affecten, emoties en gevoelens loopt als een rode draad door het boek heen. Affecten zijn puur lichamelijke reacties die wij delen met alle zoogdieren. Als kinderen tijdens de talloze interacties met hun verzorgers deze affecten leren herkennen en benoemen, worden het emoties. Als kinderen leren over deze emoties na te denken, ontstaan gevoelens met een persoonlijke betekenis. Verwaarloosde of misbruikte kinderen hebben deze stappen niet gezet en ervaren als volwassenen nog steeds enkel angstige, niet-gesymboliseerde affecten. Voordat zij hun emoties verstandelijk kunnen beheersen, moeten zij in therapie dus eerst leren voelen wat er speelt, eerst lichamenlijk, en dan emotioneel.

Dr. Annemarie Huiberts is psycholoog en journalist.

E-mail: annemarie_h@live.nl.

ADVERTENTIES

Oplossingsgericht behandelen en coachen: 365 vragen voor therapeuten en coaches

Lara de Bruin, 2017, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 60p., €17,50,

Oplossingsgericht werken is geen trucje maar een visie. De waaier helpt oplossingsgerichte gesprekken in de vingers te krijgen. Daarnaast dient hij ter inspiratie om vaker de oplossingsgerichte invalshoek te kiezen.



Gedragsproblemen bij kinderen

Walter Matthys en Christine Boersma, 2017, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 120p., €19,50

Ouders kunnen door dit boek kiezen voor een vorm van hulp en er alles uithalen wat de hulp te bieden heeft. In de Jeugd-GGZ kan het boek ingezet worden voor psycho-educatie.



Meisjes met ADHD

Kathleen Nadeau, Ellen Littman, Patricia Quinn, 2017, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 256p., €22,50

Meisjes met ADHD worden nog steeds verkeerd gediagnosticeerd en niet begrepen. Voor professionals en directe naasten. Met praktische, oplossingsgerichte tips en adviezen om meisjes met ADHD te helpen.



Ga naar www.hogrefe.nl voor meer informatie over deze en andere boeken.

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

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!

Met de blik op de toekomst



Over het werk van de sectie Startende Psychologen

Tanja Veldhuis (derde van links op de foto) is in 2013 afgestudeerd als Kinder & Jeugdpsycholoog en is bestuurslid van de sectie Startende Psychologen. Ze vertelt waar de sectie zich op richt en welke handvatten starters meekrijgen. 'Starters mogen trots zijn op hun competenties!'

'Het bestuur van de sectie bestaat zelf ook uit starters, dus we zitten dicht bij het vuur. De sectie zet zich in voor de belangen van starters met nul tot vijf jaar werkervaring, uit alle werkvelden van de psychologie. Ons standpunt is dat alle psychologen met een vierjarige opleiding trots mogen zijn op hun competenties en theoretische achtergrond.'

Activiteiten

'We organiseren verschillende activiteiten waarbij diverse thema's aan bod komen. Zo leer je tijdens onze arbeidsmarktgerichte activiteiten te netwerken, maar ook te kijken naar hoe je jezelf presenteert tijdens een sollicitatie. En hoe ziet je cv eruit? Is je LinkedIn-profiel up to date? We helpen starters hun baankansen te vergroten en zich inhoudelijk te blijven ontwikkelen. Je wordt er zelfverzekerder door, je beseft dat je ondanks weinig ervaring toch veel kennis hebt en iets te bieden hebt als professional.

Onlangs organiseerden we een netwerkvond waarbij twaalf professionals aanwezig waren en 25 starters. In verschillende rondes kwam je in gesprek met een andere professional, wat door de starters als zeer leerzaam en inspirerend werd ervaren! Ook organiseren we netwerkborrels met andere starters en een jaarlijks symposium, dit jaar op 22 april. Verder hebben we een avond opgezet in het teken van Cognitieve Gedragstherapie (CGT). Daar kwam heel veel respons op en binnen no time zaten we vol. Verder richten we ons op het aankaarten van misstanden rond werkervaringsplekken. Starters doen vaak exact hetzelfde werk als dat betaalde collega's doen en krijgen soms maar een boekenbon. Samen met het NIP lobbyen we in Den Haag om werkervaringsplekken zo goed mogelijk gereguleerd te krijgen. Het leerdoel moet voorop staan en er moet perspectief zijn op doorgroeimogelijkheden.

Kennisuitwisseling

'Binnenkort komt er een Seniorenbestand online, waarin ervaren NIP-leden zijn opgenomen die bereid zijn starters te adviseren. We zijn altijd op zoek naar meer mensen die hun kennis en ervaring willen delen, dus meld je vooral aan. De meer ervaren psychologen kunnen zeker ook wat opsteken van starters. Vanwege de verschillende werkplekken zijn starters zeer flexibel. Ze nemen van iedere werkplek weer wat mee. Deze ervaringen, met daarnaast de nieuwste inzichten vanuit de studie, zorgen ervoor dat de kennisuitwisseling ook twee kanten op kan werken.'

De toekomst

We zijn aan het groeien, op Facebook hebben we bijvoorbeeld al meer dan tweeduizend volgers. Zo krijgen we meer bekendheid en daardoor steeds meer ruimte om onze doelen te bewerkstelligen. Wat mezelf betreft: nu werk ik als gedragswetenschapper binnen een grote zorginstelling, waar ik verantwoordelijk ben voor de behandeling van de jongeren die er verblijven. Enorm leuk werk dat helaas in de zomer afloopt, maar ik heb er vertrouwen in dat ik in de toekomst een soortgelijke functie ga vinden.'

Zie ook: <https://www.facebook.com/nipstartendepsychologen/>

Door: Jeroen van Goor

'Gelijkwaardigheid van cliënt en professional'

Afspraken voor een effectieve samenwerking



Greet Wilrycx is gz-psycholoog en psychotherapeut, werkt bij Ggz Breburg en als vrijgevestigde in haar eigen praktijk, Praktijk Wilrycx. Ze promoveerde op het onderwerp Herstelondersteunende zorg en nam namens het NIP deel in de werkgroep van de Generieke module Herstelondersteuning. Het NIP sprak met Wilrycx over gelijkwaardigheid, ervaringsdeskundigen en haar afkeer van hokjesdenken. 'Langzaam maar zeker sijpelt het door.'

Werken vanuit een herstelvisie

'Concrete aanbevelingen over hoe je zo herstelgericht mogelijk kunt werken.' Dit en meer is terug te vinden in de Generieke module Herstelondersteuning, vertelt Wilrycx. De ene hulpverlener focust misschien uit zichzelf al op herstel, de andere zal dit echt moeten leren, denkt ze. De generieke module is volgens haar bedoeld als handvat voor iedereen die werkt met mensen met psychische problematiek en heeft tot doel vanuit een herstelvisie te gaan denken en werken. 'In de module wordt uitgebreid uitgelegd wat herstel is en hoe we daarmee om kunnen gaan als professional. Verder komen diagnostiek, behandeling en begeleiding aan bod, gericht op zowel psycholoog als cliënt.'

Gelijkwaardigheid

Wilrycx denkt dat er nog een grote slag te slaan is op het gebied van gelijkwaardigheid van cliënt ten opzichte van de professional. 'De meerwaarde van deze module voor de cliënt zit hem vooral in de bejegening. Binnen Ggz Breburg, waar ik in het psychoseteam werk, is de herstelvisie en de gelijkwaardigheid heel erg aanwezig.' Met trots vertelt de van origine Vlaamse dat in haar instelling een ervaringsdeskundige inmiddels deel uitmaakt van het managementteam. 'Maar op andere afdelingen en in andere organisaties wordt nog te veel hiërarchisch gedacht. Cliënten zitten bijvoorbeeld nog

'Wat mij betreft verdient onze cliënt gewoon een gelijkwaardige behandeling als mens'



te weinig aan tafel wanneer hun behandelplan wordt besproken. Wat mij betreft verdient onze cliënt gewoon een gelijkwaardige behandeling als mens.'

Binnen elk zorgpad inzetbaar

Wilrycx is van mening dat de generieke module binnen elk zorgpad geïmplementeerd zou moeten worden. 'Eigenlijk bij iedereen die start binnen de ggz, zou je al moeten kijken wat het nu inhoudt om met de cliënt op een herstelondersteunende manier aan de slag te gaan. Ik geloof in het principe dat de werkelijkheid echt bepalend is voor het herstel van de cliënt. Deze module is vooral gericht op het maatschappelijke en persoonlijke herstel. Binnen elk cliëntcontact dat je hebt binnen de ggz, zou (dat) dit de basis moeten zijn.'

Nog lang niet overal ligt de focus op herstelondersteuning en de inzet van bijvoorbeeld ervaringsdeskundigen, ziet Wilrycx, die ook supervisie en scholing geeft. 'Binnen onze eigen organisatie, maar ook daarbuiten zie je dat het nog lang niet overal gebruikelijk is om samen met de cliënt te kijken wie er nodig is in welke fase van het herstel. Toch is er verandering zichtbaar volgens haar. 'Langzaam maar zeker sijpelt het door.'

Diagnostisch kader

'Als je vanuit de herstelondersteuning werkt, werk je minder met een diagnostisch kader. Je kijkt symptomatisch en probeert er zo min mogelijk een label op te plakken.' Wilrycx noemt het haar valkuil om nog in classificatiecriteria te denken. 'Zo ben ik opgeleid en die classificatie is ook een begrippenkader onder professionals; zo weten we waarover we het hebben. Maar feitelijk doet het een cliënt natuurlijk tekort: een cliënt is veel meer dan zijn of haar diagnose.'

Passie

Als gz-psycholoog, gepromoveerd op het onderwerp en lid van het NIP, werd Wilrycx gevraagd om deel te nemen in de werkgroep. 'Ik ben dit gaan doen omdat ik denk dat het goed is dat deze visie onder de psychologenpopulatie verder verspreid wordt. Praktisch houdt het in dat ik meelas, commentaar gaf en de vergaderingen van de werkgroep bijwoonde. Als professional betekent het wel dat je in deze tijd geen 'productie' draait.'

Ondanks die hoge productiedruk, wilde Wilrycx toch graag participeren. 'Het is een passie van mij om te kijken hoe we voor onze cliënten herstel centraal kunnen stellen. Het zou fijn zijn als de ggz in Nederland met een andere bril gaat kijken.'

Hokjesdenken

De generieke module kan organisaties helpen met de implementatie van deze visie en werkwijze en het kan intervisiegroepen helpen om

ZORGSTANDAARDEN EN GENERIEKE MODULES: WAT BETEKENET HET VOOR U?

In 2016 en 2017 worden ongeveer 45 zorgstandaarden en generieke modules opgeleverd voor de GGZ en de verslavingszorg. Een zorgstandaard of generieke module beschrijft de meest actuele zorg en behandeling voor een bepaalde aandoening of probleem en:

- is geschreven vanuit het perspectief van de cliënt en beschrijft de organisatie van de zorg in de vorm van het pad dat de cliënt loopt (patient journey)
- brengt de evidence en practice based kennis (conform de betreffende richtlijn) en de ervaringskennis over de aandoening of stoornis bij elkaar
- beschrijft indicatoren om de uitkomst van zorg te meten

In de wet is vastgelegd dat psychologen zich moeten verhouden tot de professionele standaard. Deze standaard wordt nader ingevuld door de Beroepscode van het NIP, richtlijnen, zorgstandaarden en generieke modules, competenties en overige veldnormen. Het is de bedoeling dat het werken met zorgstandaarden en generieke modules de komende jaren de reguliere werkwijze wordt. Momenteel wordt gewerkt aan een database waarin al deze producten gemakkelijk te vinden zijn.

te kijken wat ze wel en niet goed doen, denkt Wilrycx. 'Sommige psychologen zullen vanuit zichzelf al sterk de nadruk leggen op herstelondersteuning, anderen kunnen daarbij meer leunen op de generieke module. Ondanks de classificaties die gevraagd worden voor bekostiging, moeten we symptomatisch blijven kijken: waar loopt iemand tegenaan en hoe moeten we die persoon dan helpen bij zijn herstel?' Het maakt niet uit of het om depressie gaat, of psychoses of paniekaanvallen, vindt ze. 'Elke cliënt heeft recht op maatschappelijk en persoonlijk herstel, en daar moeten wij als professional naar handelen. We moeten af van het hokjesdenken.'

Op het moment van schrijven bevindt deze generieke module zich nog in de autorisatiefase. Zodra die is afgerond vindt u de generieke module op de website van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ: www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl en op de website van het NIP.

Door: Tessa Vogelaar



Op zoek naar een geschikte stagiair? De SPS-NIP stagebank biedt de oplossing!



SPS-NIP (Sectie Psychologie Studenten van het Nederlands Instituut van Psychologen) behartigt de belangen van psychologiestudenten in Nederland door een brug te slaan tussen studeren en het werkveld. Eén van de diensten van SPS-NIP is de stagebank, waar variërende stages exclusief aan leden worden aangeboden.

Voor universitaire psychologiestudenten is het vaak lastig om aan een geschikte stageplek te komen, blijkt uit de praktijk. Enerzijds is er veel onderlinge concurrentie door het grote aantal psychologiestudenten, anderzijds is er een gebrek aan expliciete vermelding van stageplekken door bedrijven en instellingen. De stagebank van SPS-NIP biedt haar leden daarom de mogelijkheid om via een exclusief overzicht wellicht gemakkelijker aan een stageplek te komen.

Omdat de stagebank geschikte stageplekken vanuit verschillende richtingen binnen de psychologie aanbiedt, zijn wij op zoek naar bedrijven en/of instanties die kosteloos een stageplek willen vermelden op onze stagebank. Het voordeel voor uw bedrijf is dat deze dienst exclusief voor onze leden is. Dit betekent dat alleen een uiterst gemotiveerde selectieve groep WO- studenten toegang heeft tot de stagebank. Dit bespaart u wellicht tijd en moeite in uw zoektocht naar geschikte stagiaires.

Heeft uw bedrijf een stageplek die u graag zou willen aanbieden?

Neem dan een kijkje op onze stagebank op www.spsnip.nl/stagebank of stuur een e-mail naar stagebankspsnip@gmail.com voor meer informatie.



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



MIS HET NIET: **15th EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHOLOGY IN AMSTERDAM**

Van 11-14 juli 2017 is het NIP mede-organisator van dit internationale congres. Ontmoet buitenlandse collega's en wissel kennis en kunde uit!

Voor meer informatie: www.ecp2017.eu



Vader dementeert

Ik leef in een wereld die ik niet ken

Door Marjolijn Markus (2017)

Maassluis: Uitgeverij de Brouwerij, 239 p.

