

DE PSY- CHO- LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN

JAARGANG 53 • NR 4 • APRIL 2018

RUIKEN TOT JE EEN ONS (MINDER) WEEGT: TRIGGERS VAN DE OBESOGENE OMGEVING • TWEE MISVATTINGEN OVER ROM: ROUTINE OUTCOME MONITORING 'BEWEZEN EFFECTIEF'? • DE GEREEDSCHAPSKIST: CAUSALITEIT, BROCCOLI EN DEPRESSIE • INSPIRATIE: NICO VAN YPEREN • EENS PSYCHOLOOG, ALTIJD PSYCHOLOOG... JELLE HEIDSTRA • ESSAY: HET AMSTERDAMSE FOBIEËNPROJECT • TUCHTRECHT: EEN KLASSIEKER! • COLUMN HAROLD BEKKERING

LILIAN JANS-BEKEN VAN GROOT RIJBEWIJS NAAR DOCTORSBUL



SCID-5: GEHEEL VERNIEUWD

Gestructureerd klinisch interview voor de classificatie van de meest voorkomende psychische stoornissen.



- Aangepast aan de classificatiecriteria van de DSM-5
- Extra modules voor de Nederlandse situatie
- Bespaar tijd met de vragenlijst
- Meer gemak met het scoreformulier

Boompsychologie
& psychiatrie

LEES MEER EN BESTEL OP WWW.SCID5.NL

IDS-2

Intelligentie- en ontwikkelingsschalen
voor kinderen en jongeren

Handleiding



Alexander Grob
Priska Hagmann-von Arx

Nederlandse bewerking door Selma Ruiter,
Marieke Timmerman en Linda Visser

1 Afname-instructies

ids²
Intelligentie- en
ontwikkelingsschalen-2

hogrefe

Kom naar onze informatiedagen

Maak kennis met de IDS-2: onze nieuwe intelligentie- en ontwikkelingstest

De Nederlandse auteurs vertellen over de inhoud van deze test en hoe deze in de praktijk te gebruiken is. U kunt de materialen zien en voelen. En u kunt vragen stellen. Specifieke vragen die door onze informatie over deze test nog niet beantwoord zijn.

- 20 april 14:00-17:00 in Zwolle
- 24 april 14:00-17:00 in 's-Hertogenbosch
- 26 april 14:00-17:00 in Amsterdam

Meld u aan op www.hogrefe.nl/ids-2

Meer weten? Kijk op www.hogrefe.nl
of e-mail naar marketing@hogrefe.nl

hogrefe

- 10 RUIKEN TOT JE EEN (ONS) MINDER WEEGT** – Paula is vijftien kilo te zwaar en probeert al jaren af te vallen. Overdag op haar werk gaat het goed, maar zodra de kinderen 's avonds in bed liggen en de televisie gaat aan, gaat het mis. Cue exposure therapie helpt haar lichaam de mond te snoeren. 'Het is voor de klinische praktijk van belang om zoveel mogelijk essentiële voedingsmiddelen te betrekken tijdens cue exposure therapie,' stelt Ghislaine Schyns.
- 20 HET AMSTERDAMSE FOBIEËNPROJECT** – In 1966 initieerde klinisch psycholoog en hoogleraar persoonlijkheidsleer Johan Barendregt (1924-1982) aan de Universiteit van Amsterdam het ambitieuze Fobieënproject. Florence van Zuuren, destijds medewerker van Barendregt, blikt in dit essay terug op dit in zowel theoretisch als methodologisch opzicht vernieuwende project.
- 34 TWEE MISVATTINGEN OVER ROM** – Vanuit hun kennis en expertise over de grondslagen van psychologische metingen hadden psychologen veel eerder een hoofdrol mogen opeisen in de discussie over de zin en onzin van Routine Outcome Monitoring (ROM), stellen Anton Hafkenscheid en Jim van Os. 'Het is merkwaardig hoe zelfrapportage-lijsten door voorstanders van verplichte ROM als valide indicatoren voor 'behandeluitkomst' worden gezien.'

9/6: Open dag!

Ons programma-boek 2018/2019 komt eraan!

Een greep uit het nieuwe aanbod:

- Verdiepingscursus traumadiagnostiek en EMDR therapie bij mensen met een VB
- Congres Kinderen, jongeren en seks op 11/6
- Diagnostiek en behandelen van dwang, preoccupaties en rituelen bij autisme
- Shared decision making: samen beslissen over jeugdhulp
- Postmaster opleiding VB

Vraag het programmaboek aan op www.rinogroep.nl/pb

RINO
GROEP



Training & Opleiding
De psychologie van het lichaam

1^{ste} Module: 6-daagse Masterclass Lichaamswijsheid herkennen en toepassen

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

Deze Masterclass biedt een gedegen theoretisch kader en concrete methodieken. Als Psycholoog leer je te werken met lichaamsdiagnostiek en lichaamsgerichte interventies te integreren in je werk.

Start: 11 oktober 2018

Locatie: Conferentiecentrum te Werkhoven, (Utrecht)

Opleiders: drs. Tessa Harts (4 dagen), drs. Annet van Laar (2 dagen)
A. van Laar is auteur van 'Van binnen weet je alles, handboek voor lichaamswijsheid' (2012).

2^{de} Module: 6-daagse Masterclass 7-kwaliteitenpalet®

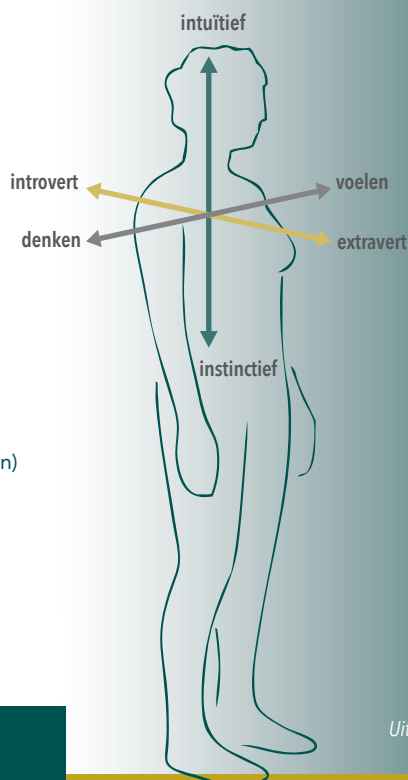
3^{de} Module: 6-daagse Masterclass BodyMindScan®

Nog enkele plaatsen beschikbaar voor module 1 Lichaamswijsheid Herkennen en Toepassen, start 19 april

Introductieworkshop Lichaamsdiagnostiek

28 mei 2018 van 19.00 - 21.30 uur

Je maakt kennis met hoe je lichaamsdiagnostiek kunt benutten en krijgt een inzicht in de samenhang tussen lichaamscommunicatie en psychodiagnostiek.



verticale as
je neemt informatie op:
hoog - laag

horizontale as
je verwerkt en
interpreteert informatie:
links - rechts

sagittale as
je oriënteert je op de
buiten- of binnenwereld:
voor - achter



Uit: "Van binnen weet je alles"

Informatie info@depsychologievanhetlichaam.nl
www.depsychologievanhetlichaam.nl

6	NIEUWS
9	COLUMN: Harold Bekkering
27	BOEKEN & MEDIA
31	DE GEREEDSCHAPSKIST
32	INSPIRATIE: Nico van Yperen
45	GASTCOLUMN: Han Stakenburg
46	JUNIOR: Johannes van Damme
48	INTERVIEW LILIAN JANS-BEKEN: Van groot rijbewijs naar doctorsbul
54	EENS PSYCHOLOOG, ALTIJD PSYCHOLOOG...: Jelle Heidstra
56	TUCHTRECHT

COLOFON

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

Redactieraad: Marrie Bekker, Sonja Borgsteede, Angélique Cramer, Miriam de Graaff, Dennis Hernaus, Sabine Hunnius, Eveline de Kam, Sarah Prins, Wouter Schoonman, Wilmar Schaufeli, Bart Schutz, Annelies Spek, Giovanni Timmermans (voorzitter), 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 (keuze 2), 9.00-17.00 uur. IBAN code: NL81INGB00003788 02, SWIFT code: INGBNL2A. www.psynip.nl, e-mail: info@psynip.nl.

Coverfoto: Peter Valckx

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



DANKBAAR

Soms, heel soms, komt er op de redactie spontaan kopij binnen waarvoor we extra dankbaar zijn. In een gastcolumn beschrijft Han Stakenburg het verhaal van de Syrische vluchtelingen Asim en Aswad die hun vijf maanden oude baby tijdens hun rampzalige overtocht op zee verloren. Stakenburg heeft Aswad voor haar PTSS behandeld met EMDR, met haar man als co-therapeut. Hij roept iedere competente hulpverlener in Nederland op om op soortgelijke wijze één keer een getraumatiseerde vluchteling te behandelen. Dan zou psychologie de wereld beter en mooier kunnen maken en persoonlijk leed kunnen verzachten, al is het maar een heel klein beetje.

De rubriek 'De Gereedschapskist' verschijnt onregelmatig, maar telkens zijn we blij als Angélique Cramer een bijdrage aanlevert. Het is een nuchtere c.q. ontvullende rubriek, zo ook ditmaal met causaliteit als onderwerp. Helaas heeft Cramer onlangs de redactieraad van *De Psycholoog* verlaten. Maar zij had (vanzelfsprekend voor een methodoloog) een meer dan valide reden: zij is lid geworden van De Jonge Academie. Overigens zal zij de rubriek 'De Gereedschapskist' voorlopig blijven verzorgen dan wel superviseren.

Begin dit jaar viel mijn oog toevallig op een tweetje van *covergirl* Lilian Jans-Beken dat mijn nieuwsgierigheid wekte. Ze antwoordde iemand dat ze geen idee had wat ze over vijf jaar zou doen. Tien jaar geleden had ze als vrachtwagenchauffeur immers ook niet gedacht dat ze nog eens psychologie zou gaan studeren, laat staan in dat vakgebied te promoveren op het onderwerp dankbaarheid. Lilian recenseert wel eens een boek voor *De Psycholoog*, het was me ook bekend dat ze aan het promoveren was aan de Open Universiteit (ou), maar van haar opmerkelijke carrièreswitch wist ik niets. Redacteur Geertje Kindermans heeft die uitgedroogd en een zeer leeswaardig interview met haar gemaakt. Fotograaf Peter Valckx, die niet eerder voor een opdracht met een vrouw op een parkeerplaats had afgesproken, heeft Lilian fraai geportretteerd. Me dunkt dat voor zo'n uithangbord de ou, de Alma Mater die staat voor toegankelijkheid van academisch onderwijs voor iedereen en geen vooropleidingseisen stelt voor deelname aan het bachelor-onderwijs, wel heel dankbaar moet zijn.

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

BIJ KINDEREN LIJKT ALLEEN FLUOXETINE AAN TE SLAAN

ANTIDEPRESSIVA BETER DAN PLACEBO

Antidepressiva blijken beter te werken dan een placebo. Dat laat een enorme meta-analyse naar de werkzaamheid van antidepressiva zien.

Naar de werkzaamheid van antidepressiva is al vaak onderzoek gedaan. Dat onderzoek schetst doorgaans een rooskleurig beeld. Maar in hoeverre zijn onwelgevallige uitkomsten in diepe bureaulades verdwenen? Een belangrijke vraag voor een internationale groep wetenschappers die een gigantische meta-analyse naar de werkzaamheid van 21 veelgebruikte antidepressiva op touw zetten. Liefst 522 gepubliceerde

én niet-gepubliceerde onderzoeken wisten ze bij elkaar te harken, uitgevoerd tussen 1979 en 2016 bij in totaal ruim 115.000 volwassenen die leden aan een depressie. Alle onderzoeken werden dubbelblind en gerandomiseerd uitgevoerd.

Uit de meta-analyse blijkt dat alle 21 onderzochte antidepressiva beter werkten dan een placebo. Het ene middel deed het wel (iets) beter dan het andere, afhankelijk van hoe je kijkt. Datzelfde geldt voor therapietrouw. Hoe dan ook hebben volwassenen een veel ruimere keus in antidepressiva dan

kinderen en jongeren die aan een depressie lijden. Bij hen lijkt alleen fluoxetine vruchten af te werpen, hoewel die uitkomst misschien meer zegt over de kwaliteit van het onderzoek dat tot nog toe bij kinderen en jongeren is gedaan dan over daadwerkelijke effecten. Tijd voor een volgende meta-analyse? (ID)

Bron: Cipriani, A. et al. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, published online 21 February 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)

VERSPREIDING EIWITTEN HOUDT VERBAND MET BEGINNENDE DEMENTIE

STAP VOORUIT IN ALZHEIMERONDERZOEK

Twee eiwitten in de hersenen spelen een belangrijke rol bij het ontstaan van de ziekte van Alzheimer. Wetenschappers hebben nu ontdekt hoe deze eiwitten op elkaar inwerken en zich in het brein verspreiden.

Met de toenemende vergrijzing wordt het steeds belangrijker om te achterhalen hoe de ziekte van Alzheimer ontstaat en wat er tegen te doen is. Bekend was al dat twee eiwitten in de hersenen een cruciale rol spelen bij deze vorm van dementie: het tau- en het amyloïde-eiwit.

Wetenschappers van de Universiteit Maastricht en de Harvard Medical School in Boston hebben nu ontdekt hoe deze eiwitten op elkaar inwerken en hoe het tau-eiwit zich in de hersenen verspreidt.

Hiertoe volgden ze zes jaar lang 256 gezonde ouderen. Die kregen een radioactief middel ingespoten dat zich specifiek bindt aan het tau-eiwit. De onderzoekers zagen hierdoor dat het tau-eiwit zich verspreidt via de witte stof, oftewel de verbindingen tussen hersencellen. Het amyloïde-eiwit bevordert dit proces. Dit was reeds bekend uit dieronderzoek, maar is nu voor het eerst bij levende mensen aangetoond.

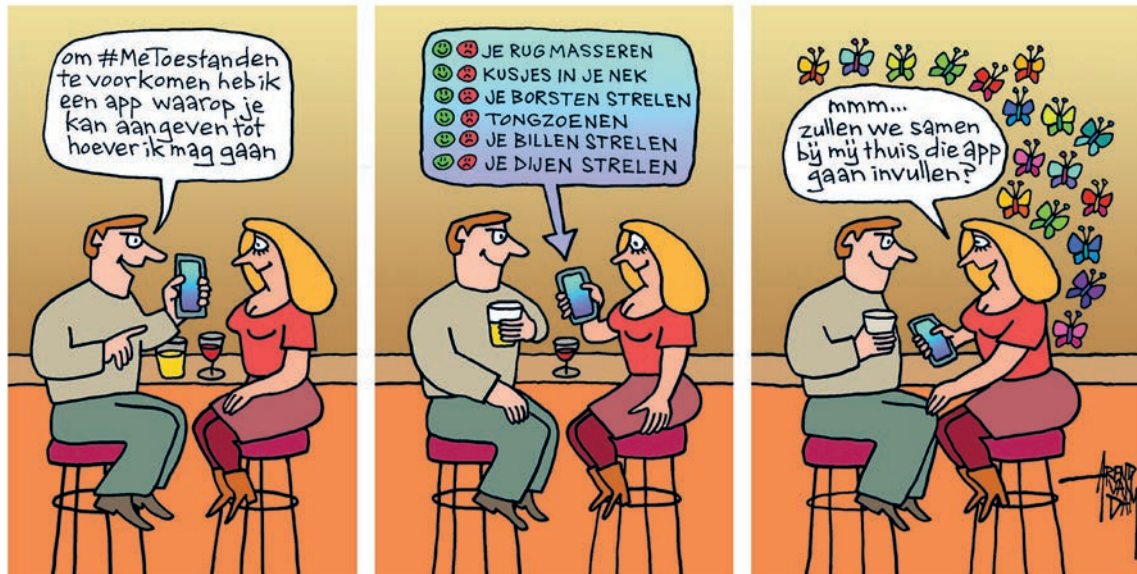
Wat de onderzoekers ook ontdekten, was dat de wisselwerking tussen de twee eiwitten en de verspreiding van het tau-eiwit in het brein inderdaad verband houdt met het ontstaan van geheugenproblemen of beginnende dementie.