Recensent: Karel Soudijn

Een persoonlijk verslag van een dochter die haar vader begeleidt in de fase waarin hij dementeert. Het verhaal beslaat een periode van ruim vijf jaar. Koos Markus stopte op zijn 78-ste met werken. Tot die tijd had hij een accountantskantoor aan huis. Zijn dochter Marjolijn woont met haar gezin een kilometer of veertig bij haar vader vandaan. Ze werkte jarenlang in de gezondheidszorg, maar in de hier beschreven periode kan ze hem vaak bezoeken. We krijgen niet alleen te lezen hoe Koos steeds verder achteruitgaat, maar zien vooral hoe Marjolijn haar best doet om zijn leefwereld telkens wat meer te structureren. Het blijkt nodig om steeds uitvoeriger te controleren wat hij doet of nalaat. Eerst kan worden volstaan met een bezoekschema voor familie, vrienden en kennissen, maar al gauw komt professionele hulp van thuiszorg in beeld. Als later opname in een verpleeghuis nodig is, zien we Koos eerst op een afdeling voor relatief lichte gevallen; korte tijd later verhuist hij naar de afdeling voor zwaar demente patiënten. Niet alleen geestelijk, maar ook lichamelijk gaat het slechter met hem. Koos krijgt kanker. Hij sterft op 83-jarige leeftijd.

Het verslag van Markus is geschreven in roman-vorm. Dialogen maken het verhaal vlot leesbaar, al zal hun waarheidsgetrouwheid meer in de geest dan in de letter gezocht moeten worden. De auteur maakt duidelijk hoe dementie gepaard gaat met karakterverandering en decorumverlies, maar tegelijkertijd is ook opmerkelijk hoe mooi haar vader allerlei ingesloten sociale vaardigheden gebruikt om naar buiten toe de schijn op te houden dat hij nog aansluiting bij

anderen vindt. Geestelijke en lichamelijke aftakeling is voor alle betrokkenen een emotioneel proces. Angst gaat samen met weerstand tegen verandering.

De schrijfster is lovend over het verpleeghuis waarin haar vader werd opgenomen, maar ze is behoorlijk kritisch over de wijze waarop thuiszorg de hulp organiseerde. Thuiszorg liet nogal wat steken vallen. De huisarts van Koos wordt in het eerste deel van het verhaal als een onsympathieke en weinig meevoelende functionaris beschreven. Verderop krijgt hij lof toegezwaaaid voor zijn inzet. Andere medici en verpleegkundigen komen er ook niet altijd evengoed van af. Soms lijkt deze roman bedoeld als afrekening met falende personen en instanties. Toch is de overheersende indruk, dat de gezondheidszorg uitstekend is georganiseerd in het deel van Nederland waarin Koos leefde. Eigenlijk is het verbazingwekkend hoeveel personen en organisaties telkens weer op korte termijn ingeschakeld konden worden om de patiënt te helpen.

En onze vakgenoten? In deze roman zien we hen nauwelijks aan het werk. Tweemaal komt een psycholoog tevoorschijn, zonder een rol van betekenis te spelen. Een paar keer worden wat testscores vermeld die ongetwijfeld door een psycholoog zijn geleverd. Maar dat is het wel zo'n beetje. Psychologen lijken hier vooral achter de coulissen op te treden. Het blijft onduidelijk hoe gunstig of ongunstig dit was voor Koos en Marjolijn.

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

RICHARD E.
NISBETTDE
NKKR
AC
HT
Slimmer
denken,
effectiever
handelen

Alledaagse besliskunde

Denkkracht: slimmer denken, effectiever handelen

Door Richard E. Nisbett (2016)

Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds, 350 p.

Recensent: Karel Soudijn

Het Amerikaanse blad *Monitor on Psychology* gaf in december 2016 adviezen aan sollicitanten. Bijvoorbeeld: zet voor jezelf enkele succesverhalen op papier, en leer ze uit het hoofd. Zorg dat je tijdens het sollicitatiegesprek de kans krijgt om die verhalen te vertellen. Geef op vragen antwoorden die niet langer dan een minuut duren. Stuur na afloop van het gesprek aan alle leden van de commissie een persoonlijke bedankbrief. Met andere woorden: voer een toneelstukje op.

De Amerikaanse psycholoog Richard Nisbett benadert sollicitaties van de andere kant. Hij adviseert beoordelaars om weinig waarde toe te kennen aan het gesprek, want het is een uiterst kleine steekproef uit het gedragsrepertoire van een persoon. Verzamel liever concrete informatie over wat iemand in de loop der tijd presteerde. Denk in termen van zo groot mogelijke steekproeven, ook als u slechts één kandidaat beoordeelt.

We moeten ons bij het nemen van beslissingen tevreden stellen met onvolledige informatie. In verschillende disciplines zijn methoden ontwikkeld om informatie te vertalen in beslissingen. Al die methoden hebben duidelijke beperkingen, maar juist daarom vindt Nisbett het handig om vertrouwd te raken met inzichten die buiten ons eigen specialisme vallen. Wissel zo nu en dan van perspectief! Soms is het voor psychologen zinvol om als een econoom te kunnen denken. En ook binnen de psychologie is het verstandig om zo nu en dan een ander gezichtspunt in te nemen. De behaviorist kan bijvoorbeeld van psychoanalytici leren hoe het onbewuste valt in te schakelen bij het oplossen van problemen, terwijl wij

allemaal weer van behavioristen kunnen leren hoe handig het is om ons eigen gevoelsleven te sturen met behulp van experimenten waarbij we onze dagindeling gedeeltelijk laten bepalen door een opgegooid muntje.

Nisbett biedt psychologen een nascholingscursus waarbij tal van bekende zaken op elkaar betrokken worden. Leerde u indertijd dat er bij vragenlijstonderzoek allerlei volgorde-effecten meespelen? Nisbett laat zien dat dit mooi aansluit bij een weelde aan sociaal-psychologische experimenten over 'priming'. Conclusie: gooi vragenlijsten maar weg, want scores zijn veel te gevoelig voor variatie in de formulering. En weet u nog waar het begrip 'statistische regressie' op sloeg? Nisbett legt het ons graag nog eens uit. Hij koppelt dit begrip bovendien aan het 'hello/goodbye-effect' waardoor hulpverleners zich gemakkelijk laten misleiden. Bent u geschoold in logisch-analytisch redeneren? Nisbett vult uw vaardigheden aan met enkele andere vormen van redeneren – elk op zich weer met voor- en nadelen.

Nog even terug naar de sollicitanten uit het begin van deze recensie. Van Nisbett mag iedereen best een toneelstukje opvoeren, maar hij raadt sollicitanten vooral aan om goed uit te zoeken wat de omstandigheden zijn waaronder zij in de nieuwe functie zullen moeten werken. Want die bepalen voor een belangrijk deel in hoeverre mensen zich kunnen ontplooiën. Vergeet bij sollicitaties dus vooral niet om als een ouderwetse behaviorist te denken.

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



Macht krijgen en verliezen

De machtsparadox: een radicaal nieuwe visie op leiderschap

Door Dacher Keltner (2016)

Houten: Spectrum, 222 p.

Recensent: Karel Soudijn

De Amerikaanse psycholoog Dacher Keltner verwerpt Machiavelli. Laatstgenoemde formuleerde in de zestiende eeuw utilistische opvattingen over macht. Het doel heiligt de middelen. Wie macht wil veroveren, moet list en bedrog gebruiken. Ga geweld niet uit de weg. Boezem andere mensen angst in. Keltner benadrukt dat dergelijke ideeën over macht te weinig houvast bieden om talrijke grote maatschappelijke ontwikkelingen te verklaren, zoals de afschaffing van slavernij. We moeten ons niet blindstaren op ontsparingen, maar vooral letten op de (meestal positieve) rol die macht in alledaagse situaties speelt. Macht is niet voorbehouden aan een enkeling, maar is onverbrekkelijk verbonden met ons sociale leven.

In zijn inleiding formuleert de auteur twintig 'machtsprincipes' die te lezen zijn als stellingen bij een proefschrift. De eerste stelling: 'Macht gaat om het veranderen van de situatie van anderen.' De laatste stelling legt het accent op het individu: 'Machteloosheid veroorzaakt een slechte gezondheid.' In volgende hoofdstukken laat Keltner het verhaal telkens draaien om kleine groepjes uit zijn lijst met stellingen. Als anti-machiavellist komt het betoog van de psycholoog er vooral op neer dat wij macht niet veroveren, maar toebedeeld krijgen door anderen. Waarom geven zij ons macht? Omdat ze de indruk krijgen dat wij het algemeen belang bevorderen. Zelf kunnen we wel invloed uitoefenen op de ideeën die anderen over ons hebben. Het helpt, bijvoorbeeld, als iemand vriendelijk en zorgzaam voor anderen is. Keltner legt in zijn boek een duidelijk accent op de waarde van empathie. Wie

zich gemakkelijk in anderen inleeft, krijgt eerder een portie macht toebedeeld.

Macht heeft bij Keltner een mooie en een lelijke kant. Inlevingsvermogen, en daarnaar handelen, leidt tot meer macht. Wie echter over behoorlijk veel macht beschikt, komt in de verleiding om minder goed te letten op de belangen van anderen. Als 'principe 13' stelt Keltner: 'Macht leidt tot een tekort aan inlevingsvermogen en een verminderd moreel besef.' Hier komt Machiavelli als gedeeltelijke medestander in beeld. Keltner en hij bewandelen echter weer verschillende wegen als het gaat om behoud van macht. Wie macht wil behouden, zal volgens Keltner toch vooral moeten leren om empathisch te blijven.

Het boek is een leesbare mix van cultuurbeschouwingen en samenvattingen van sociaalpsychologische experimenten met (Amerikaanse) studenten. De sprong van experiment naar wereldgeschiedenis is groot. De auteur hoopt echter dat kleine experimenten in elk geval iets verduidelijken van de basisstructuur van macht. Vaak is de auteur van dit boek echter net zo utilistisch als Machiavelli. Ik begrijp uit dit boek bijvoorbeeld, dat ik meer macht kan krijgen door andere mensen wat vaker op hun schouder te slaan. Bovendien helpt het me, als ik leer om boeiende verhalen te vertellen. Het is ook helemaal niet erg om te roddelen, want daarmee valt de macht van anderen in te perken.

Ook bij Keltner geldt het principe van het doel dat de middelen heiligt. Grootste verschil met Machiavelli is het uiteindelijke doel. De Amerikaanse sociaalpsycholoog wil de wereld verbeteren.

Het programma Op Volle Kracht (ovk), aangeboden als universele of selectieve depressiepreventie voor adolescenten in Nederland, is niet effectief in het voorkomen van depressieve symptomen of in het bevorderen van weerbaarheid.

Yuli Tak, Anna Lichtwarck-Aschoff en Rutger Engels bespreken implicaties van deze resultaten en suggesties voor vervolgonderzoek in het licht van recente bevindingen dat geïndiceerde depressiepreventie – inclusief ovk – effectief kan zijn.

RESULTATEN UNIVERSELE DEPRESSIEPREVENTIE VOOR ADOLESCENTEN IN NEDERLAND

OP VOLLE KRACHT

Sascha zie ik voor het eerst tijdens deze intake. Ze zit stil en staart voor zich uit. Ze lijkt niets te zien of te voelen. Op mijn vragen geeft ze geen antwoord. Zou ze me wel horen? Of dringt niets meer tot haar door? Dan opeens kijkt ze me aan, knikt nee en kijkt weer weg. Haar ouders beschrijven dat ze alleen nog maar op bed ligt. Sascha praat bijna niet, en als ze haar iets vragen wordt ze uit het niets boos of heel verdrietig. Ze spreekt niet meer af met vriendinnen en wil niet meer naar school. Haar ouders maken zich grote zorgen om Sascha.

Sascha is niet de enige jongere in Nederland die kampt met een depressie. Alhoewel er geen recente gegevens zijn over de prevalentie van een depressieve stoornis bij Nederlandse jeugd, geven sommige studies aan dat een fors deel van de jeugd, zo'n zestien tot dertig procent, met subklinische vormen kampt (Wijnhoven et al., 2014; Poppelaars et al., 2016). Uit internationale studies blijkt dat symptomen van depressie toenemen gedurende de adolescentie, met name bij meisjes (Hankin, Mermelstein & Roesch, 2007). Symptomen van depressie belemmeren het functioneren van jongeren, thuis, op school en met vrienden (Gotlib, Lewinsohn & Seeley, 1995; Jaycox et al., 2009). Daarnaast verhogen ze de kans op een depressieve stoornis (Seeley, Stice & Rohde, 2009) en suïcide (Bridge, Goldstein & Brent, 2006). Het is daarom van groot belang

depressie bij jongeren te voorkomen en de weerbaarheid van jongeren te vergroten.

Preventie van depressie kent drie verschillende niveaus. Geïndiceerde preventie wordt aangeboden aan jongeren met verhoogde symptomen van depressie. Selectieve preventie richt zich op jongeren die risico lopen op symptomen van depressie, en richt zich bijvoorbeeld op jongeren van wie de ouders psychische problemen ervaren. Universele preventie wordt aangeboden aan alle jongeren ongeacht hun symptomen van depressie of risico op een depressie. Uit overzichtsstudies blijkt dat vooral bij geïndiceerde en selectieve preventie jongeren een sterkere daling in depressieve symptomen laten zien (Merry et al., 2012; Stice et al., 2009). Echter, in sommige gevallen is universele depressiepreventie wel effectief op de korte termijn (Merry et al., 2012). Daarnaast is het grote voordeel van universele preventie dat het ingebed kan worden in het schoolcurriculum. Op deze manier krijgen alle jongeren de kans hun weerbaarheid te vergroten (Tugade, Fredrickson & Feldman Barrett, 2004).

In Nederland zijn er weinig universele depressiepreventieprogramma's die eveneens zijn onderzocht op effectiviteit. In dit artikel wordt de effectiviteit van het programma Op Volle Kracht (ovk) als universele depressiepreventie beschreven – zie het kader voor meer informatie over het programma. Naar aanleiding van de resultaten van het

huidige en voorgaand onderzoek worden suggesties gedaan voor de verbetering van de preventie van depressie.

HET ONDERZOEK

De effectiviteit van ovk als universele depressiepreventie werd onderzocht in een longitudinale gerandomiseerde studie met twee condities, de interventie- en controleconditie. De jongeren in de interventieconditie kregen ovk aangeboden van februari 2011 tot en met juni 2011 in groepen van tien tot zestien leerlingen. Het preventieprogramma werd gegeven door in ovk getrainde psychologen. De jongeren in de controleconditie volgden het normale

schoolcurriculum, in dit geval het mentoruur.

Er werd op zes momenten gemeten, voorafgaand (nulmeting), meteen na afloop (nameting), na zes maanden, na een jaar, na achttien maanden en twee jaar na afloop van ovk. Alle adolescenten in de tweede klas van de deelnemende middelbare scholen deden in principe mee aan het onderzoek. Echter, ouders konden hun kind afmelden voor het onderzoek.

Vier scholen werden ingedeeld in de interventieconditie (655 adolescenten) en vijf scholen in de controleconditie (735 adolescenten). Figuur 1 geeft een overzicht van de deelnemers gedurende de studie. In totaal namen 643 meisjes en 707 jongens deel aan de studie. De gemiddelde leeftijd was 13.9 jaar ($sd=0.6$ jaar). Tabel 1 geeft een overzicht van de demografische kenmerken per conditie. In het kader staan de gebruikte psychometrische instrumenten inclusief voorbeelditems.

HET PREVENTIEPROGRAMMA OP VOLE KRACHT

ovk is een bewerkte vertaling van het Penn Resiliency Program (PRP; Brunwasser, Gillham & Kim, 2009). Het programma is gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie (cbt; Beck, 1976), het Antecedent Behavior Consequence-model (abc; Ellis, 1962) en de Hopeloosheid Theorie van Depressie (Abramson, Alloy & Metalsky, 1989). In ovk leren adolescenten dat hun gedachten leidend zijn voor hun emoties en gedrag. Ze leren hun negatieve gedachten te herkennen, uit te dagen en hun aandacht te richten op realistische of optimistische gedachten. Daarnaast leren jongeren op een adaptieve manier om te gaan met hun emoties en problemen, oefenen zij met sociale vaardigheden, het stellen van doelen, het nemen van beslissingen, het onderhandelen en het opkomen voor zichzelf.

In de eerste acht lessen van ovk worden de cbt-principes behandeld. In de daaropvolgende acht lessen worden verschillende vaardigheden geoefend zoals het adequaat oplossen van problemen, sociale vaardigheden, doelen stellen, beslissingen nemen, discussiëren, onderhandelen, assertief gedrag tonen, en omgaan met emoties. Jongeren krijgen een werkboek met opdrachten. Onder begeleiding van een psycholoog worden de vaardigheden geoefend door middel van rollenspellen, discussies en individuele opdrachten. Na iedere les krijgen jongeren een paar opdrachten mee naar huis om de vaardigheden ook in de thuisomgeving toe te leren passen. Acht maanden na afloop van ovk volgt er een herhalingsles om de vaardigheden die jongeren geleerd hebben tijdens het programma weer op te frissen.

AFHANKELIJKE VARIABLEN EN PSYCHOMETRISCHE INSTRUMENTEN

'Depressieve symptomen' werd gemeten met de *Children's Depression Inventory* (cdi; Kovacs, 1985; Timbremont, Braet & Roelofs, 2008). Jongeren kiezen bij elk van de 27 items een antwoord uit drie mogelijke antwoorden. Bijvoorbeeld: 'Ik ben soms verdrietig', 'ik ben vaak verdrietig', of 'ik ben altijd verdrietig'. Deze antwoorden krijgen respectievelijk 0, 1 of 2 punten.

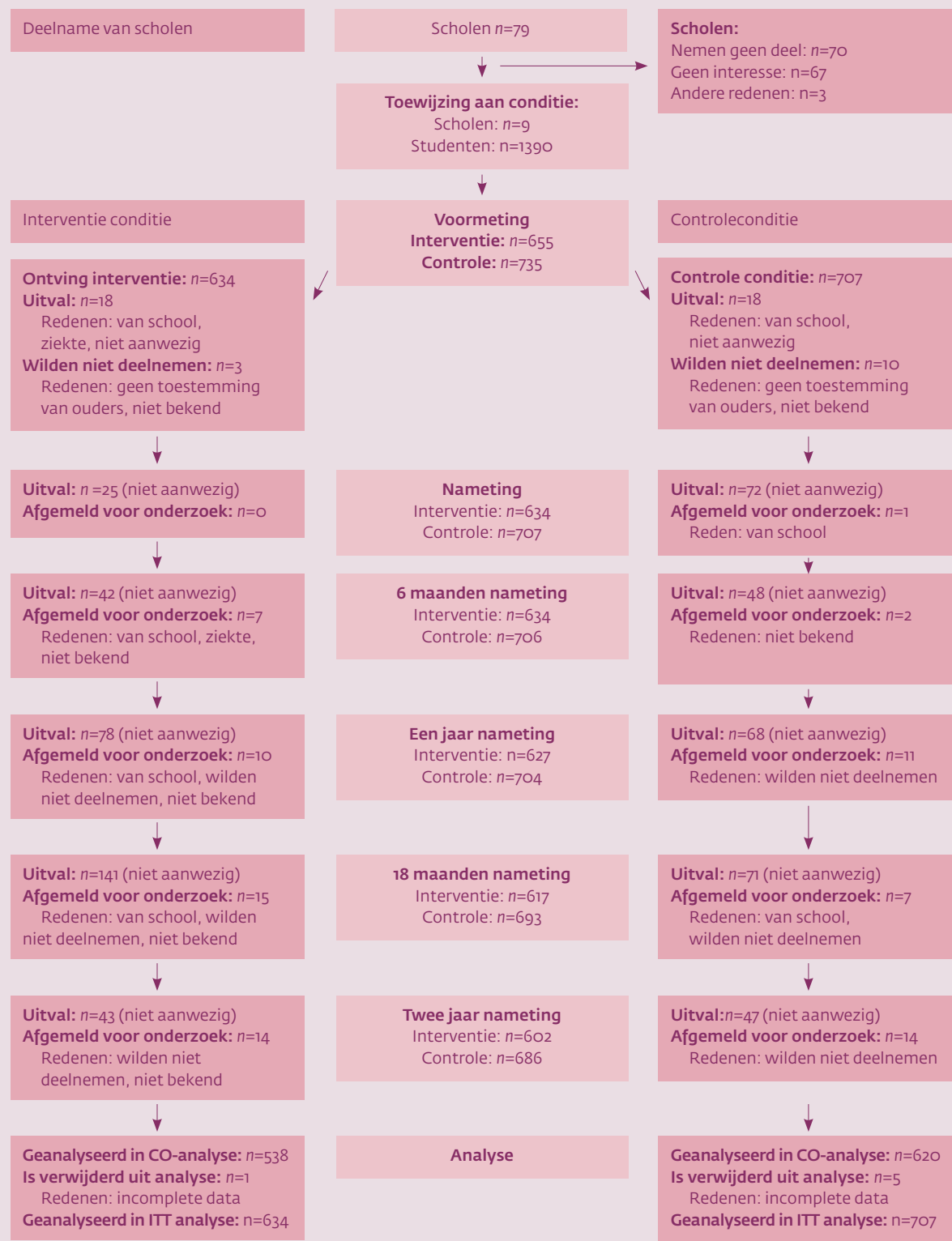
De mate van 'ervaren angst' werd gemeten met de *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (rcmas; Reynolds & Paget, 1983; Reynolds & Richmond, 1978; 1997). Deze vragenlijst bestaat uit 28 items die met ja of nee beantwoord kunnen worden, waarbij Ja=1, Nee=0. Een voorbeelditem is: 'Ik ben bang voor veel dingen'.

'Hopeloosheid' werd gemeten met de *Beck Hopelessness Scale* (bhs; Beck et al., 1974; Steed, 2001). Jongeren beantwoorden twintig stellingen met waar (1) of niet waar (0). Een voorbeelditem is: 'Ik kijk naar de toekomst vol hoop en enthousiasme'.

'Geluk' werd gemeten met de *Cantril Ladder* (Cantril, 1946). Dit is een enkele vraag waarbij de jongere zijn of haar leven als geheel moet beoordelen met een cijfer tussen 0 en 10, waarbij 0 staat voor heel erg ongelukkig en 10 voor heel erg gelukkig.

'Levenstevredenheid' werd gemeten met de *Students Life Satisfaction Scale* (slss; Huebner, 1991). Deze vragenlijst bestaat uit zeven items, bijvoorbeeld: 'Mijn leven is precies goed zo'. Jongeren beantwoorden de items op een 6-puntschaal van helemaal niet mee eens (1) tot helemaal mee eens (6).

FIGUUR 1. STROOMDIAGRAM PARTICIPANTEN



CO staat voor 'completers only', die analyses zijn alleen over de jongeren die de vragenlijsten hebben ingevuld. ITT staat voor 'intent-to-treat', dat zijn berekeningen over de data van alle jongeren die vanaf baseline meededen in het onderzoek. De antwoorden op de missende vragenlijsten zijn daarbij geschat met behulp van imputaties.

‘Optimisme’ werd gemeten met de *Life-Orientation Test Revised* (LOT-R) (Scheier, Carver & Bridges, 1994). Deze vragenlijst bestaat uit zes items, bijvoorbeeld: ‘Ik verwacht meestal het beste in onzekere tijden’. Ieder item wordt

beantwoord op een 5-puntschaal van helemaal mee oneens (0) tot helemaal mee eens (4).

‘Actieve coping’, ‘cognitieve coping’, ‘afleiding zoeken’, ‘probleem ontwijken’ en ‘ondersteuning zoeken’ werd

TABEL 1. DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

	INTERVENTIE- CONDITIE (I)	CONTROLE- CONDITIE (C)	TOTAAL	VERSCHIL I-C
	(n=634)	(n=707)	N = 1341	N = 1341
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	p
GENDER (%)				.601
Meisjes	47.5	47.1	47.3	
Jongens	52.5	52.9	52.7	
LEEFTIJD (JAREN)	14.0 (0.5)	13.9 (0.6)	13.9 (0.6)	.045
ETNICITEIT (%)				.002
Nederlands	79.0	86.8	83.1	
Anders	21.0	13.2	16.9	
SCHOOLNIVEAU (%)				.015
VMBO (Laag)	11.4	3.1	7.0	
HAVO (Midden)	48.4	53.6	51.2	
VWO (Hoog)	40.2	43.3	41.8	
PRIMAIRE UITKOMST				
Depressieve symptomen	7.4 (5.6)	7.7 (5.8)	7.6 (5.7)	.430
SECUNDAIRE UITKOMSTEN				
Angst	6.6 (5.6)	6.9 (5.6)	6.8 (5.6)	.761
Hopeloosheid	3.5 (2.8)	3.6 (2.8)	3.5 (2.8)	.666
Geluk	7.9 (1.4)	7.8 (1.3)	7.8 (1.4)	.598
Levenstevredenheid	30.6 (7.2)	30.4 (6.8)	30.5 (7.0)	.675
Optimisme	15.2 (4.2)	15.4 (4.0)	15.3 (4.1)	.008
Actieve Coping	30.0 (7.2)	29.2 (6.9)	29.6 (7.1)	.570
Cognitieve Coping	27.6 (7.0)	27.0 (6.7)	27.3 (6.8)	.423
Afleiding Zoeken	17.8 (4.6)	17.5 (4.9)	17.7 (4.7)	.621
Probleem Ontwijken	25.5 (5.7)	25.3 (5.6)	25.4 (5.7)	.544
Ondersteuning Zoeken	18.7 (6.6)	18.3 (6.2)	18.5 (6.4)	.688
Academische Zelfeffectiviteit	24.6 (5.3)	24.5 (5.2)	24.5 (5.3)	.776
Sociale Zelfeffectiviteit	26.6 (4.3)	26.1 (4.3)	26.4 (4.3)	.299
Emotionele Zelfeffectiviteit	24.3 (5.2)	23.9 (5.1)	24.1 (5.2)	.316

Noot. Logistische regressie was uitgevoerd om de verschillen te berekenen tussen I – C. I=interventieconditie, C=controleconditie. Optimisme was niet significant verschillend tussen condities wanneer dit apart getoetst werd (OR=0.93, CI 95%: 0.79 – 1.08, p=.337).

onderzocht met de *Coping Strategies Checklist for Children* (CCSC-R1; Boo & Wicherts, 2007). Deze vragenlijst bestaat uit 54 items en worden beantwoord op een 4-puntschaal, bijna nooit (1), soms (2), vaak (3) of bijna altijd (4). Actieve coping bestaat uit 12 items, bijvoorbeeld: 'Ga ik iets doen om de situatie te verbeteren'. Cognitieve coping bestaat uit twaalf items, bijvoorbeeld: 'Zeg ik tegen mijzelf dat ik het probleem wel aankan'. Afleiding zoeken bestaat uit negen items, bijvoorbeeld: 'Ga ik sporten'. Probleem ontwijken bestaat uit 12 items, bijvoorbeeld: 'Vergeet ik het probleem gewoon'. Ondersteuning zoeken bestaat uit negen items, bijvoorbeeld: 'Vertel ik aan anderen hoe ik me voel'.

'Academische', 'sociale' en 'emotionele zelfeffectiviteit' werden gemeten met de *Self-Efficacy Questionnaire* (SEQ; Muris, 2001). Deze vragenlijst bestaat uit 21 items die op een 5-puntschaal beantwoord worden, van heel slecht (1) tot heel goed (5). Academische zelfeffectiviteit bestaat uit zeven items, bijvoorbeeld: 'Hoe goed ben jij in het iedere dag afkrijgen van al je huiswerk?'. Sociale zelfeffectiviteit werd gemeten met zeven items, bijvoorbeeld: 'Hoe goed lukt het jou om vrienden te blijven met andere kinderen?'. Emotionele zelfeffectiviteit bestaat uit zeven items, bijvoorbeeld: 'Hoe goed kun je weer rustig worden wanneer je erg bang bent?'.

Alle instrumenten hadden goede tot zeer goede Cronbach's α 's (zie Tak et al., 2014; 2016).

RESULTATEN

ovk aangeboden als universele depressiepreventie bleek niet effectief in het voorkomen van depressieve symptomen. Jongeren in de interventie- en controleconditie verschilden niet van elkaar in depressieve symptomen op de nameting meteen na afloop van ovk. Ook een jaar na afloop van ovk verschilden de jongeren in de interventie- en controleconditie niet van elkaar in het aantal gerapporteerde depressieve symptomen.

Daarnaast waren er evenveel jongeren met een verhoogd niveau van depressieve symptomen ($c_{di} > 12$) in de interventie- en controleconditie op een jaar na afloop. Er was bovendien geen verschil tussen jongeren in de interventie- en controleconditie in de toename of afname van depressieve symptomen gedurende de twee jaar na afloop van ovk.

Tenslotte is onderzocht of ovk effectief was voor specifieke groepen jongeren. ovk was niet effectief voor jongens en niet voor meisjes. ovk was niet effectief voor jongeren met veel of weinig depressieve symptomen op de nulmeting, voor jongeren met een hoge of lage mate van angst, hope-

loosheid, geluk, levenstevredenheid, optimisme, coping of zelfeffectiviteit op de nulmeting.

De jongeren die ovk gevolgd hadden, waren over het algemeen niet zo enthousiast; ze vonden het programma niet zo leuk en niet zo nuttig, maar vonden de groeps sfeer wel veilig genoeg om hun ervaringen te delen. Psychologen hebben aangegeven welke opdrachten ze gedaan hebben in de lessen van ovk. Uit deze gegevens is gebleken dat zij tachtig procent van de opdrachten ook daadwerkelijk gedaan hebben met de jongeren. Dit is redelijk hoog en vergelijkbaar met andere studies (Pössel et al., 2013).