Hopelijk brengt deze ontdekking de behandeling van de ziekte van Alzheimer een stap dichterbij. (ID)

Bron: Jacobs, H.I.L. et al. (2018). Structural tract alterations predict downstream tau accumulation in amyloid-positive older individuals. *Nature Neuroscience*, published online 5 February 2018. doi:10.1038/s41593-018-0070-z

SCHAP

#METOESTANDEN



RELIGIEUZE MENSEN BEHEPT MET COGNITIEVE BIAS? GELOVIGEN EN INTELLIGENTIE

Uit onderzoek blijkt keer op keer dat gelovigen lager op intelligentietests scoren dan niet-gelovigen. Maar zijn gelovigen echt minder slim of maken ze gewoon een denkfout?

Het is een gevoelig onderwerp, het verband tussen religiositeit en intelligentie. Toch deinen wetenschappers er niet voor terug om er onderzoek naar te doen. En daaruit blijkt: hoe slimmer je bent, hoe kleiner de kans dat je in God gelooft. Dat is niet alleen in Nederland en de Verenigde Staten zo: onderzoek in 137 landen heeft uitgewezen dat intelligentie en religiositeit gemiddeld -.60 correleren.

Dat zou wel eens kunnen komen doordat religieuze mensen minder geneigd zijn logisch te redeneren,

zeggen deze wetenschappers. Ze gaan meer op hun intuïtie af en daardoor scoren ze lager op intelligentietests. Twee Britse onderzoekers wilden weten in hoeverre dit zogenaamde religiositeitseffect een cognitieve bias betreft of echt iets zegt over iemands cognitieve capaciteiten. Uit experimenten bij ruim 63.000 proefpersonen blijkt dat er inderdaad zoiets als een religiositeitseffect bestaat: atheïsten kunnen beter logisch redeneren dan gelovigen. Ook op taken die een cognitief conflict behelzen (zoals een variant van de Stroop-test) deden ze het beter. Maar in werkgeheugen was er geen verschil, en ook op een ingewikkelde redeneertaak scoorden beide groepen hetzelfde.

De onderzoekers trekken hieruit de

conclusie dat gelovigen net zo slim zijn als atheïsten, maar wel behept zijn met een cognitieve bias. Die bias heeft niets te maken met leeftijd, opleiding en land van herkomst; wel met de mate van dogmatisme. Hoe strenger in de leer, hoe slechter je op cognitieve taken presteert.

Maar dat zegt dus niets over je intelligentie. (ID)

Bron: Daws, R.E. & Hampshire, A. (2017). The negative relationship between reasoning and religiosity is underpinned by a bias for intuitive responses specifically when intuition and logic are in conflict. *Frontiers in Psychology*, published online 19 December 2017. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.02191

PROMOTIES

LAAT STUDENTEN PROEFSTUDEREN

Universiteiten selecteren graag studenten die de grootste kans hebben om hun studie met succes te doorlopen. Volgens promovenda Susan Niessen werkt het gebruik van vragenlijsten om persoonlijkheid en motivatie te meten niet bij selectie, omdat studenten deze vragenlijsten sociaal wenselijk invullen. De beste manier om studenten te selecteren, aldus Niessen, is om ze een toets te geven die lijkt op wat ze later in hun studie moeten gaan doen, ook wel proefstuderen genoemd. Niet alleen voorspelt proefstuderen goed wie later ook goede studieresultaten haalt, het geeft aspirant-studenten bovendien inzicht in of de studie bij hen past.

Susan Niessen, *New rules, new tools. Predicting academic achievement in college admissions*. 15 februari 2018, Rijksuniversiteit Groningen. Promotor: prof. dr. R.R. Meijer

ONSCHULDIGE VERDACHTEN ZELDEN PLAUSIBEL ALIBI

Onschuldige verdachten moeten hun onschuld kunnen aantonen met een geloofwaardig alibi. Volgens promotieonderzoek van rechtspsycholoog Ricardo Nieuwkamp blijkt maar twee procent van alle onschuldigen in staat een dergelijk alibi te leveren. Nieuwkamp toont aan dat zowel het verstrekken van een geloofwaardig alibi als het beoordelen daarvan in de praktijk geen sinecure is. Louter uitgaan van de kracht van het ondersteunend bewijs lijkt onvoldoende om een alibi te beoordelen. Nieuwkamp is één van de eerste onderzoekers die politierechercheurs bij onderzoek naar de geloofwaardigheid van alibi's heeft betrokken. Rechercheurs zouden bij het beoordelen van een alibi rekening moeten houden met de inhoud van het alibi, de haalbaarheid van (krachtig) bewijs en de feilbaarheid van het geheugen.

Ricardo Nieuwkamp, *Where I was and how I will prove it; on the believability of alibis*. 7 maart 2018, Maastricht University. Promotoren: prof. dr. P.J. van Koppen, dr. R. Horselenberg

WAAROM BLIJVEN WE ONGEZOND ETEN?

Iedereen weet dat gezond eten belangrijk is om gezond te zijn en te blijven. Vincent van Buul onderzocht voor zijn dissertatie groepen met de intentie om gezond te eten. Hij keek hoe vaak zij voedingsinformatie opzochten over energie, zout, suiker en verzadigde vetten. Ondanks goede bedoelingen werden er toch vaak ongezonde keuzes gemaakt. Voedingsinformatie kan helpen goed te kiezen als consumenten die informatie grondig lezen en goed interpreteren. Maar gezondheidsbewuste mensen met veel zelfvertrouwen in hun vermogen gezonde keuzes te maken, raadpleegden in sommige gevallen juist minder informatie. Zij denken het al te weten. En maken dan, ondanks hun goede voornemen, toch ongezonde keuzes. Fabrikanten zijn in hun marketing sterk gefocust op het onderbouwen van hun voedingsclaims. Van Buul adviseert hen meer oog te hebben voor het effect van die claims op het daadwerkelijke koop- en consumptiegedrag van consumenten.

Vincent van Buul, *Nutrition information usage in food choices*. 9 maart 2018, Open Universiteit Heerlen. Promotoren: prof. dr. L. Lechner, em. prof. dr. F. Brouns

Sandra Doeze Jager-Van Vliet, *Proactive and adaptive agility among employees*. Erasmus Universiteit Rotterdam, 14 december 2017. Promotoren: prof. dr. M.Ph. Born, prof. dr. H.T. van der Molen

Mieke Schulte, *Take Control: Developing and Testing Novel Treatments of Substance Dependence by Targeting Underlying Neurocognitive Processes*. Universiteit van Amsterdam, 13 maart 2018. Promotoren: prof. dr. R.W.H.J. Wiers, prof. dr. A.E. Goudriaan

Els van Rooij, *Secondary school students' university readiness and their transition to university*. Rijksuniversiteit Groningen, 15 maart 2018. Promotor: prof. dr. W. van de Grift

Stefan Gruijters, *Evolved health psychology: exploring the added value of an evolutionary perspective on health behavior*. Maastricht University, 21 maart. Promotor: prof. dr. R.A.C. de Ruiter, copromotoren: dr. K. Massar, dr. J.M. Tybur

Harriet Abrahams, *Advancing knowledge and treatment of severe fatigue in breast cancer survivors with a focus on cognitive behavioral therapy*. 11 april 2018, Radbouduniversiteit Nijmegen. Promotoren prof. dr. M.M. Rovers, prof. dr. J.A. Knoop

SAM

‘Het voelde heel sereen, kalm en rustig. Het was of ik als een toeschouwer toekeek hoe het leven langzaam uit mijn lichaam wegtrok.’