RESULTATEN WEERBAARHEID ovk was niet effectief in het bevorderen van weerbaarheid. Integendeel, er was zelfs een iatrogeen (negatief) effect. De jongeren die ovk gevolgd hadden, rapporteerden op de nameting significant minder optimisme (interventiegroep: $M=14.65$, $sd=3.90$; controlegroep: $M=15.80$, $sd=4.07$; Cohen's $d=.29$), minder actieve coping (interventiegroep: $M=28.87$, $sd=7.37$; controlegroep: $M=30.23$, $sd=6.94$; Cohen's $d=.19$) en minder sociale zelfeffectiviteit (interventiegroep: $M=25.63$, $sd=5.67$; controlegroep: $M=26.58$, $sd=4.21$; Cohen's $d=.19$). Actieve coping houdt bijvoorbeeld in: iets gaan doen om het probleem op te lossen. Een voorbeeld van sociale zelfeffectiviteit is de mate waarin je jezelf in staat acht bevriend te blijven met anderen. De iatrogene effecten waren klein en verdwenen gedurende de twee jaar na afloop van ovk (voor meer informatie zie Tak et al., 2014).

Om ervoor te zorgen dat jongeren deelnemen aan depressiepreventie-programma's, is het van belang dat het taboe rond psychische problemen doorbroken wordt

Er was daarnaast één positief effect van ovk: jongeren die OVK gevolgd hadden, maakten meer gebruik van cognitieve coping vergeleken met de controleconditie tot achttien maanden na afloop van ovk ($\beta=.095$, $se=.031$, $p=.002$; Cohen's $d=.23$; interventiegroep: $M=28.39$, $sd=6.50$; controlegroep: $M=26.84$, $sd=7.04$). Een voorbeeld van cognitieve coping is jezelf vertellen dat je weet wat je moet doen om het probleem op te lossen.

DISCUSSIE

Op basis van deze studie moet geconcludeerd worden dat ovk als universele depressiepreventie voor adolescenten niet effectief is in het voorkomen van depressieve symptomen en het bevorderen van weerbaarheid.

Uit een andere studie blijkt dat ovk aangeboden als selectieve preventie evenmin effectief is in het voorkomen van depressieve symptomen (Kindt, 2016; Kindt et al., 2014). Echter, ovk aangeboden als geïndiceerde depressiepreventie bij meisjes was effectief in het verminderen van depressieve symptomen. Meisjes met subklinisch depressieve symptomen/subklinische depressie die ovk gevolgd hadden rapporteerden significant minder symptomen van depressie dan de meisjes in de controleconditie. Dit effect was middelgroot tot groot (Cohen's $d=-.74$) op zes maanden na afloop van de interventie (Scholte et al., 2013; Wijnhoven et al., 2014). Een tweede geïndiceerde studie bij adolescente meisjes liet zien dat meisjes fors daalden in hun symptomen van depressie, maar dat de meisjes in de controleconditie een even grote daling lieten zien als de meisjes die ovk volgden (Poppelaars et al., 2016). De bevindingen uit de onderzoeken naar de effectiviteit van ovk bevestigen dat geïndiceerde depressiepreventie effectiever is dan universele of selectieve preventie (zie ook Merry et al., 2012).

Opgemerkt moet worden dat ovk als universele preventie een aantal negatieve gevolgen had op de korte termijn. Jongeren waren minder optimistisch, gebruikten minder actieve coping en rapporteerden minder sociale zelfeffectiviteit. Dit kan als volgt verklaard worden. Bij aanvang van ovk hadden de meeste jongeren amper depressieve symptomen, weinig gevoelens van hopeloosheid en angst en lage niveaus

van inadequate coping. In ovk wordt juist de nadruk gelegd op het herkennen van negatieve gedachten en het omzetten van negatieve gedachten in realistische gedachten. Hierdoor zouden jongeren zich bewust kunnen worden van gevoelens, gedachtevalkuilen en ineffectieve coping, waarvan zij zich voorheen nog niet bewust waren. Deze bewustwording kan ervoor gezorgd hebben dat jongeren minder zeker waren over zichzelf direct na afloop van ovk en zou de iatrogene effecten kunnen verklaren. Een iatrogeen effect werd ook gevonden bij ovk getoetst als selectieve preventie op een jaar na afloop van ovk (Kindt et al., 2014) en bij een ander universeel depressiepreventieprogramma meteen na afloop van het programma (Pössel et al., 2013). Dit geeft aan dat ovk

als universele en selectieve depressiepreventie en weerbaarheidstraining niet aangeboden moet worden.

*Beoogt preventie
primair het
verminderen
van symptomen of
ook het bevorderen
van welbevinden en
weerbaarheid?*

WAAROM IS OVK NIET

EFFECTIEF? Er zijn verschillende verklaringen voor het ontbreken van effecten van het programma. Allereerst is er de manier waarop jongeren deelnamen aan ovk. In het huidige onderzoek was ovk een schoolvak zoals alle andere vakken. Dit betekent dat alle jongeren in de deelnemende klassen

in principe meededen met ovk en het onderzoek. Wanneer de jongere zelf of zijn/haar ouders bezwaar hadden, konden zij zich afmelden. Wellicht dat de jongeren uit deze klassen verschilden in motivatie voor ovk. Jongeren die zichzelf actief aanmelden, zijn waarschijnlijk meer gemotiveerd, waardoor ze mogelijk ook meer leren en de vaardigheden eerder toepassen in hun dagelijks leven. Echter, op deze manier is ovk minder goed te integreren binnen het reguliere curriculum als universele depressiepreventie.

Een tweede verklaring ligt in de kenmerken van het programma. Jongeren uit de universele studie vonden ovk te lang duren, waardoor zij mogelijk hun interesse en motivatie verloren. Onderzoek heeft daarnaast uitgewezen dat preventieprogramma's met een langere duur minder effectief zijn dan kortere programma's (Stice et al., 2009). Jongeren vonden de opdrachten in ovk niet afwisselend en interessant genoeg en hadden meer behoefte aan actieve werkvormen waarbij gebruik gemaakt werd van een digitale leeromgeving. Daarnaast zouden jongeren graag meer

gebeurtenissen uit hun eigen leven besproken willen hebben in plaats van de voorbeelden uit het werkboek. Als zij hun eigen gebeurtenissen vaker zouden inbrengen, worden de vaardigheden uit ovk relevanter en gebruiken zij deze vaardigheden misschien ook eerder in hun dagelijks leven.

Daarnaast kan het bespreken van persoonlijke voorbeelden de groepscohesie en groeps sfeer verbeteren. Dit kan leiden tot een verbetering van de effectiviteit van ovk, aangezien eerder onderzoek laat zien dat een goede groepscohesie gerelateerd is aan betere behandeluitkomsten (Crowe & Grenyer, 2008). Dit beeld wordt bevestigd door de geïndiceerde studies die uitgevoerd zijn naar de effectiviteit van ovk (Poppelaars et al., 2016; Wijnhoven et al., 2014). In deze studies waren alleen de eerste acht bijeenkomsten van ovk gegeven in groepen van gemiddeld twaalf meisjes. In deze groepen was er meer ruimte voor het delen van persoonlijke informatie. De meisjes voelden zich gesteund door hun groepsgenoten, aangezien zij zich realiseerden dat zij niet de enigen waren met deze problemen.

Concluderend: de passieve deelname van jongeren, de kenmerken van het programma en de groepsdynamiek in universele groepen, zijn mogelijke verklaringen voor het uitblijven van een effect van ovk als universele depressiepreventie.

TIJD VOOR EEN NIEUWE AANPAK? Dit is niet de eerste studie die aantoont dat universele depressiepreventie geen effect heeft (bijv. Araya et al., 2013; Harnett & Dadds, 2004; Sawyer et al., 2010). Daarom wordt tegenwoordig wel gepleit voor een andere aanpak van depressiepreventie bij jeugd (Merry, 2013). Wij denken dat een getrapte preventie-aanpak efficiënter is. In een getrapte aanpak is er een periodieke screening op depressieve symptomen voor alle adolescenten, en geïndiceerde preventie voor jongeren die dat nodig hebben (Silverstone, et al., 2015). Op dit moment wordt in de regio Oss een studie uitgevoerd middels een getrapte preventiestrategie: het STORM-project (*Strong Teens and Resilient Minds*; De Jonge-Heesen, 2016). In dit project is de screening op depressieve symptomen bij adolescenten ingebed in de reguliere screening van de GGD op middelbare scholen.

Wanneer jongeren verhoogde symptomen hebben van depressie, dan worden zij uitgenodigd deel te nemen aan ovk. Jongeren die suïcidegevaar lopen, worden binnen 48 uur benaderd voor een gesprek en jongeren met matig tot ernstig suïcidegevaar worden doorverwezen naar de geestelijke gezondheidszorg.

Depressieve symptomen worden vaak niet opgemerkt bij jongeren waardoor zij relatief laat of helemaal niet de zorg krijgen die zij nodig hebben (Onderzoeksagenda GGZ, 2016). Daarom wordt het aangeraden om bij alle jongeren na te gaan of zij last ervaren van depressieve symptomen met korte, valide screeningslijsten (Siu et al., 2016). Op dit moment worden jongeren die risico lopen op een depressie

meestal geïdentificeerd via het invullen van vragenlijsten op scholen. Er zijn daarnaast nog andere settings waar jongeren met depressieve symptomen geïdentificeerd kunnen worden. De screening kan bijvoorbeeld bij de huisarts door diens praktijkondersteuner gedaan worden. Daarnaast zouden de wijkteams bij alle gezinnen waar zij werkzaam zijn extra alert kunnen zijn op internaliserende problematiek bij jeugd. Zij zouden alle jongeren een vragenlijst in kunnen laten vullen

over depressieve symptomen. Deze ideeën sluiten aan bij een recent project waarbij de effectiviteit van een consultatie en adviesteam voor geestelijke gezondheid bij jeugd onderzocht wordt. Dit team ondersteunt de huisartsen en overige verwijzers en geeft advies aan jeugdigen, hun ouders en scholen (voor meer informatie zie ZonMW-link in de literatuurlijst).

STIGMA VERKLEINEN Met alleen het identificeren van jongeren die verhoogde symptomen van depressie ervaren zijn we er nog niet. Jongeren melden zich uit zichzelf niet snel aan om deel te nemen aan een depressiepreventieprogramma of weerbaarheidstraining. Een van de factoren die daarin meespeelt is het taboe dat er heerst rond geestelijke problemen. Bijvoorbeeld: jongeren geven aan niet deel te nemen aan programma's voor de verbetering van de geestelijke gezondheid die op scholen gegeven worden, omdat zij ervaren dat er een negatief beeld heerst onder de leerlingen over het hebben van psychische problemen (Bowers et al.,

*Vooral bij
geïndiceerde en
selectieve preventie
laten jongeren een
sterkere daling
in depressieve
symptomen zien*

Het is van groot belang depressie bij jongeren te voorkomen en de weerbaarheid van jongeren te vergroten

2013). Om ervoor te zorgen dat jongeren deelnemen aan depressiepreventieprogramma's, is het van belang dat het taboe rond psychische problemen, zoals een depressie, doorbroken wordt.

Het belang hiervan wordt ook door het ministerie van VWS onderkend. In september 2016 is daarom een groot-schalige en meerjarige publiekscampagne gestart met als doel het taboe rond depressie te doorbreken, door de kennis van depressie te vergroten en de drempel om over depressie te praten te verlagen (zie de campagne 'Samen Sterk Zonder Stigma').

HET PREVENTIEPROGRAMMA VAN DE TOEKOMST? De toepassing van depressiepreventie in Nederland zal moeten plaatsvinden via implementatie van geïndiceerde programma's. We stellen ons nog wel een aantal vragen bij de ontwikkeling van nieuwe programma's. De eerste vraag is gerelateerd aan het doel van preventie: beoogt preventie primair het verminderen van symptomen of ook het bevorderen van welbevinden en weerbaarheid? Indien het laatste, dan moeten we programma's ook met dat doel ontwerpen. Programma's die tot doel hebben de weerbaarheid van jongeren te vergroten zouden zich vooral kunnen richten op het ontdekken van de eigen sterke kanten en kwaliteiten, gebaseerd op de positieve psychologie (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Jongeren zouden uitgedaagd kunnen worden om hun kwaliteiten in te zetten wanneer zij een probleem ervaren.

Daarnaast is het de vraag of we ons bij preventie van depressie specifiek op de depressie moeten richten of juist een transdiagnostische aanpak moeten nastreven. De huidige depressiepreventieprogramma's zijn vaak gericht op de risicofactoren voor een depressie. De transdiagnostische aanpak richt zich daarentegen op de generieke risicofactoren van meerdere problemen zoals depressie en angst. Jongeren

met een depressie hebben vaak ook een angststoornis: beide stoornissen komen in een derde tot bijna de helft van de gevallen samen voor (Essau, 2008). Een aantal oorzaken van depressie en angst komt overeen, zoals neuroticisme (Zinbarg et al., 2016). Daarnaast zijn er aanwijzingen dat bestaande transdiagnostische behandelingen gebaseerd op cognitieve gedragstherapie, acceptance and commitment therapy en mindfulness-based stress reduction even effectief zijn als specifieke behandelingen voor een specifieke diagnose (Craske, 2012).

Verder is er in de maatschappij de vraag naar meer gepersonaliseerde zorg. Nu krijgen alle jongeren die verhoogd scoren op depressieve symptomen hetzelfde geïndiceerde programma. Maar wellicht is het mogelijk jongeren aparte modules aan te bieden afgestemd op hun persoonlijke situatie. Dit zou jongeren extra kunnen motiveren deel te blijven nemen aan het programma. Een andere manier om jongeren te blijven motiveren is het verwerken van meer interactieve en actieve middelen in preventieprogramma's, zoals video, games, apps en chatgroepen (Granic, Lobel, & Engels, 2014). Hierdoor kan de uitval beperkt worden en wordt er meer resultaat geboekt.

AANBEVELINGEN VOOR ONDERZOEK Toekomstig onderzoek kan zich allereerst richten op de effectiviteit van depressiepreventie, aangeboden via een getrapte aanpak. Om preventieprogramma's verder te verbeteren is het van groot belang te onderzoeken welke mechanismen ervoor zorgen dat een programma effectief is. Daarnaast zal onderzocht moeten worden of bepaalde groepen jongeren, bijvoorbeeld jongens of juist meisjes, beter reageren op een bepaald preventieprogramma (Kazdin, 2007). Als programma's effectief zijn, dan is het van belang de kosteneffectiviteit van het programma te onderzoeken.