Met tranen in mijn ogen kijk ik Sam aan tijdens ons werkoverleg. ‘Potdomme kerel, wat heftig.’

Sam is een 27-jarige student in onze groep; echt zo eentje van wie je er wel tien zou willen hebben. Geïnteresseerd, grappig en boordevol goede, originele onderzoekideeën. Sam, dat wist ik, heeft hartproblemen, maar nu heeft hij in korte tijd tweemaal een hartstilstand gehad. Als zijn hartslag te hoog wordt, kan zijn hart er zomaar mee ophouden. Hij vertelt dat hij een heuveltje opfietste, tegen de grond klapte en vervolgens weer wakker werd doordat zijn geïmplanteerde defibrillator zijn hart weer aan de praat kreeg. Sam weet nu dus dat zijn hart er elk moment mee kan ophouden en dat hij zijn hartslag onder de 135 beats per minuut moet houden.

Ik probeer hem moed in te spreken en spoor hem aan het er niet bij te laten zitten, ‘Kom op kerel, dit kan en mag gewoon geen feit zijn. Door te trainen krijg je je hart vast weer sterker.’

Sam knikt. ‘Ik moet wel Harold, zo is het ook geen leven.’

Ik wil hem knuffelen, zeggen dat ik er alles voor over zou hebben om hem in leven te houden, opeens stroom ik over van liefde voor deze jongen. Sinds de dood van mijn vader overkomt me dit regelmatig. Alsof zijn dood me er op gewezen heeft dat je het leven moet koesteren.

Nu wil ik het leven van Sam koesteren. Zoveel talent, zoveel warmte, dit mag niet ophouden. Terwijl ik dit opschrijf, bedenk ik me dat het maar goed is dat ik hem niet echt geknuffeld heb. Shit, hij had van schrik wel een hartstilstand kunnen krijgen. Krantenkop: ‘Student overlijdt na lichamelijke contact professor.’

We praten over hoe hij nu verder wil gaan en Sam vertelt over zijn tweede hartstilstand. ‘Ik was een superslechte podcast aan het luisteren, toen viel ik om en werd wakker op de grond in een plas water. Wat een manier om aan mijn einde te komen. Zit ik nondedju mijn slechtste podcast ooit te luisteren terwijl ik juist altijd mijn best doe om mooie boeken te vinden.’

Hij zegt het met een brede lach en ik lach met hem mee. Gelukkig, Sam heeft zijn gevoel voor humor behouden. Ik vraag hem nog eens over zijn bijna-doodervaringen. Klotewetenschapper, denk ik meteen. Dit vraag je niet voor zijn bestwil, maar omdat je wilt weten hoe het bewustzijn werkt. Hij blijft er ongelooflijk rustig onder.

‘Ja, het was echt een fijne ervaring. Ik kan me voorstellen dat niet iedere dood zo sereen is, maar bij mij wel.’

‘Jouw tijd is nog lang niet gekomen, Sam. Man, wat fijn dat je weer bij ons bent. En nu aan het werk!’ zeg ik, terwijl ik hem diep in zijn mooie, levenslustige ogen kijk.

Koester het leven, Sam. En jij ook Harold, denk ik.



Harold Bekkering

is hoogleraar Sociocognitieve Neurowetenschappen aan het Donders Institute for Brain Cognition and Behaviour. E-mail: h.bekkering@donders.ru.nl.

FOTO: LEONIE VAN DER LOCHT - HUIJBERS

Paula is vijftien kilo te zwaar en probeert al jaren af te vallen. Ze heeft talloze diëten gevolgd, allemaal zonder succes. Overdag op haar werk gaat het goed. Maar zodra de kinderen 's avonds in bed liggen en de televisie aan gaat, dan gaat het mis. Het lijkt alsof haar lichaam schreeuwt om die chocolade in de kast. Cue exposure therapie helpt haar lichaam de mond te snoeren. 'Het is voor de klinische praktijk van belang om zoveel mogelijk essentiële voedingsmiddelen te betrekken tijdens cue exposure therapie,' stelt Ghislaine Schyns.

DE TRIGGERS VAN DE OBESOGENE OMGEVING

RUIKEN TOT JE EEN ONS (MINDER) WEEGT

Paula heeft overgewicht, en ze is niet alleen. In 2016 had bijna de helft van de volwassen Nederlandse bevolking overgewicht (Body Mass Index (BMI) > 25), en bij veertien procent van de Nederlanders was er sprake van obesitas (BMI > 30) (CBS, RIVM, & Trimbos-instituut, 2016). Overgewicht en obesitas gaan niet alleen gepaard met ernstige lichamelijke aandoeningen, zoals cardiovasculaire ziekten en diabetes, maar hebben ook negatieve gevolgen voor de kwaliteit van leven, onder meer door gewichtsdiscriminatie en mobiliteitsproblemen (Finer, 2015; Uzogara, 2017). Ondanks dat mensen massaal proberen af te vallen, lukt dit maar enkelen: volgens schattingen slaagt slechts twintig procent van de mensen met overgewicht erin om minimaal tien procent gewichtsverlies te bereiken én om dit gewichtsverlies er langer dan een jaar vanaf te houden (Wing & Phelan, 2005).

De toename in overgewicht in de afgelopen decennia hangt samen met de grote overvloed van eten dat overal te koop is. Onze 'obesogene' omgeving zit vol met triggers om te gaan eten, en zet ons zelfs aan tot eten wanneer we geen echte honger hebben. In deze obesogene omgeving zijn het de voedsel-geassocieerde cues die ons aanzetten tot eten, zoals het zien van de Italiaanse ijstent, of de geur van versgebakken wafels in de winkelstraat. Waarneming van

dergelijke cues zorgt ervoor dat ons lichaam zich alvast gaat voorbereiden op voedselinname, bijvoorbeeld door extra speeksel te produceren, insuline en ghreline aan te maken, en trek te ervaren. Deze verzameling van reacties wordt cue reactiviteit genoemd. Ondanks dat cue reactiviteit een normale reactie is, blijkt de reactiviteit beduidend groter te zijn bij mensen met overgewicht dan bij mensen met een normaal gewicht (Ferriday & Brunstrom, 2011). Sterker nog, uit een recente meta-analyse blijkt dat de verhoogde reactiviteit een centrale rol speelt in overgewicht, aangezien cue reactiviteit een significante voorspeller is voor overeten en gewichtstoename (Boswell & Kober, 2016). Verhoogde cue reactiviteit zou het volhouden van een dieet behoorlijk kunnen belemmeren. Dit bleek inderdaad het geval te zijn op basis van resultaten van een pilotstudie, waarin cue reactiviteit werd gemeten bij succesvolle en niet succesvolle lijners (Jansen et al., 2010). De niet succesvolle lijners hadden op het moment van deelname nog steeds obesitas, ondanks serieuze lijnprognosen, en de succesvolle lijners hadden op het moment van deelname een gezond gewicht na voorheen obees te zijn geweest. De resultaten lieten zien dat de succesvolle lijners minder cue reactief waren dan de onsuccesvolle lijners. Het zou dus zo kunnen zijn dat cue reactiviteit vermindert als iemand een tijdje geen lekkere

In 2016 had bijna de helft van de volwassen Nederlandse bevolking overgewicht

snacks eet. Verminderende cue reactiviteit kan het ook weer makkelijker maken om van snacks af te blijven, en kan daarmee succesvol gewichtsverlies bevorderen (Jansen, 1998; Jansen, Havermans, & Nederkoorn, 2011).