Bij het toetsen van een nieuwe interventie is het eerste doel te onderzoeken of de interventie beter is dan helemaal geen enkel programma volgen. Bij de eerste studies naar de effectiviteit van een programma is het verstandig niet te vaak metingen uit te voeren bij de controleconditie, aangezien alleen het monitoren van depressieve symptomen al kan leiden tot bewustwording en vermindering van symptomen (Poppelaars et al., 2016). Daarnaast kunnen ook andere uitkomstmaten dan zelfrapportage meegenomen worden om te analyseren of de depressieve symptomen verminderen. Er kan bijvoorbeeld gekeken worden naar meer kwalitatieve aspecten zoals observaties van gedrag en het analyseren van dagboekfragmenten. Ook mobiele telefoons

bieden de mogelijkheid om op een passieve, niet opdringerige manier data te verzamelen over personen. Er kan dan gedacht worden aan lichamelijke activiteit, afspraken met anderen, slaap-waakritme, of gebruik van sociale media. Deze informatie kan inzicht geven in de stemming van mensen en de kans op een depressie (De Choudhury et al., 2013).

BESLUIT

ovk als universele depressiepreventie is niet effectief en dient dus niet geïmplementeerd te worden. ovk aangeboden als geïndiceerde depressiepreventie voor meisjes is mogelijk wel effectief. Er wordt aangeraden een getrapte preventie-aanpak te hanteren waarbij jongeren gescreend worden op depressieve symptomen en een geïndiceerd programma krijgen aangeboden wanneer nodig. Van belang is dat er in toekomstig onderzoek getoetst wordt welke processen de verandering en verbetering in depressieve symptomen verklaren.

OVER DE AUTEURS

Yuli R. Tak, MSc, is promovenda aan de Radboud Universiteit Nijmegen, aan de afdeling Pedagogische Wetenschappen en Onderwijskunde. Dr. Anna Lichtwarck-Aschoff is als universitair docent aan diezelfde universiteit en afdeling verbonden. Prof. dr. Rutger C.M.E. Engels is faculteitshoogleraar aan de Universiteit Utrecht en voorzitter van de Raad van Bestuur van het Trimbos-instituut. Correspondentie aangaande dit artikel: y.tak@pwo.ru.nl.

Summary

THE EFFECTIVENESS OF THE UNIVERSAL SCHOOL-BASED DEPRESSION PREVENTION PROGRAM 'OP VOLLE KRACHT' IN THE NETHERLANDS

Y.R. TAK, A. LICHTWARCK-ASCHOFF & R.C.M.E. ENGELS

ovk as universal depression prevention was neither effective in preventing depressive symptoms nor in promoting resilience in Dutch adolescents. ovk as indicated depression prevention can be effective for girls. The implications of these findings are discussed. Future studies should test whether implementing ovk as indicated depression prevention as part of a stepped prevention approach is an effective way to prevent depressive symptoms in adolescent boys and girls. In addition, future studies should focus on mediating mechanisms of prevention programs.

Literatuur

- Abramson, L.Y., Alloy, L.B. & Metalsky, G.I. (1989). Hopelessness Depression - a Theory-Based Subtype of Depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372. doi:10.1037/0033-295X.96.2.358
- Araya, R., Fritsch, R., Spears, M., Rojas, G., Martinez, V. et al. (2013). School intervention to improve mental health of students in Santiago, Chile: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 167(11), 1004-1010. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.2361
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive theory and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bowers, H., Manion, I., Papadopoulos, D. & Gauvreau, E. (2013). Stigma in school-based mental health: perceptions of young people and service providers. *Child and Adolescent Mental Health*, 18(3), 165-170. doi:10.1111/j.1475-3588.2012.00673.x
- Bridge, J.A., Goldstein, T.R. & Brent, D.A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 372-394. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x
- 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(6), 1042-1054. doi:10.1037/a0017671
- Cantril, H. (1946). The Intensity of an Attitude. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 41(2), 129-135. doi: 10.1037/h0061991
- Craske, M.G. (2012). Transdiagnostic Treatment for Anxiety and Depression. *Depression and Anxiety*, 29(9), 749-753. doi:10.1002/da.21992
- Crowe, T.P. & Grenyer, B.F.S. (2008). Is therapist alliance or whole group cohesion more influential in group psychotherapy outcomes? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(4), 239-246. doi:10.1002/cpp.583
- De Choudhury, M., Gamon, M., Counts, S. & Horvitz, E. (2013). Predicting depression via social media. Paper presented at the AAAI Conference on Weblogs and Social Media.
- De Jonge-Heesen, K.W.J., van Ettekooven, K.M., Rasing, S.P.A., Oprins-van Liempd, F.H.J., Vermulst, A.A. et al. (2016). Evaluation of a school-based depression prevention program among adolescents with elevated depressive symptoms: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16(1), 402. doi:10.1186/s12888-016-1119-8
- Ellis, A. (1962). *Reasons and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Essau, C.A. (2008). Comorbidity of depressive disorders among adolescents in community and clinical settings. *Psychiatry Research*, 158(1), 35-42. doi:10.1016/j.psychres.2007.09.007
- Gillham, J.E., Reivich, K.J., Brunwasser, S.M., Freres, D.R., Chajon, N.D. et al. (2012). Evaluation of a group cognitive-behavioral depression prevention program for young adolescents: A randomized effectiveness trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(5), 621-639. doi:10.1080/15374416.2012.706517
- Gotlib, I.H., Lewinsohn, P.M. & Seeley, J.R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression - differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 90-100. doi:10.1037/0022-006X.63.1.90
- Granic, I., Lobel, A. & Engels, R.C.M.E. (2014). The benefits of playing video games. *American Psychologist*, 69(1), 66-78. doi:10.1037/A0034857
- Hankin, B.L., Mermelstein, R. & Roesch, L. (2007). Sex differences in adolescent depression: Stress exposure and reactivity models. *Child Development*, 78(1), 279-295. doi:10.1111/j.1467-8624.2007.00997.x
- Harnett, P.H. & Dadds, M.R. (2004). Training school personnel to implement a universal school-based prevention of depression program under real-world conditions. *Journal of School Psychology*, 42(5), 343-357. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jsp.2004.06.004
- Huebner, E.S. (1991). Initial Development of the Student's Life

- Satisfaction Scale. *School Psychology International*, 12(3), 231-240. doi: 10.1177/0143034391123010
- Jaycox, L. H., Stein, B. D., Paddock, S., Miles, J. N. V., Chandra, A. et al. (2009). Impact of teen depression on academic, social, and physical functioning. *Pediatrics*, 124(4), 596-605. doi:10.1542/peds.2008-3348
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 1-27. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Kindt, K. C. M. (2016). Blow away the blues: Preventie van depressie bij jongeren. *De Psycholoog*, 12, 36-47.
- Kindt, K. C. M., Kleinjan, M., Janssens, J. M. A. M. & Scholte, R. H. J. (2014). Evaluation of a school-based depression prevention program among adolescents from low-income areas: A randomized controlled effectiveness trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(5), 5273-5293. doi:10.3390/ijerph110505273
- Merry, S. N. (2013). Preventing depression in adolescents: Time for a new approach? *JAMA Pediatrics*, 167(11), 994-995. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.2862
- Merry, S. N., Hettrick, 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*, 7(5), 1409-1685. doi:10.1002/ebch.1867
- Muris, P. (2001). A brief questionnaire for measuring self-efficacy in youths. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(3), 145-149.
- Onderzoeksagenda GGZ: de juiste behandeling op het juiste moment. (2016). [http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Onderzoeksagenda%20GGZ%20\(def\),%20maart%202016.pdf](http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/Onderzoeksagenda%20GGZ%20(def),%20maart%202016.pdf)
- Poppelaars, M., Tak, Y. R., Lichtwarck-Aschoff, A., Engels, R. C. M. E., Lobel, A. et al. (2016). A randomized controlled trial comparing two cognitive-behavioral programs for adolescent girls with subclinical depression: A school-based program (Op Volle Kracht) and a computerized program (SPARX). *Behaviour Research and Therapy*, 80(1), 33-42. doi:10.1016/j.brat.2016.03.005
- Pössel, P., Martin, N. C., Garber, J. & Hautzinger, M. (2013). A randomized controlled trial of a cognitive-behavioral program for the prevention of depression in adolescents compared with nonspecific and no-intervention control conditions. *Journal of Counseling Psychology*, 60(3), 432-438. doi:10.1037/A0032308
- Samen Sterk Zonder Stigma. (2016). Brede publiekscampagne over depressie om taboe rondom depressie te doorbreken. <https://www.samensterkzonderstigma.nl/sire-campagne/>
- Reynolds, C. R. & Paget, K. D. (1983). National normative and reliability data for the Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *School Psychology Review*, 12, 324-336.
- Reynolds, C. R. & Richmond, B. O. (1978). What I Think and Feel - Revised Measure of Children's Manifest Anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6(2), 271-280.
- Reynolds, C. R. & Richmond, B. O. (1997). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety (Reprinted from *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol 6, pg 271-280, 1978). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(1), 15-20. doi: 10.1023/A:1025751206600
- Sawyer, M. G., Harchak, T. F., Spence, S. H., Bond, L., Graetz, B. et al. (2010). School-based prevention of depression: A 2-year follow-up of a randomized controlled trial of the beyond blue schools research initiative. *Journal of Adolescent Health*, 47(3), 297-304. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.02.007
- Scheier, M. F., Carver, C. S. & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing Optimism from Neuroticism (and Trait Anxiety, Self-Mastery, and Self-Esteem) - a Reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063-1078.
- Scholte, R. H. J., Wijnhoven, L. A. M. W., Creemers, D. H. M., Vermulst, A. A. & Engels, R. C. M. E. (2013). De effectiviteit van een depressie preventieprogramma ('Op Volle Kracht') bij adolescente meisjes met verhoogde depressieve symptomen. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91(7), 405-413. doi:10.1007/s12508-013-0138-9
- Seeley, J. R., Stice, E. & Rohde, P. (2009). Screening for Depression Prevention: Identifying Adolescent Girls at High Risk for Future Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(1), 161-170. doi:10.1037/A0014741
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology - An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi:10.1037/0003-066x.55.1.89
- Silverstone, P. H., Bercov, M., Suen, V. Y. M., 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(5), e0125527. doi:10.1371/journal.pone.0125527
- Siu, A. L. (2016). Screening for Depression in Children and Adolescents: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement Screening for Depression in Children and Adolescents. *Annals of Internal Medicine*, 164(5), 360-366. doi:10.7326/M15-2957
- Steed, L. (2001). Further Validity and Reliability Evidence for Beck Hopelessness Scale Scores in a Nonclinical Sample. *Educational and Psychological Measurement*, 61(2), 303-316. doi: 10.1177/00131640121971121
- Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. N. & Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: Factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 486-503. doi:10.1037/A0015168
- Tak, Y. R., Kleinjan, M., Lichtwarck-Aschoff, A. & Engels, R. C. M. E. (2014). Secondary outcomes of a school-based universal resiliency training for adolescents: a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 14(1), 1171. doi:10.1186/1471-2458-14-1171
- Tak, Y. R., Lichtwarck-Aschoff, A., Gillham, J. E., Van Zundert, R. M. P. & Engels, R. C. M. E. (2016). Universal School-Based Depression Prevention 'Op Volle Kracht': a Longitudinal Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(5), 949-961. doi:10.1007/s10802-015-0080-1
- Tugade, M. M., Fredrickson, B. L. & Feldman Barrett, L. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality*, 72(6), 1161-1190. doi:10.1111/j.1467-6494.2004.00294.x
- Timbremont, B., Braet, C. & Roelofs, J. (2008). *Children's Depression Inventory: Handleiding*. Amsterdam: Pearson.
- Wijnhoven, L. A. M. W., Creemers, D. H. M., Vermulst, A. A., Scholte, R. H. J. & 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(2), 217-228. doi:10.1007/s10802-013-9773-5
- Zinbarg, R. E., Mineka, S., Bobova, L., Craske, M. G., Vrshek-Schallhorn, S. et al. (2016). Testing a Hierarchical Model of Neuroticism and Its Cognitive Facets: Latent Structure and Prospective Prediction of First Onsets of Anxiety and Unipolar Mood Disorders During 3 Years in Late Adolescence. *Clinical Psychological Science*. doi:10.1177/2167702615618162
- ZonMw. (2016). Expertise aan de voorkant. Evaluatie van een Consultatie en Adviesteam Jeugd GGZ in de regio. Retrieved from <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/expertise-aan-de-voorkant-evaluatie-van-een-consultatie-en-adviesteam-jeugd-ggz-in-de-regio/samenvatting/>

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

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

WIJ ZIJN MET SPOED
OP ZOEK NAAR
VERSTERKING IN:
Enschede e.o.,
Emmen e.o.,
Friesland,
Rotterdam
en Venlo.

BENIEUWD NAAR ONS AANBOD?

Bezoek onze website
www.cenzo.nl/zoekt-psychologen
of bel ons
voor een vrijblijvend
gesprek.

Cenzo B.V.

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

CENZO

CENTRAAL NETWERK PSYCHOLOGISCHE ZORG

Bij- en nascholingscursus LEVENSLÖOP ALS LEVENSKUNST

vanuit Existentieel Psychologisch perspectief

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

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

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

DOELGROEP klinisch en GZ-psychologen, psychotherapeuten, huisartsen, palliatieve zorg- en verpleeghuisartsen, medisch specialisten.
ACCREDITATIES AANGEVRAAGD BIJ NIP, FGZP, VCGP en ABC1.

PLAATS Conferentieoord de Poort, Groesbeek.

TIJD op dinsdagen, 24 okt., 21 nov., 19 dec. 2017, 16 jan., 20 feb., 20 mrt., 17 apr. en 15 mei 2018, van 9.30 uur tot 16.30 uur.

AANMELDING vóór 15 juni 2017

Opvragen draaiboek en aanmelding bij de docent
Joske van Huygevoort, klinisch psycholoog en psychotherapeut,
tel. 024-3234503
E-MAIL ppvanhuygevoort@kpnmail.nl
WEBSITE www.joskevanhuygevoort.nl

RINO • amsterdam

opleiding en inspiratie voor professionals in de GGZ

→ Congres

10 maart 2017: Passender Passend Onderwijs

Schoolpsychologencongres 2017
www.schoolpsychologencongres.nl

→ Een selectie uit ons cursusaanbod

Bepikt Begrepen - Een laag IQ in de GGZ
www.rino.nl/bepikt-begrepen

POH/GGZ - Modulair opleidingstraject
www.rino.nl/poh-ggz

Autonomiegerichte behandeling bij angst en depressie
herstellen en ontwikkelen van het vermogen tot zelfregulatie
www.rino.nl/497 | start 15 maart 2017

Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) bij
behandeling PTSS bij kinderen en adolescenten, i.s.m. de Bascule
www.rino.nl/036 | start 29 maart 2017

Systeemtherapie en psychiatrie
www.rino.nl/485 | start 6 april 2017

Opleiding Oplossingsgerichte therapie
www.rino.nl/768 | start 6 april 2017

**Autonomie en Verbondenheid:
Het psychoanalytisch Proces**
het psychoanalytisch referentiekader en de DSM systematiek
www.rino.nl/409 | start 12 april 2017

Meer informatie en inschrijven: www.rino.nl

EENS PSYCHOLOOG,

DIE BRUINE TAFEL IS ZWART, BURGEMEESTER

Blijf je psycholoog als je professioneel een metamorfose ondergaat? In deze rubriek vertellen psychologen over de opmerkelijke carrièreswitch die ze hebben gemaakt. In deze aflevering ...