TREK IN CHOCOLADE DOOR EEN MUZIEKDOOS

Leertheoretische modellen suggereren dat cue reactiviteit voor een belangrijk deel kan worden aangeleerd (Jansen, 1998; Jansen et al., 2016). Wanneer bepaalde cues een aantal keren gepaard gaan met inname, kan er een cue-voedselinname associatie ontstaan. Bij een sterke cue-voedselinname associatie is enkel de blootstelling aan de cue voldoende om cue reactiviteit aan te wakkeren.

Associaties leggen tussen cues en eten blijkt gemakkelijk te gaan, zo blijkt uit studies uit ons laboratorium in Maastricht. In een conditioneringsexperiment kregen proefpersonen bijvoorbeeld twee muziekdoosjes te zien: een blauw muziekdoosjes en een wit muziekdoosje. In de aanleerfase kreeg iedere proefpersoon telkens één van beide doosjes te zien, één doosje tegelijk. Enkel bij het zien van het blauwe doosje kreeg de proefpersoon telkens een stukje chocolade, het witte doosje bleef onbeloond. Na enkele blauwe-doos-chocolade-herhalingen rapporteerden proefpersonen bij het zien van het blauwe doosje een verhoogde trek, vergeleken met de trek bij het zien van het witte doosje. Proefpersonen leerden dus trek in chocola te krijgen bij het zien van een muziekdoos.

Interessant is dat deze geconditioneerde trek aan te leren valt met velerlei neutrale stimuli, zoals vaasjes met bloemen, dienbladen en tijdstippen (Van den Akker, Havermans & Jansen, 2017; Bongers, Jansen, 2017; Bongers et al., 2015; Van den Akker et al., 2014; Van den Akker, Havermans, & Jansen, 2015; Van den Akker et al., 2013). In het dagelijks leven maken we associaties met cues met een extern karakter, zoals het zetten van een kop koffie, het terugkomen van het werk, of het aanzetten van de televisie. In het voorbeeld van Paula zal

het herhaaldelijk eten van een stuk chocolade tijdens het televisiekijken in de avond ertoe leiden dat een sterke associatie wordt gevormd tussen de televisie en het eten van chocolade. Als gevolg zal enkel de presentatie van de cue, het aanzetten van de televisie, zorgen voor een geconditioneerde trek in eten. Naast externe cues, zijn we ook in staat om associaties te leggen met interne cues, zoals gevoelens van vermoeidheid of somberheid. Wanneer Paula tijdens haar snackmoment ook altijd sterk vermoeid is, zal er dus ook een link ontstaan tussen vermoeidheid en het eten van chocolade.

EXTINCTIE VAN AANGELEERDE TREK

Wanneer we ervan uitgaan dat cue reactiviteit een aangeleerde respons is, kunnen deze geconditioneerde reacties worden verminderd volgens het principe van extinctie. Tijdens extinctie worden voedsel-geassocieerde cues aangeboden, zonder dat deze worden gevolgd door het consumeren van voedsel. Na een aantal herhalingen neemt de geconditioneerde reactie af. Aanvankelijk werd het afnemen van de geconditioneerde respons geweten aan het vernietigen van de cue-voedselinname-associatie. Onderzoek van Bouton en collega's heeft evenwel aangetoond dat de originele associatie blijft bestaan, en naast de originele associatie tijdens extinctie een nieuwe inhibitore associatie wordt gevormd, namelijk cue-geen voedselinname (Bouton, 1993; Bouton & King, 1983). De cue krijgt dus als het ware twee betekenissen: cue-voedselinname én cue-geen voedselinname. Hoe sterker de inhibitore cue-geen voedselinname-associatie, hoe sterker de afname van de conditioneerde reactie. Cue exposure therapie is de klinische vertaling van extinctieleren: de patiënt wordt herhaaldelijk blootgesteld aan de voedsel-geassocieerde cues, zoals het zien, voelen en ruiken van voedsel, terwijl de consumptie van eten niet is toegestaan.

In kleinschalige studies blijkt cue exposure-therapie goed te werken voor bulimia nervosa-patiënten. Zo werd in een studie bij 22 bulimia nervosa-patiënten die niet opknaptten door de reguliere behandeling cue exposure therapie ingezet. Direct na afloop van therapie, maar ook na zes maanden follow-up, waren de eetbuien bij deze patiënten sterk gereduceerd (Martinez-mallen et al., 2007). Tijdens een eetbui wordt er een ongewoon grote hoeveelheid voedsel binnen een relatief korte tijd gegeten, waarbij er controleverlies wordt ervaren (American Psychiatric Association, 2013). Overigens zijn eetbuien ook een veelvoorkomend probleem bij obesitas (Marcus & Wildes, 2009; Mustelin et al., 2017). In

een andere pilotstudie leidde cue exposure-therapie zelfs tot een complete stop van eetbuien na afloop van therapie, en dit effect bleef behouden na één jaar follow-up (Jansen, Broekmate, & Heymans, 1992).

Effecten van cue exposure bij overgewicht werden tot nu toe nauwelijks onderzocht, en we hebben geen kennis over de werkingsmechanismen. Voor de toepassing voor overgewicht zijn er dus veel prangende vragen, zoals de vraag of cue exposure-therapie ook kan helpen om succesvol gewichtsverlies te kunnen bereiken. Een onderzoek door Mount en collega's (1990) doet vermoeden van wel. In dit onderzoek kregen proefpersonen na afloop van een intensief afvalprogramma een therapie om terugval in gewicht te voorkomen: ofwel cue exposure-therapie, ofwel een stimulus controle interventie waarin proefpersonen in feite leerden om voedselcues te ontwijken. Uit de resultaten bleek dat proefpersonen die cue exposure-therapie hadden ontvangen het gewichtsverlies hadden weten te behouden na een periode van vier maanden, in tegenstelling tot de proefpersonen in de stimuluscontrole-interventie (Mount et al., 1990). In een meer recent onderzoek kregen obese vrouwen met eetbui problemen een interventie waarin cue exposure-elementen waren verwerkt, en deze groep bleek een iets lagere BMI te hebben na veertien sessies therapie (minder dan één BMI-punt), ook na drie maanden follow-up (Boutelle, Knatz, Carlson, Bergmann, & Peterson, 2016).

Bovenstaande studies geven echter geen bewijs dat cue exposure-therapie inderdaad werkt om af te vallen en bovendien was de reductie in kilo's beperkt. Een belangrijke afgeleide van gewichtsverlies is het minder 'overeten' van hoogcalorische producten. Immers, het binnenkrijgen van energie zonder dat daartoe een fysieke behoefte bestaat, maakt dat overtollige energie wordt opgeslagen in vet, en dat resulteert dus in gewichtstoename. Onderzoek laat inderdaad zien dat eten van hoogcalorische snacks, zonder dat proefpersonen echte honger hebben, samenhangt met de ernst van obesitas (Butte et al., 2007; Kral et al., 2013). Eten van snacks zonder honger werd als uitgangspunt genomen in een onderzoek naar cue exposure-therapie bij obese kinderen (Boutelle et al., 2011). In dit onderzoek werden proefpersonen ingedeeld in een cue exposure-interventie waarbij kinderen acht sessies cue exposure-therapie kregen, of in een interventie waarin kinderen leerden om verzadigingssignalen te herkennen. Kinderen in de cue exposure-groep aten minder snacks na afloop van cue exposure dan kinderen in de alternatieve interventie, hoewel deze reductie zich niet vertaalde in gewichtsverlies.

Samengevat is cue exposure-therapie een potentieel effectieve interventie om overeten en gewichtsverlies te bevorderen, al zijn er maar weinig studies die de effecten van cue exposure-therapie in een (volwassen) obese populatie hebben onderzocht. Samen met collega's heb ik daarom in een aantal experimentele studies onderzocht of cue exposure inderdaad werkt om overeten en lichaamsgewicht te reduceren.

In een eerste experiment werden 54 vrouwen met overgewicht en obesitas ingedeeld in een cue exposure-conditie of in een actieve controle-conditie. Proefpersonen in de cue exposure-conditie kregen één sessie cue exposure-therapie met vier van hun persoonlijk favoriete voedingsmiddelen. Proefpersonen werden tachtig minuten lang geïnstrueerd om de drang om te eten zo hoog mogelijk op te voeren, door het eten vast te pakken, te ruiken, te breken, te likken, maar niet op te eten. Naast de vier persoonlijke voedingsmiddelen kreeg iedere proefpersoon ook een bakje chocolademousse op hun dienblad voor de exposure-oefeningen. Na afloop van de sessie kregen de proefpersonen eerst een dubbele sandwich zodat ze geen honger meer hadden, en kregen ze vervolgens een zogenaamde 'smaakttest'. Tijdens deze smaakttest kreeg iedere proefpersoon zes smakelijke toetjes voorgeschoteld (zie figuur 1), waarvan zij mocht aangeven wat ze van de smaak van ieder toetje vond door goed te proeven. De instructie voor deze smaakttest was dat de proefpersoon tien minuten de tijd kreeg om de smaken te beoordelen met behulp van een vragenlijst, terwijl ze zoveel van de toetjes mocht eten als ze zou willen. In tegenstelling tot het gecommuniceerde doel naar de proefpersoon, waren wij enkel geïnteresseerd in de gegeten kilocalorieën, en wel toegespitst op twee categorieën van voedingsmiddelen: de blootgestelde en niet-blootgestelde voedingsmiddelen. De chocolademousse vormde het blootgestelde voedingsmiddel, en de overige vijf toetjes fungeerden als niet-blootgestelde voedingsmiddelen.

In vergelijking met de controleconditie, waarin proefpersonen psycho-educatie kregen over een gezonde leefstijl en lichaamsbeeld, aten de proefpersonen in de cue exposure-conditie beduidend minder kilocalorieën van chocolademousse, het blootgestelde voedingsmiddel. De hoeveelheid die gegeten werd van de niet-blootgestelde voedingsmiddelen was echter niet verschillend tussen de condities, wat betekent dat het effect van één sessie cue exposure-therapie niet generaliseerde naar andere voedingsmiddelen die niet tijdens cue exposure aan bod waren gekomen.

EFFECT VAN CUE EXPOSURE OP OVERETEN

De resultaten van de bovenstaande studie impliceren dat cue exposure overeten vermindert, althans voor blootgestelde voedingsmiddelen. Zou het generaliseren naar niet-blootgestelde producten wél optreden bij meer dan één cue exposure-sessie? De vraag of cue exposure-effecten generaliseren is belangrijk voor de vertaling van deze resultaten naar de klinische praktijk. Namelijk, is het voldoende om slechts enkele voedingsmiddelen in de cue exposure-sessies te betrekken, zodat de patiënt profijt zal hebben bij een breder scala aan voedingsmiddelen? Of is het van belang om zoveel mogelijk voedingsmiddelen te betrekken tijdens cue exposure-therapie om zo voldoende zoden aan de dijk te zetten voor succesvol gewichtsverlies?

Wij boden een uitgebreidere vorm van cue exposure-therapie aan achttien vrouwen met gewichtsproblemen aan, en vergeleken deze groep met een groep van twintig vrouwen die een controle-interventie ontving, gericht op een gezonde leefstijl. Voordat deelneemsters volgens het lot werden ingedeeld in één van beide interventies, kregen ze eerst een uitgebreid interview. Tijdens dit interview werden nauwkeurig alle relevante cues in kaart gebracht die de proefpersoon associeerde met overeten (denk bijvoorbeeld aan de televisie en vermoeidheid van Paula), al dan niet in de vorm van eetbuiën. Daarnaast werden ook de ‘problematische’ snacks in kaart gebracht, dat zijn hoogcalorische producten

die regelmatig betrokken waren bij overet-episodes én waarmee controleproblemen werden ervaren. Naast deze individuele snacks selecteerde iedere proefpersoon ook de lekkerste snack uit een standaardlijstje van tien producten (zoals chocolade, koekjes en chips). Deelnemers in cue exposure-interventie ontvingen acht sessies cue exposure-therapie en deden daarnaast gemiddeld 28 huiswerk exposures binnen een periode van één maand, met zowel de individueel geselecteerde snacks als de snack uit de standaardlijst. Eén van de individuele snacks werd bewust buiten de exposure-oefeningen gehouden, ter wille van de smaaktest aan het einde van de therapie. Deze niet-blootgestelde individuele snack werd meegenomen in de smaaktest, alsook één individuele snack die wel werd gebruikt tijdens de exposure-oefeningen, en de standaard snack die ook aan bod kwam tijdens cue exposure.

De resultaten steunden deels onze hypothese: van de blootgestelde individuele snack werd, zoals in eerder onderzoek, significant minder gegeten in de cue exposure-conditie dan in de controleconditie. Maar van de blootgestelde *standaard* snack werd niet meer of minder gegeten dan in de andere conditie. Dit laatste is bijzonder, omdat het aantal exposure-oefeningen per snack nauwkeurig werd bijgehouden gedurende sessies en huiswerkopdrachten, en gelijk bleek te zijn voor de individuele en standaard snack. Gemiddeld deed een proefpersoon zeven tot acht exposure-

FIGUUR 1. EEN VOORBEELD VAN EEN GEBRUIKT DIENBLAD TIJDENS CUE EXPOSURE THERAPIE (LINKS), EN DE SMAAKTEST NA AFLOOP VAN THERAPIE (RECHTS)



oefeningen met de individuele én de standaardssnack, desondanks hadden deze exposures een minder sterke invloed op consumptie van de standaard snack. Cue exposure blijkt dus inderdaad effectief overeten te verminderen van blootgesteld voedsel, maar vooral voor voedingsmiddelen die controleverlies uitlokken en niet zozeer voedingsmiddelen die 'gewoon lekker' zijn. Voor de behandelaar is er dus werk aan de winkel; het is niet voldoende om een willekeurige reep chocolade uit de automaat te trekken voor een cue exposure-sessie. Voorafgaande aan cue exposure is per individu een grondige inventarisatie van de specifieke problematische voedingsmiddelen gewenst. De resultaten van de smaaktest waren niet alleen verassend wat betreft de blootgestelde standaardssnack, maar ook wat betreft de niet-blootgestelde individuele snack: geen verschil tussen de condities. Dus zelfs na een flink aantal cue exposure-sessies en huiswerkopdrachten binnen een korte periode van één maand blijken cue exposure-effecten niet te generaliseren naar andere voedingsmiddelen.

Het niet-vinden van generalisatie van exposure-effecten lijkt echter niet specifiek te zijn voor cue exposure-therapie; generalisatie na exposure-therapie is ook een probleem in andere onderzoeksgebieden. Van den Hout en collega's (2011) onderzochten bijvoorbeeld het effect van exposure-therapie voor smetvrees. 65 smetvrees-gevoelige proefpersonen ondergingen twee exposure-sessies met één potentieel vuil voorwerp, zoals een schoenzool of een prullenbak met afval. Na afloop van de sessies rapporteerden proefpersonen minder gevoelens van besmetting, gevaar, angst en walging voor het voorwerp dat tijdens de exposure-oefeningen geïncubeerd was, maar niet voor de andere vieze voorwerpen die niet tijdens exposure aan bod waren gekomen. Hetzelfde werd gevonden op het gebied van pijn: exposure-therapie met specifieke gevreesde bewegingen doet de overschatting van pijn door deze specifieke beweging afnemen, maar exposure-therapie leidt niet tot een reductie van het overschatten van pijn voor andere, niet-blootgestelde bewegingen (Crombez et al., 2002; Goubert et al., 2002).