Jan Boelhouwer, burgemeester gemeente Gilze en Rijen

Hoe je moet omgaan met minderheden, daar zegt de cross-culturele psychologie heel weinig over,' aldus functieleerpsycholoog Jan Boelhouwer. 'Het vakgebied constateert dezelfde problemen als ik zie, maar een oplossing wordt zelden geleverd.' En hij kan het weten, want als burgemeester van de gemeente Gilze en Rijen heeft hij er regelmatig mee te maken. Boelhouwer haalde de landelijke pers met zijn uitspraak over de zwijgcultuur binnen de Turkse gemeenschap in verband met de criminaliteit binnen zijn gemeente. Hij wil het liever niet te veel oprakelen, hij is blij dat de gemoeiden wat bedaard zijn. Want menigeen reageerde furieus en de Turkse gemeenschap eiste excuses. 'In de moskee heb ik mijn excuses aangeboden, maar ik heb het als volgt geformuleerd: "Ik bied mijn excuses aan een ieder van de 2400 inwoners die totaál géén idee heeft dat dit ooit gespeeld heeft."'

Vervolgens legde Boelhouwer uit dat een heel groot deel van wat er binnen de gemeente aan druggerelateerde criminaliteit gevonden wordt, een Turkse basis heeft. Hij analyseerde het als volgt: terwijl de meeste meiden in staat zijn om een hbo of universitaire studie te doen, halen veel jongens nog geen vmbo-diploma. Dat kan dus niet de kwaliteit van het onderwijs zijn. Boelhouwer: 'Het ligt aan de opvoeding. De jongens worden als prinsjes behandeld. En als een prinsje achttien is, wil hij veel geld verdienen.

De hennepsteelt is dan een verleidelijke mogelijkheid. Ik zei: "De verantwoordelijkheid van het probleem ligt dus meer bij u dan bij mij." En toen werd het een beetje stil. En dat de meiden doorstuderden heeft er ook mee te maken dat ze hun gearrangeerde huwelijk kunnen uitstellen zolang ze nog op school zitten. Binnen de psychologie wordt amper erkend dat dit soort mechanismes een rol spelen. En een oplossing is er al helemaal niet.'

Maar hij wil dit dus niet al te veel benadrukken, want een burgemeester moet verbinden. Vervolgens begint hij op te sommen wat er allemaal goed gaat. 'Waar er bij andere gemeenten veel ophef was omdat er een paar asielzoekers moesten worden opgenomen – er werden ruiten ingegooid – vangt Gilze en Rijen sinds jaar en dag 850 asielzoekers op. En de uitbreiding naar 1200 een jaar geleden is rimpelloos verlopen.'

Belangrijk is om inwoners bij de

FOTO VLINDERS: SHUTTERSTOCK / PORTRAIT: VINCENT VAN DEN HOOGEN

ALTIJD PSYCHOLOOG...



overtuigen die fel tegen je is, dan heeft het zin om hem vooral eerst tegemoet te komen en vervolgens te kijken of je iets terug kunt halen. Bij mensen die al een beetje in je kamp zitten, hoeft je dat niet zo sterk te doen. Ik merk dat het nog steeds zo werkt.'

Hij gaf jarenlang les en heeft daar nog altijd profijt van. 'Of het nu gaat over het uitleggen van iets ingewikkelds als de werking van verschillende centra in de hersenstam of een verhaal over de opvang van vluchtelingen, ik weet hoe je mensen mee kunt krijgen in je verhaal.'

ALTERNATIEVE WERKELIJKHEID

Toen hij vanuit de wetenschap de politiek inkwam, moest hij daar aanvaankelijk aan wennen. 'Als wetenschapper verzamel je data, je maakt analyses en trekt conclusies. Dat kan door iedereen worden nagerekend. In de politiek werkt het anders. Als je op basis van alle mogelijke kennis constateert dat deze tafel lichtbruin is, maar als Provinciale Staten zegt: hij is zwart, dan kun je tien keer naar die lichtbruine tafel wijzen, dan is hij toch echt zwart. En met die werkelijkheid moet je dan verder. De mening en de beleving spelen net zo'n grote rol als de feiten. Dat heb ik door schade en schande moeten leren. Besturen is soms het wegen van het onweegbare.'

En zijn er ook nadelen? Boelhouwer: 'Soms als ik iets zeg, reageren mensen met: daar heb je weer zo'n psycholoog. Dan zien ze me niet als burgemeester en dat kan afbreuk doen aan wat je zegt. Maar dat gebeurt maar zelden en het kleeft niet zwaar aan me.'

besluitvorming te betrekken, is zijn overtuiging. En ook dat je laat zien dat je het goede nastreeft. Criminaliteit bijvoorbeeld, daar zit hij 'strak in'. Boelhouwer: 'In de loop der jaren hebben we veel wietkwekerijen gesloten, meer dan menig andere gemeente. Niet dat daarmee de drugsproblematiek in Nederland wordt opgelost, maar zo laat je zien dat het gezag ertoe doet. We tolereren niet dat mensen om elf uur uit hun bed komen, mensen die zichtbaar nooit werken, maar wel de hele dag in een peperdure Maserati door het dorp rijden. Criminelen gaan hier niet vrijuit.'

EXPRESSIE

Boelhouwer promoveerde in 1984 als psycholoog op gelaatsexpressie, werkte jarenlang in de wetenschap aan de Katholieke Universiteit Brabant in de experimentele psychologie en methoden voor hij in 1999 overstapte naar de politiek. Na vier jaar gedeputeerde in

Brabant te zijn geweest zat hij voor de PvdA in de Tweede Kamer, daarna werd hij eind 2010 burgemeester. Hij heeft wel veel aan zijn kennis als psycholoog. 'Ik ben bijna genetisch gemodificeerd door het vakgebied.' Hij is bijvoorbeeld extra gefocust op gelaatsexpressies als hij in onderhandeling is met vertegenwoordigers van verschillende vakbonden. 'De een zegt iets, de ander reageert wat terughoudend. Ze vallen elkaar niet openlijk af, maar hun gelaatsspieren verraden subtiel een verschil van mening. Dan weet ik dat er onderhandelingsruimte is.'

Er zijn ook concrete lessen uit de sociale psychologie waar hij nog altijd gebruik van maakt. 'Als je iemand wilt

Liever niet te veel oprakelen, hij is blij dat de gemoederen wat bedaard zijn

OUDERENPSYCHOLOGEN AAN HET WERK

VAN CURE NAAR CARE



Kennis- en behandelcentrum Landrijt in Eindhoven, onderdeel van zorggroep Archipel, biedt gespecialiseerde verpleeghuiszorg aan bijzondere doelgroepen. In een van de woontorens, omgeven door een ruime tuin, wonen cliënten met gerontopsychiatrische aandoeningen als Huntington, Korsakov en dementie op jonge leeftijd. Verslaggever Jeroen van Goor mocht een dagje meelopen met de psychologen van Landrijt en geeft een kijkje achter de schermen van deze dynamische zorgomgeving.

Terwijl we ons door de gangen spoeden richting een afstemmingsoverleg tussen arts, psycholoog en contactverzorgende, houdt psycholoog in opleiding Nastja stil bij een dame in een roze ochtendjas.

‘Goedemorgen mevrouw!’ roept ze warm, ‘hoe gaat het met u vandaag?’

‘Goed hoor,’ zegt de dame opgewekt, en wijst naar ondergetekende: ‘Is dat je vader?’

‘Nee,’ lacht Nastja, ‘deze meneer is van de krant.’

‘Ah. Dus u schrijft een stukje? Leuk hoor. Nou, een fijne dag nog.’

‘U ook een fijne dag, mevrouw.’

De dame vervolgt haar weg in de richting van de kantine, waar de voorbereidingen op een rock-n-roll-dansmiddag in volle gang zijn, een van de vele activiteiten waar de bewoners aan kunnen deelnemen.

Onderweg knoopt Nastja nog meer praatjes aan met bewoners, contactmomenten waaruit nuttige informatie kan worden geput over iemands algemene





FOTO: FREEKJE GROENEMANS FOTOGRAFIE

toestand. Aangekomen in het kantoortje waar het overleg plaatsvindt zitten de arts (een specialist ouderengeneeskunde) en de contactverzorgende al klaar. Even later schuift ook gz-psycholoog Anouk Matser aan en worden de nieuw opgenomen cliënten besproken, evenals de cliënten 'waar iets mee speelt'.

Een van de casussen betreft een man met dementie die daarnaast is gediagnosticeerd met een narcistische persoonlijkheidsstoornis. Het is bij het personeel bekend dat hij bij tijd en wijle een doodswens heeft.

Matser treft hem met regelmaat op de gang en dan maakt hij die wens kenbaar. 'Ik heb ondersteunende gesprekken met hem gevoerd, met enig resultaat,' verklaart ze. 'Maar de laatste tijd gaat hij erg achteruit.'

'Cognitief of lichamelijk?' vraagt de arts.

'Beide,' antwoordt Matser 'Meneer kampt met slaapproblemen en wordt bijna compleet op bed verzorgd. Als er een poging wordt gedaan hem te draaien laat hij dat niet toe en gaat hij soms slaan. Af en toe komt hij nog uit bed en in zijn rolstoel. Maar



dan krijgt hij een enorme drive de uitgang te zoeken, rijdt hij bij wijze van spreken de deurposten eruit.’

Uit het dossier blijkt verder dat de man ‘s ochtends het liefst door blijft slapen. Pogingen om hem wakker te maken ervaart hij als pesten, terwijl het vanuit het oogpunt van zorg juist belangrijk is om hem in een dag-nachtritme te houden, legt Matser uit. De arts vraagt zich af of dat argument nog opweegt tegen de hinder die de man ondervindt van het wakker maken, waarna Matser een moeilijke, maar ook onvermijdelijke vraag opwerpt: ‘Accepteren we zijn huidige staat en laten we hem liggen, of kunnen we nog proberen vooruitgang te boeken?’

Het is binnen het verpleeghuis een regelmatig terugkerend dilemma. Het team bespreekt de beschikbare opties, maar dat zijn er niet zoveel.

‘Meneer heeft angst voor controleverlies,’ aldus Matser, ‘het is voor hem het fijnste om de regie over zijn leven zoveel mogelijk te behouden en dus zou het beter zijn hem ‘s ochtends maar te laten slapen. Hem

telkens wakker maken is niet bevorderlijk voor de kwaliteit van leven.’

Uiteindelijk wordt besloten nog minimale zorg te verlenen en de man verder zoveel mogelijk met rust te laten, zodat hij zich tenminste niet geplaagd voelt in de laatste fase van zijn leven. De hygiënische situatie wordt besproken, daar moet natuurlijk scherp op gelet worden, stelt de arts. Het definitieve besluit om de behandeling tot een minimum terug te brengen, en daarmee aan te sluiten bij de wens en de beleving van de cliënt, moet in samenspraak met de familie worden genomen, maar Matser schat in dat die ermee zal instemmen.

Nog enkele casussen passeren de revue, dan worden de dossiers opgeborgen en gaat het team uiteen, op naar volgende afspraken of plotse toevoegingen aan de agenda.

‘Geen dag verloopt hier hetzelfde,’ lacht Matser, ‘het is vaak improviseren geblazen, maar dat maakt het juist leuk.’

EIGEN REGIE OVER HET LEVEN

Na de lunch vertelt klinisch neuropsycholoog in opleiding Hanneke Nijsten meer over de wijze waarop men binnen Archipel en in Landrijt het begrip ‘zorg’ invulling geeft. Als kenniscentrum is Landrijt bijvoorbeeld onderdeel van een universitair kennisnetwerk ouderenzorg, gekoppeld aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Vanuit dit netwerk wordt gekeken hoe onderzoek onder bepaalde doelgroepen beter kan worden vormgegeven, met als doel de zorg voor kwetsbare ouderen en chronisch zieken te verbeteren.

‘Vanuit onze netwerken participeren we regelmatig in een groter, landelijk onderzoek, door data te leveren,’ vertelt Nijsten. ‘Daarvoor kijkt de wetenschapscommissie of en op welke locatie en afdelingen we onderzoek kunnen uitvoeren en data kunnen vergaren. Soms komt daar via een promotietraject of een ander onderzoek een resultaat uit voort, een publicatie, en dan is het de vraag hoe je dat resultaat weer naar de praktijk kan overhevelen. Zo ontstaat bijvoorbeeld een richtlijn als Doen bij Depressie, die gaat over de wijze waarop multidisciplinaire screening, diagnostiek en behandeling bij mensen met depressie zou moeten plaatsvinden. Zo’n richtlijn moet worden geïmplementeerd en dan moeten we met elkaar gaan uitzoeken hoe dat op deze locatie het

best in de praktijk gebracht kan worden. Want dat is een kwestie van maatwerk, gezien de diversiteit aan cognitieve problemen zoals die zich voordoet onder onze bewoners.'

Er wordt binnen Landrijt sterk ingezet op kwaliteit van leven, vervolgt ze, en daarbij is regie over het eigen leven binnen een setting waar mensen wonen van enorm belang. De bewoners zijn dan ook niet opgesloten op een afdeling, ze kunnen zich vrij bewegen binnen het gebouw en in de omheinde tuin, of kunnen het complex verlaten, mits dat verantwoord is en zonodig onder begeleiding. Die nadruk op eigen regie komt voort uit een andere opvatting van zorg dan gangbaar is in het ziekenhuis, stelt Nijsten, waar het streven in eerste instantie gericht is op beter maken en/of verlengen van de levensduur.

'Ik zie op een van de revalidatie-afdelingen bijvoorbeeld steeds een cliënte die naar het ziekenhuis vervoerd moet worden voor nierdialyse,' vertelt Nijstens collega Marije Stuart, gz-psycholoog en voorzitter van de vakgroep psychologen. 'We zien dat ze lijdt, ze heeft ontzettende doorligwonden, ze wordt iedere keer met de ambulance vervoerd en je ziet dat dat niet goed gaat. De familie heeft daar een mening over, net als het ziekenhuis, namelijk dat medisch gezien alles voor haar gedaan moet worden, mevrouw zelf spreekt zich wisselend uit in haar wensen, en dat levert een spanningsveld op. Want hier komt het vaker voor dat we moeten zeggen: "We zijn nu op een punt waarop we het moeten loslaten en niet door moeten blijven behandelen." Dat is een afweging die vooral de specialisten Ouderengeneeskunde hier maken. Die delen dat in het team en dan gaan we kijken: hoe is die kwaliteit van leven nog, kunnen we die verbeteren en hoe? Van "cure" ga je dus echt naar "care", en dat is een hele andere vorm van zorg.'