Terugkerend naar voedselcue exposure-therapie concluderen we dat het voor de klinische praktijk belangrijk is dat therapeuten vooraf aan therapie een zorgvuldige analyse dienen te maken van voedingsmiddelen die regelmatig betrokken zijn bij het overeten. De therapeut moet samen met de patiënt zorg dragen dat al deze voedingsmiddelen

voldoende aan bod komen tijdens cue exposure-sessies en/of huiswerkopdrachten.

EFFECT VAN CUE EXPOSURE OP GEWICHTSVERLIES

Om terug te komen op de vraag 'werkt cue exposure-therapie om gewichtsverlies te bereiken?' werd in het zojuist toegelichte onderzoek ook gewicht gemeten voor de start van therapie, direct na afloop, en na drie maanden. Op de voormeting hadden proefpersonen gemiddeld een BMI van 33.8, en een gemiddeld gewicht van 96 kilo. Direct na afloop van therapie waren proefpersonen in de cue exposure-conditie gemiddeld meer kilo's kwijt ten opzichte van hun startgewicht (gemiddeld 2.1 procent, ofwel twee kilo voor de gemiddelde proefpersoon in het huidige onderzoek) dan proefpersonen in de controleconditie (gemiddeld 0.4 procent, ofwel 0.4 kilo voor de gemiddelde proefpersoon). Na drie maanden follow-up was dit verschil nog steeds duidelijk zichtbaar: het behaalde gewichtsverlies in de cue exposure-conditie bleef behouden en was nog steeds groter dan in de controleconditie.

Toegegeven, gemiddeld twee kilo in vier weken afvallen is bescheiden, maar als deze dalende lijn zich doorzet, kan op termijn flink wat gewicht verloren worden. Ook is het spannend of het verloren gewicht er ook op de lange termijn vanaf blijft. Per slot van rekening is het afvallen van een aantal kilo's niet de grootste uitdaging, maar juist het behouden van het gewichtsverlies op de lange termijn.

Desondanks bieden deze bevindingen hoop voor de toekomst. In een onderzoek onder 204 mensen met overgewicht en obesitas bleek dat het toevoegen van cognitieve therapie aan een dieetbehandeling geen acute voordelen had ten opzichte van een dieetbehandeling met een fysieke bewegingscomponent wat betreft gewichtsverlies direct na afloop van de behandeling (Werrij et al., 2009). Echter, de groep die naast de dieetbehandeling de cognitieve therapie had gekregen wist het behaalde gewichtsverlies te behouden na één jaar, in tegenstelling tot de andere groep die gemiddeld 25 procent van het startgewicht weer was aangekomen. Gezien de toenemende consensus dat exposure-therapie juist werkt via cognitieve veranderingen (Craske et al., 2008; Hofmann, 2008), zou het zomaar zo kunnen zijn dat de écht boeiende effecten van cue exposure-therapie juist op de

Verhoogde cue reactiviteit belemmert het volhouden van een dieet

langere termijn te observeren zijn in de vorm van terugvalpreventie. Hier ligt een prachtige uitdaging voor toekomstig onderzoek.

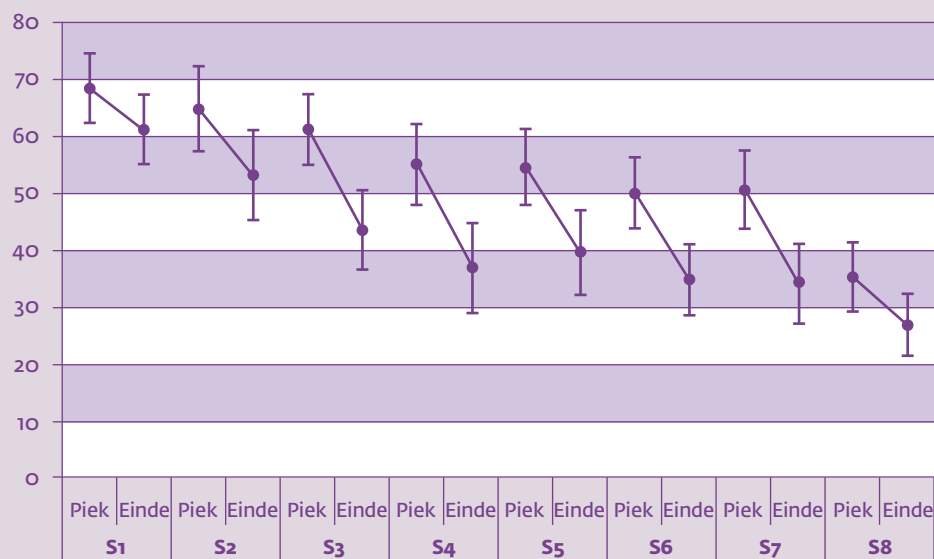
WERKINGSMECHANISMEN

Naast het vraagstuk over de effecten van cue exposure-therapie, zijn wij ook erg geïnteresseerd in de werkingsmechanismen. Alle cue exposure-studies tot dusver gepubliceerd richten zich op het dalen van trek tijdens cue exposure-sessies, ofwel *habituatie* van trek. In de angstliteratuur werd inderdaad lang aangenomen dat de habituatie van angst tijdens exposure-sessies essentieel is voor het succes van exposure. De aanname was: hoe sterker angstdaling binnen exposure-sessies, en hoe minder hoog de pieken van angst tussen exposure-sessies, hoe beter het behandelsucces (Foa & Kozak, 1986; Foa & McNally, 1996). Onderzoek heeft echter laten zien dat ondanks veel patiënten habituatie van angst ervaren gedurende exposure-therapie, de mate van habituatie *niet* samenhangt met beter behandelsucces (Craske et al., 2008). In plaats van het richten op de habituatie van angst, zouden exposure-sessies gericht moeten zijn op het schenden van verwachtingen over het plaatsvinden van de gevreesde uitkomst, zoals een hartaanval in het geval van een

paniekstoornis (Craske et al., 2014). Een exposure-sessie is volgens deze nieuwe benadering gelukt wanneer de patiënt niet meer, of minder sterk, verwacht dat hij een hartaanval krijgt, en dus niet wanneer de angst voldoende is gezakt. Hoe sterker de discrepantie tussen de verwachting en de daadwerkelijke uitkomst van een exposure-sessie, namelijk dat de verwachte hartaanval niet optreedt, hoe sterker het leereffect en dus het behandelsucces (Craske et al., 2014). Verwachtingen zouden ook een belangrijke rol in voedselcue exposure kunnen spelen, zoals de verwachting dat het zien en ruiken van lekker eten leidt tot het verliezen van controle over het eetgedrag.

Om te onderzoeken of deze bevindingen in de angstliteratuur ook zo werken voor cue exposure-therapie, namen wij in onze onderzoeken metingen mee om zowel habituatie van trek gedurende exposure-sessies, als de verwachtingen over controleverlies vóór en na therapie te meten. In de laatstgenoemde studie gaven proefpersonen in de cue exposure-conditie iedere minuut aan hoeveel trek ze ervoeren op een lijn van 0 mm (helemaal geen trek) tot 100 mm (zeer veel trek). In de analyses werd specifiek gekeken naar het verschil tussen de piek en de eindscore van trek binnen iedere sessie, en het verschil tussen de pieken tussen exposure-sessies: hoe

FIGUUR 2. GEMIDDELDE PIEKEN EN EINDSCORES IN TREK PER CUE EXPOSURE-SESSIE (SESSIE 1 – SESSIE 8)



groter de verschillen, hoe sterker de habituatie.