'Binnen het kader van zorg voor ouderen en chronisch zieken is "advanced care planning" dus erg belangrijk,' besluit Nijsten. 'Er komt een moment waarop het echt niet meer gaat, maar hoe gaan we ervoor zorgen dat tot die tijd de kwaliteit van leven nog wél goed is?'

WEINIG WOORDEN

Die zinvolle invulling van het leven krijgt gestalte door activiteiten te organiseren in de dagbesteding. Daar komen cliënten samen om eenvoudig werk te

verrichten of ontspannende activiteiten uit te voeren zoals samen schilderen. Of door met elkaar en mensen 'van buiten' te biljarten of te dansen, zoals later op de dag volop gebeurt in de kantine.

Nijsten laat de werkruimte zien waar zo'n acht bewoners alleen of in groepjes van twee of drie bij elkaar zitten en een kwaliteitscontrole uitvoeren op plastic lantaarnhouders. Dit soort eenvoudige werkzaamheden zijn zinvol omdat er onder de bijzondere doelgroepen binnen Landrijt relatief veel jongere mensen zijn die nog een bijdrage willen en kunnen leveren in een alternatief arbeidsmatig proces. Een kleine man met een bril zit in alle rust prijskaartjes van het plastic te schrappen.

'Ik vind het leuk om te doen,' verklaart hij desgevraagd, 'je blijft lekker bezig en het is gezellig, je maakt een praatje en bent onder de mensen.'

Naast de werkruimte is de creatieve werkplek ingericht, een erg gewilde plek, aldus Nijsten. 'Mensen hier hebben behoefte om iets creatiefs te doen, het is belangrijk om jezelf te kunnen blijven uitdrukken, zeker omdat sommige mensen hier weinig woorden meer hebben.'

'Hij rijdt bij wijze van spreken de deurposten eruit'

IN EEN HOEKJE LEZEN

De rondleiding gaat verder, langs de zogenoemde leefmilieus, woonafdelingen in een 24-uurs behandelsetting waar een beperkt aantal bewoners (gemiddels negen) een eigen kamer met badkamer heeft en samen een grote gezamenlijke huiskamer met keuken deelt. De huiskamer is ook met recht huiselijk te noemen: een mooi afgewerkte schouw, comfortabele banken rondom een flatscreen-tv, waar de bewoners rustig bij elkaar een kopje thee zitten te drinken.

'We proberen de omgeving en de zorg in te richten op mensen die dezelfde behoeften hebben,' legt Nijsten uit, 'zodat je in een leefmilieu een groep van min of meer gelijkgestemden krijgt. Ze hoeven niet hetzelfde ziektebeeld te hebben, maar hebben bijvoorbeeld veel veiligheid nodig, zijn juist actief of

moeten voldoende gestimuleerd worden. Jongere mensen met dementie, wat zich al bij veertigers kan ontwikkelen, zijn over het algemeen actiever dan ouderen met vergelijkbare problemen. Het is dan ook niet handig om een cliënt die behoefte heeft aan rust te plaatsen op een afdeling waar men gericht is op activiteiten. Dat kan voor frictie binnen de groep zorgen, maar het is niet altijd te vermijden.'

Dat komt door de altijd aanwezige druk om lege bedden te vullen, stelt Nijsten, waardoor cliënten soms op een afdeling worden geplaatst die niet ideaal voor ze is. Als voorbeeld noemt ze een oudere man met autisme, van wie vermoedt wordt dat hij hoogbegaafd is. Die wil het liefst de hele dag rustig in een hoekje zitten lezen, maar omdat er toevallig een bed vrij is wordt hij geplaatst op een afdeling die relatief sterk gericht is op activiteiten. Hij wordt niet geacht daaraan deel te nemen, maar het stoort hem wel.

TERRITORIUMSTRIJD

In het recente verleden waren de meeste verpleeghuizen nog anders ingericht. Er zaten vaak vier personen op één kamer, op een afdeling met in totaal dertig mensen, die samen twee huiskamers moesten delen. Met de komst van de leefmilieus is grote vooruitgang geboekt, stelt Nijsten, maar ook onder de verbeterde omstandigheden kan probleem- of pestgedrag ontstaan, ook op de leefmilieus kan je dat niet uitsluiten.

'Je zet vreemden bij elkaar en die hebben allemaal verschillende aandoeningen,' legt ze uit, 'men moet rekening zien te houden met een ander. Je ziet hier soms territoriumstrijd zoals op het schoolplein of op het werk. Het kan zijn dat iemand zegt: "Ik zit altijd op die plek aan tafel, daar mag niemand anders zitten." Ik heb een situatie gezien waarbij twee mannen bij de deur stonden en niet voor elkaar aan de kant wilden. Dat werd steeds een hoogoplopend conflict.'

Het is te vergelijken met een verkeerssituatie waarbij een van de twee automobilisten de ander voorrang moet geven. 'Als dat twee alfa's zijn, sta je elkaar ontzettend in de weg, met een opstopping tot gevolg. Dat is eigenlijk hetzelfde wat je hier ook soms ziet, zeker bij mensen waar ook een persoonlijkheidsproblematiek speelt. Die proberen soms allianties te sluiten met anderen, waardoor een soort wij/zij-kamp ontstaat.'

Dan kan het gebeuren dat een bewoner buiten de groep valt, dat er één persoon is waar de rest van de

groep last van zegt te hebben. Nijsten: 'Op het moment dat iemand bijvoorbeeld meer vergeetachtig en dement wordt dan de anderen, zie je vaak dat diegene wordt buitengesloten, dat de anderen er niet mee aan tafel willen zitten, want ze worden moe van al die vragen en vinden het maar raar en lastig.'

In Landrijt doet men het maximale om dergelijk gedrag te voorkomen, door in de leefmilieus een zo passend mogelijke omgeving te creëren. 'Eigenlijk vind ik dat het opvallend vaak heel goed gaat,' stelt Nijsten, 'vooral als je ziet dat we al die mensen bij elkaar kunnen zetten die allemaal forse problemen hebben en niet meer voor zichzelf kunnen zorgen. Moet je nagaan, als je dertig gezonde mensen zo bij elkaar zet, zou de tent te klein zijn, daar zou je reality-tv van kunnen maken.'

Het geeft haar veel voldoening dat ze mensen in de laatste fase van hun leven kan begeleiden. Het werk dat psychologen in het verpleeghuis doen wordt weleens onderschat, stelt ze, want het vormt een grotere uitdaging dan vaak wordt gedacht.

'De zorg voor deze doelgroep vraagt om een bepaald opleidingsniveau, door de complexe, elkaar overlappende problemen moet je meerdere dingen tegelijk kunnen doen. Ik vind het mooi om te zien dat mensen in de laatste fase van hun leven, ondanks hun beperkingen en afhankelijkheid, vaak zo ontzettend veel veerkracht laten zien. Ze hebben al een heel leven achter zich en het geeft me voldoening dat ik er in het laatste deel aan kan bijdragen dat ook dat zinvol is. Het leven van deze mensen, die om wat voor reden dan ook niet meer thuis kunnen wonen, menselijk en waardig te maken. Als ik later oud ben en zorg nodig heb, hoop ik dat er dan ook mensen zullen zijn die mij zullen blijven herkennen en erkennen als de mens die ik ben en was.'

EEN KUS OP DE WANG

Voor gz-psycholoog Anouk Matser is het tijd voor een volgend overleg, ditmaal om in een mediatieve, coachende rol met een aantal verpleegkundigen en verzorgenden hun dagelijkse omgang met bepaalde bewoners door te nemen. Op die manier probeert ze het team te beïnvloeden en het gedrag van de cliënt in de gewenste richting te sturen. Een van de casussen die voorbijkomt is die van een dementerende man, een voormalige zeeman die op zijn afdeling overlast

veroorzaakt. Hij stelt allerlei eisen en schreeuwt verontwaardigd als die niet meteen worden ingewilligd. Ook heeft hij het aan de stok met een medebewoner, die ongevraagd sigaretten van hem af zou pakken.

‘Hij verwacht van mij dat ik alles voor hem oplos,’ geeft een van de verpleegkundigen aan. ‘Als hij niet stande pede aan de beurt is voor bijvoorbeeld een kop koffie, accepteert hij dat niet en wordt hij boos.’

Het is enigszins kinderachtig gedrag, zegt Matser, die het team adviseert daar niet in mee te gaan. ‘Probeer altijd een volwassen toon te houden,’ zegt ze, ‘en blijf een stukje nabijheid geven, ook als iemand steeds boos op je wordt. Dat investeren in contact betaalt zich uit. Blijf dus doorgaan met kleine positieve contactmomenten en kom hem af en toe tegemoet, dan bouw je een reserve op. Maar niet teveel, net als bij een kind werkt dat averechts.’

Die aanpak werkt, bevestigt een andere verpleegkundige. ‘Als ik hem tegemoetkom zakt hij snel terug in zijn rust. Als ik hem bijvoorbeeld z’n biertje iets eerder breng dan normaal, of als ik hem een kus op zijn wang geef, wordt hij daar blij van.’

Naar aanleiding van de input tijdens het overleg besluit Matser zelf ook nog even bij de cliënt in kwestie langs te gaan. Ze vraagt eerst of hij toestemming geeft om een verslaggever binnen te laten, want ook dat is een vorm van eigen regie behouden. Dat vindt de man geen probleem.

Hij ligt in bed, zijn hagelwitte baard rust op zijn brede borst, daaronder houdt hij zijn handen gevouwen op zijn buik. Aan de muren zijn plaatjes van honden en katten geprikt, boven de spiegel hangt een crucifix. Een kleine tv staat aan, een herhaling van een spelshow op RTL4. Hij steunt op zijn onderarmen en zijn massieve romp komt iets omhoog. Er bungelt een zilveren kettinkje om zijn nek. Zijn ogen glinsteren, hij lijkt verheugd Matser te zien.

‘Hoe is het?’ vraagt de gz-psycholoog, ‘Je was boos hè? Ben je nog steeds boos?’

‘Nou, die man pakt m’n spullen niet meer, dus nee.’

‘Dus dat is opgelost? Mooi zo. Zullen we even de dagstructuur bekijken? Klopt alles nog?’

Het is de bedoeling dat de man ’s ochtends tussen acht en negen verzorgd wordt. ‘Maar da’s toch veel te laat!’ sputtert hij. Een woede-uitbarsting lijkt nabij, maar Matser blijft rustig tegen hem praten, met



Hanneke Nijsten (l) en Anouk Matser (r)

eenvoudige woorden, maar wel als de ene volwassene tegen de andere.

‘Dat hadden we toch afgesproken? Als jij nou niet steeds belt, dan zorg ik dat je op een vast tijdstip verzorgd wordt, dan weet je ook waar je aan toe bent en hoef je niet te liggen wachten tot ze komen. Akkoord?’

De man lacht, hij is blij met deze oplossing. ‘Akkoord!’ zegt hij, en handen worden geschud.

En zo is er weer een dag voorbij in dit veelzijdige verpleeghuis. In en rondom de eetruimte op de begane grond is inmiddels van alles te doen. De eerste dansparen zwieren al rond op rock-n-rollmuziek en in een gezellig, bruin café-achtig hoekje wordt gebiljart door leden van een biljartvereniging van buiten. Bewoners komen er graag naar kijken en proberen soms zelf ook nog een carambole op het laken te leggen. Zo blijft er verbinding met de buitenwereld en ook dat is belangrijk voor de kwaliteit van leven, want die staat in Landrijt voorop.

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

BIJEENKOMST

SPITSUUR VOOR PSYCHO- PATHOLOGIE



Tijdens de opening van het congres *Ontwikkelingsstoornissen in Perspectief** wordt het *Leerboek Ontwikkelingsstoornissen in de Levensloop* gepresenteerd. Het boek verklaart waarom dagvoorzitter en redacteur Rutger Jan van der Gaag nooit spijt heeft gehad van zijn overstap van de volwassenenpsychiatrie naar de kinder- en jeugdpsychiatrie: bijna alle psychiatrische stoornissen ontstaan tijdens de jeugd en kunnen alleen begrepen worden vanuit de (ab)normale ontwikkeling.



Met reuzenstappen leidt hoogleraar Kinder- en Jeugdpsychiatrie Frits Boer ons door de verschillende fasen van de menselijke ontwikkeling. Die begint al voor de geboorte als kindjes in de baarmoeder de klanken van hun moedertaal oppikken en bij fel licht hun negatieve emoties reguleren door hun ogen met hun handjes te bedekken. Anders dan de ontwikkelingspsycholoog Jean Piaget dacht, stopt de cognitieve ontwikkeling niet in de adolescentie. Pas tijdens de vroege volwassenheid ontstaat epistemische cognitie: het vermogen om op metaniveau te reflecteren op het denken waardoor relativeren mogelijk wordt. Ook leren mensen dan beter omgaan met de beperkingen en tegenstrijdigheden van het leven, omdat het denken verschuift van hypothetisch naar pragmatisch. Boer windt er geen doekjes om:

veroudering is een progressief verlies van cellen en functies. Gelukkig brengt de verminderde denk- en reactiesnelheid op oudere leeftijd ons ook iets moois. Want het verlies aan vloeiende intelligentie wordt in combinatie met al onze eerder opgedane kennis, de gekristalliseerde intelligentie, door anderen ervaren als wijsheid.

Op het eind relateert Boer zijn overzichtelijke weergave van de menselijke ontwikkeling. 'In feite is de ontwikkeling een volledig continu proces waarin motorische, sociaal-emotionele en cognitieve processen zich tegelijkertijd afspelen en waarin alle gedrag een combinatie is van aangeboren patronen en opgedane ervaring.' Met een fraaie paradox verduidelijkt Boer waarom wij dit complexe proces nooit geheel zullen vatten: *'If our brains were simple enough for us to understand them, we would be so simple that we couldn't.'*

EVOLUTIONAIRE WORTELS

Mensen zijn niet gemaakt voor een zittend leven, eerst met te veel kinderen in de klas en later met alle collega's in dezelfde kantoorruimte. Na ruim tweehonderdduizend jaar te hebben geleefd als jagers en verzamelaars, wijken wij volgens kinder- en jeugdpsychiater Wouter Staal in onze huidige maatschappij te veel af van onze natuurlijke aanleg. Deze mismatch verklaart waarom de kans op een psychische stoornis in een dorp kleiner is dan in een stad.

We leren jongens om niet te huilen en meisjes om niet op te vallen

Vanuit de evolutie wordt ook duidelijk waarom gender zo'n grote invloed heeft op het ontstaan en de uiting van psychopathologie. 'In een jager-verzamelaargemeenschap werd een vrouw aantrekkelijk gevonden wanneer zij dankzij haar goede sociale vaardigheden voor verbinding kon zorgen,' legt psychiater Patricia van Wijngaarden-Cremers uit. 'Mannen moesten juist uitblinken met goede individuele prestaties en mochten zich niet met de groep bemoeien.'

Deze verschillen zitten nog steeds in onze biologische opmaak – vrouwen zijn gevoeliger voor reacties uit hun omgeving en reageren op stress sneller met angst en depressie – en in onze maatschappij. We leren jongens niet te huilen en meisjes om niet op te vallen. Dus kopiëren meisjes met autisme en ADHD nauwgezet gedrag van andere meisjes waardoor de stoornis bij hen vaak pas in de adolescentie wordt vastgesteld, wanneer zich ook andere problemen als angst en depressie hebben ontwikkeld. Daarom pleit Van Wijngaarden-Cremers voor betere screeningsinstrumenten voor meisjes: 'Als er in een gezin jongens met gedragsstoornissen zitten, vergeet dan de meisjes niet.'

GENETISCH ONDERZOEK

Autisme heeft, net als veel psychische stoornissen, een duidelijke erfelijke component. 'Enerzijds gaat het om veel voorkomende risicogenen die ieder afzonderlijk

het risico op een bepaalde ziekte een klein beetje verhogen,' vertelt kinder- en jeugdpsychiater Jacob Vorstman. 'Samen vormen deze genen netwerken die verantwoordelijk zijn voor specifieke biologische mechanismen. In het geval van autisme is het genen-netwerk betrokken bij de informatieoverdracht in de synaps.' Zo geeft genetisch onderzoek via een omweg inzicht in de neurobiologische mechanismen die ten grondslag liggen aan psychopathologie. 'Hierdoor kunnen gericht nieuwe medicijnen worden ontwikkeld,' zegt Vorstman enthousiast, 'dat was voorheen op basis van de DSM niet mogelijk omdat aan dezelfde observeerbare symptomen een andere oorzaak ten grondslag kan liggen, en vice versa.'

Bij autisme zijn zeldzame structurele afwijkingen in het DNA belangrijker dan frequent voorkomende genetische varianten. Een voorbeeld van een structurele variant is een Copy Number Variant (CNV), waarbij een groot gedeelte van een chromosoom dubbel aanwezig is of ontbreekt. Een CNV geeft een risico in de orde van zo'n 25% op een bepaalde aandoening, en vaak ook nog op diverse andere somatische en psychische ziekten. 'We kunnen nu al bij ongeveer 20% van de patiënten met autisme een genetische oorzaak aantonen en de lijst met CNV's groeit met de week,' zegt Vorstman. 'Deze inzichten uit de genetica veranderen de klinische praktijk, want een genetische diagnose geeft niet alleen inzicht in mogelijke comorbiditeit, maar ook in de prognose en de beste therapeutische opties.'

PLASPIL BIJ AUTISME

Voor een subgroep van kinderen met autisme komt, als het aan kinder- en jeugdpsychiater Hilgo Bruining ligt, binnenkort een effectieve behandeling beschikbaar. Dit is te danken aan de toevallige observatie dat sommige kinderen met autisme een paradoxale reactie op benzodiazepinen laten zien. Ze worden prikkelbaar en druk, terwijl benzodiazepinen juist de remmende werking van de neurotransmitter GABA versterken en dus normaal gesproken een sederend effect hebben. Blijkbaar heeft de neurotransmitter GABA bij deze kinderen geen remmende, maar nog steeds een opwekkende functie. 'Ook in de baarmoeder heeft GABA een opwekkende functie,' legt Bruining uit. 'Pas wanneer bij de geboorte de chloorconcentratie daalt, krijgt GABA een remmende werking. We



vermoeden dat bij sommige kinderen met autisme en epilepsie de gebruikelijke daling in de chloorconcentratie niet heeft plaatsgevonden.' Omdat de GABA-switch zich daardoor niet heeft voltrokken, is de prikkelbalans in de hersenen verstoord. Kinderen met epilepsie kunnen informatie niet filteren en laten alle prikkels binnen, kinderen met autisme hebben moeite om onderscheid te maken tussen relevante en irrelevante prikkels. Inmiddels heeft Bruining vijf kinderen behandeld met de plaspil Bumetanide. Deze pil verlaagt niet alleen de chloorconcentratie in de nieren, maar ook in de hersenen waardoor de onrijpe GABA-activiteit verdwijnt. Na drie maanden waren de vijf kinderen allemaal enorm vooruitgegaan, een resultaat dat Bruining hoopt te repliceren in de BAMBI-studie waaraan negentig kinderen met autisme en epilepsie meedoen. 'Misschien is ontwikkeling niet in alle gevallen een onomkeerbaar proces,' concludeert Bruining hoopvol.

HET BELANG VAN COMMUNICATIE

Kinderen hebben vooral buikpijn, adolescenten klagen over moeheid en volwassenen kunnen lijden onder een heel scala aan vage lichamelijke klachten. Hoewel Somatisch Onvoldoende Verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) de meest gestelde diagnose is binnen de gezondheidszorg, twijfelen veel artsen aan hun competentie om goed met deze klachten om te gaan. 'Vanuit deze onzekerheid maken artsen fouten,' vertelt psychiater Babette De Graeff-Meeder. 'Ze luisteren niet goed naar hun patiënten en stellen te snel een somatisch onderzoek voor. Hierdoor kan een somatische fixatie ontstaan die de klachten in stand houdt'. Medisch handelen kan dus schadelijk zijn. Ook het uitspreken van een negatieve verwachting door de arts kan de klachten erger maken: het nocebo-effect. Omgekeerd geldt dat een empathische, accepterende en geruststellende houding juist bevorderlijk is voor het herstel. 'De manier van communiceren in de behandeling van SOLK is doorslaggevend,' concludeert De Graeff-Meeder.

Ook bij jeugdige delinquenten is het belangrijk om flink in de behandelrelatie te investeren. Wanneer hoogleraar Forensische Psychiatrie Arne Popma vraagt wie in de zaal vrijwillig naar het congres is gekomen en wie erop vertrouwt dat wat de sprekers vertellen op hoofdlijnen klopt, steken alle 150 aanwezigen hun

vinger op. 'Jonge boefjes zitten met een ander gevoel tegenover hun behandelaar,' legt Popma uit, 'en daarom proberen wij in het Hersenen Effect Traject Onderzoek eerst het vertrouwen te winnen van de ruim vijfhonderd multiprobleemjongeren die wij een jaar lang volgen.' Om maatschappelijk relevant onderzoek te doen, werkt Popma vanuit de academische werkplaats De Nieuwe Kans in Rotterdam samen met organisaties zoals het Jongerenloket. Bij dit loket is de helft van de jongeren door een tekort aan arbeidsplaatsen al na een maand verdwenen, weet Popma inmiddels. Ook is duidelijk geworden dat een behandelduur van vier maanden voor deze doelgroep te kort is om de kans op recidive te verminderen.

KWETSBARE JONGEREN

Bij dieren geven sociale isolatie, stress en cannabis tijdens de adolescentie de grootste kans op abnormaal gedrag. Bij mensen geldt iets soortgelijks: driekwart van alle psychopathologie ontstaat voor het 25e levensjaar. 'In die periode maken de hersenen de grootste ontwikkeling door. Dat maakt jongeren kwetsbaar,' legt hoogleraar Transitiepsychologie Thérèse van Amelsvoort uit. Het Nederlandse zorgsysteem is dus op zijn zwakst waar het op zijn sterkst zou moeten zijn: het achttiende levensjaar, de leeftijd waarop iemand volgens de wet meerderjarig is, noemt Van Amelsvoort het spitsuur voor psychopathologie. Helaas bestaat er juist voor jongeren tussen de 16 en 25 jaar een groot gebrek aan goede screeningsinstrumenten. Dat maakt het lastig om te bepalen of een jongere alleen maar een lastige puber is of misschien toch een persoonlijkheidsstoornis heeft.

Zelf is Van Amelsvoort sinds de transitie in de jeugdzorg meer met jongeren gaan werken, en dat bevalt haar goed: 'Vroege interventie is enorm belangrijk. Als volwassenenpsychiater ben je vaak te laat met je behandeling.'

Annemarie Huiberts is psycholoog en journalist.

E-mail: Annemarie__h@live.nl

* Het congres Ontwikkelingsstoornissen in Perspectief in de Reehorst in Ede werd georganiseerd door congresorganisatie Sympopna in samenwerking met uitgeverij De Tijdstroom. Meer informatie: www.sympopna.nl.





JUNIOR – GHISLAINE REGOUT

Na het atheneum wist ik nog niet precies wat ik wilde studeren. Om dat uit te zoeken, nam ik een tussenjaar op het Bernard Lievegoed College in Driebergen-Zeist. (Deze Vrije Hogeschool is een particulier onderwijsinstituut voor havo en vwo-leerlingen om zich te bezinnen op de toekomst, red.) Ik overwoog een rechtenstudie, want ik ben analytisch

ingesteld. Maar ik houd ook van muziek, ik speel gitaar en componeer. Toch koos ik uiteindelijk voor psychologie. Ik ben het gaan studeren aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Ik wil niet zozeer mensen helpen, ik wil hen vooral motiveren zichzelf te helpen.

Van inleiding tot de psychologie tot meer specialistische vakken, alles vond ik boeiend. Maar voor het vak diagnostiek

had ik een bijzondere belangstelling. Ik hou van de levensverhalen en vind het leuk om te puzzelen over wat er met iemand aan de hand is.

Aanvankelijk was ik niet zo'n fan van neuropsychologie, maar toen ik in de verslavingszorg werkte en ik neuropsychologisch onderzoek nodig had om te bekijken of er schade was bij cliënten, begon ook neuro-onderzoek me te boeien.

BIOSCOOPZAAL

De studie vond ik prima, maar de massaliteit is een probleem. Dit jaar is de grootste collegezaal te klein voor de eerstejaarscol-



FOTO: LEONIE VAN DER LOOCHT - HUIJBERS

De meeste mensen zijn in shock als ze horen dat ik in de verslavingszorg heb gewerkt

Het jaar erop heb ik uiteindelijk stage gelopen bij een instelling voor verslavingszorg. Ik ben vooral geïnteresseerd in verslavingszorg en zorg voor patiënten met complexe problematiek. Wellicht komt ook mijn liefde voor muziek weer om de hoek kijken: als tiener las ik al biografieën van rocksterren. Mijn favoriete muzikanten zijn David Bowie en Prince. Maar ook Ramses Shaffy fascineert me. Hoe chaotisch hun leven ook was, ze hebben veel bereikt. Oog hebben voor mensen die op een of andere manier anders zijn, vind ik belangrijk. Psychologen worden opgeleid om te zien dat mensen anders zijn en dat ze daaraan lijden, maar het kan ook hun kracht zijn.

De meeste mensen zijn in shock als ze horen dat ik in de verslavingszorg heb gewerkt. Dat verwachten ze niet van zo'n schattig meisje van 1.60 m. Toch ligt daar mijn hart. Ik heb wat minder met de basiszorg. Protocollen zijn bijvoorbeeld heel handig, ik werk er graag mee, maar ik vind het prettig dat je er binnen de verslavingszorg iets losser mee kunt omgaan.

Wat ik niet had verwacht was dat sommige verslaafden zo'n moeite met scholing hadden. Veel informatiemiddelen die we konden aanbieden, zijn op mbo-niveau. Maar er is een groep die dat niveau niet haalt. Hoe buig je de stof zo om dat je hen ook bereikt?

ZWAARDERE PROBLEMATIEK

Binnen vier maanden na afronding van mijn studie kreeg ik een werkervaringsplek bij een andere afkickkliniek. Daar

heb ik behandelingen gedaan en met een collega groepen begeleid. Inmiddels werk ik heb ik een contract gekregen op een bijlesinstituut, waar ik tieners begeleid die vanwege psychologische of ontwikkelingsproblemen moeite hebben met school. Ik heb gezegd dat ik als afgestudeerd psycholoog graag de wat zwaardere problematiek wil. Ik krijg ervoor betaald, maar het is wel tijdelijk.

Verder werk ik mee aan een onderzoeksproject over muziek en psychologie. Ik ben bezig met literatuuronderzoek naar terreinen waar muziek en psychologie elkaar overlappen. Daarnaast schrijf ik in het Engels een boek over loopbaanbegeleiding en ik vertaal het in het Nederlands. Als het af is, ga ik op zoek naar een uitgever. Verder schrijf ik columns voor *Humans of Psychology*, een blog voor psychologiestudenten en -starters. En ik ben aangesloten bij Caredate, een soort correlatie plus, via een site kun je op een laagdrempelige manier een paar gesprekken met een psycholoog aanvragen.

Hoe leuk deze projecten ook zijn, ik ben op zoek naar iets vast. Op dit moment heb ik een aantal ijsers in het vuur. Ik solliciteer in Nederland, maar ook in Engeland, waar ik graag zou werken. Ik heb *Cambridge English, Proficiency (CPE)* gedaan, een talencursus op het hoogste niveau. Ik heb mijn master- en bachelorscriptie in het Engels geschreven en ik heb cliënten behandeld die niet goed Nederlands spreken.

Ik ben inmiddels een jaar afgestudeerd. Alles bij elkaar doe ik het zo slecht nog niet.'

leges en worden ze in een grote bioscoopzaal gegeven, de Cinemec in Nijmegen-Lent. Ik vind het bovendien erg zonde dat zoveel ambitieuze mensen die iets willen betekenen voor anderen, al een jaar werkloos thuis zitten of zich gedwongen voelen werk aan te nemen dat ver onder hun niveau ligt. Voor mij was het bijvoorbeeld moeilijk om een masterstageplek te vinden. Ik was niet de enige, er waren twee keer zoveel studenten als stageplekken. Ik heb hierdoor ook studievertraging opgelopen die ik heb opgevuld door extra vakken te volgen en ervaring op te doen via een werkervaringsplek.

NIEUW! PSYCHOLOOG.NL EEN MUST VOOR UW PRAKTIJK

SLECHTS
19,95 EURO
PER MAAND

- Professionele Online Presentatie
- Geoptimaliseerde vindbaarheid
- Direct contact met nieuwe cliënten
- Praktijk 2-5 personen: 29,95 euro
- Nú drie maanden gratis
- All in, geen kosten achteraf

www.psycholoog.nl

Nieuwe inspiratie opdoen?

Onze scholingstips:

- E-learning module DSM-5
- Basis- en vervolgcursussen EMDR
- Masterclass Effect van muziektherapie op sociaal gedrag van kinderen met autisme
- Congres Stressvol ouderschap van zeer jonge kinderen

Bekijk alle mogelijkheden op www.rinogroep.nl

**RINO
GROEP**