Daarnaast beoordeelden proefpersonen vóór en na therapie de sterkte van verwachtingen over controleverlies bij voedselcues. Voorbeelden van beoordeelde verwachtingen waren: 'Als ik lekker eten voor mijn neus heb, dan kan ik er niet vanaf blijven' en 'Als ik een klein hapje van mijn favoriete snack heb genomen, dan kan ik niet meer stoppen'. Vervolgens onderzochten we het verband tussen habituatie van trek en inname van snacks tijdens de smaaktest. Zoals weergegeven in figuur 2 ervaren proefpersonen een behoorlijke daling van trek gedurende de cue exposure-sessies, en ook werden de pieken over de sessies heen steeds minder hoog. Maar: de sterkte van habituatie van trek tijdens en tussen exposure-sessies hing niet samen met minder snackconsumptie. De daling van verwachtingen over controleverlies daarentegen, die beduidend sterker waren in de cue exposure conditie dan in de controleconditie (figuur 3), hing wél samen met snackinname.

Deze bevindingen vonden wij ook terug in onze andere cue exposure-studies, en impliceren dat de habituatie van trek – net zoals de habituatie van angst bij angststoornissen – geen belangrijke leidraad is voor cue exposure-sessies. In plaats van het focussen op de daling van trek, zouden cue

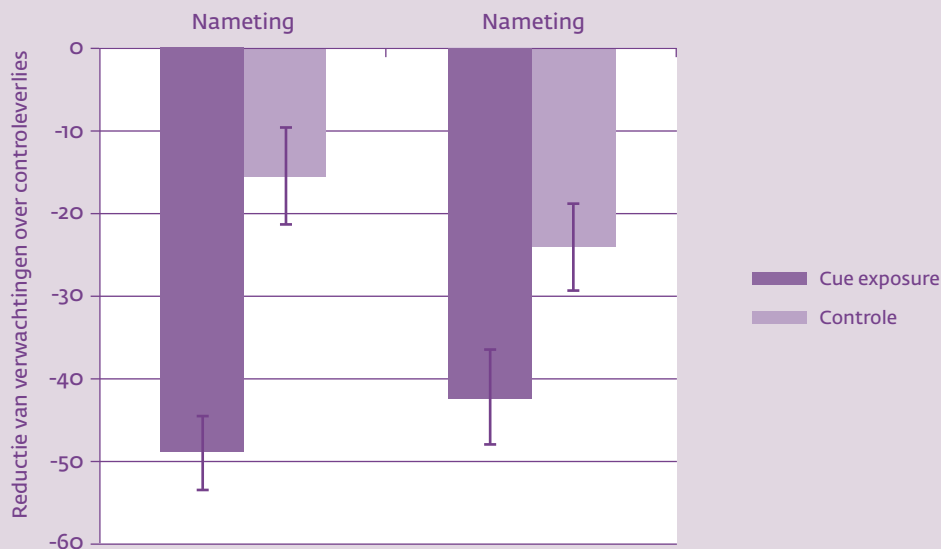
exposure-sessies gericht moeten worden op het schenden van irrationele verwachtingen over controleverlies. De therapeut zou samen met de patiënt moeten onderzoeken welke cues de verwachting van controleverlies optimaal uitlokken, om vervolgens te testen of het verwachte controleverlies daadwerkelijk plaatsvindt.

CONCLUSIE

Het 'groeierende' aantal mensen met overgewicht en obesitas vraagt dringend om effectieve interventies. In de gepresenteerde onderzoeken blijkt cue exposure-therapie succesvol te leiden tot minder overeten, althans voor voedingsmiddelen die tijdens cue exposure-sessies aan bod zijn gekomen.

'Als ik een klein hapje van mijn favoriete snack heb genomen, kan ik niet meer stoppen'

FIGUUR 3. REDUCTIE VAN VERWACHTINGEN OVER CONTROLEVERLIES DIRECT NA AFLOOP VAN THERAPIE EN NA DRIE MAANDEN FOLLOW-UP, APART VOOR DE CUE EXPOSURE- EN CONTROLECONDITIE



Generalisatie van cue exposure-effecten naar andere, niet-blootgestelde voedingsmiddelen werd niet gevonden, en suggereert dat het voor de klinische praktijk van belang is om zoveel mogelijk essentiële voedingsmiddelen te betrekken tijdens cue exposure-therapie.

Verder blijkt cue exposure therapie vooral te helpen door voedingsmiddelen te gebruiken die controleverlies uitlokken. Het gebruiken van algemeen 'lekkere' voedingsmiddelen lijkt voor minder sterke effecten te zorgen, en therapeuten zouden daarom secuur bij de individuele patiënt moeten nagaan welke precieze producten niet mogen ontbreken tijdens cue exposure-sessies.

Wat betreft de werkingsmechanismen van cue exposure-therapie blijkt dat, in lijn met recente bevindingen in de angstliteratuur, habituatie van trek niet samenhangt met overeten, terwijl een sterkere reductie van verwachtingen over controleverlies wél samenhangt met overeten. Deze bevindingen impliceren dat de daling van trek niet het doel zou moeten zijn van cue exposure-sessies, maar dat de patiënt gedurende de sessie moet leren dat hij de controle niet verliest.

Ten slotte blijken effecten van cue exposure-therapie op overeten ook te vertalen naar gewichtsverlies. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of deze effecten op gewichtsverlies ook op de langere termijn blijven bestaan; tot nu toe kunnen we concluderen dat cue exposure-therapie op de korte termijn helpt om in ieder geval heel wat onsjes minder te wegen.

Summary

IF YOU WISH TO GROW THINNER, SMELL YOUR DINNER
G. SCHYNS

The 'growing' obesity prevalence rates urgently call for the need of effective weight loss interventions. In the presented studies, cue exposure therapy was found to successfully reduce overeating of foods included in exposure therapy, but not of foods that were not included in exposure exercises. These findings imply that therapists should include as many food items in cue exposure as possible. Moreover, findings suggested that cue exposure seems most effective when including personally tailored foods that are tasty and associated with control issues. Interestingly, overeating was not associated with reduction (habituation) of eating desires during exposure, but instead, reducing control-related expectancies were found to be important. Finally, it was found that cue exposure therapy reduced weight, suggesting cue exposure to be a valuable intervention.

OVER DE AUTEUR

Dr. Ghislaine Schyns, is psycholoog en universitair docent tenure track aan Maastricht University. Met dit artikel won zij de tweede prijs in de Publicatieprijs 2017 van De Psycholoog. Correspondentie: ghislaine.schyns@maastrichtuniversity.nl.

Literatuur

- Akker, K. Van Den, Havermans, R. C., & Jansen, A. (2017). Appetitive conditioning to specific times of day. *Appetite*, 116, 232–238. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.05.014>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bongers, P., Jansen, A. (2017). Emotional eating and Pavlovian learning : evidence for conditioned appetitive responding to negative emotional states. *Cognition and Emotion*, 31 (2), 284–297. <https://doi.org/10.1080/0269931.2015.1108903>
- Bongers, P., van den Akker, K., Havermans, R., & Jansen, A. (2015). Emotional eating and Pavlovian learning: Does negative mood facilitate appetitive conditioning? *Appetite*, 89, 226–236. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.02.018>
- Boswell, R. G., & Kober, H. (2016). Food cue reactivity and craving predict eating and weight gain: A meta-analytic review. *Obesity Reviews*, 17, 159–177. <https://doi.org/10.1111/obr.12354>
- Boutelle, K. N., Knatz, S., Carlson, J., Bergmann, K., & Peterson, C. B. (2016). An Open Trial Targeting Food Cue Reactivity and Satiety Sensitivity in Overweight and Obese Binge Eaters. *Cognitive and Behavioral Practice*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.08.003>
- Boutelle, K. N., Zucker, N. L., Peterson, C. B., Rydell, S. a, Cafri, G., & Harnack, L. (2011). Two novel treatments to reduce overeating in overweight children: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 759–771. <https://doi.org/10.1037/a0025713>
- Bouton, M. E. (1993). Context, time, and memory retrieval in the interference paradigms of Pavlovian learning. *Psychological Bulletin*, 114(1), 80–99. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.1.80>
- Bouton, M. E., & King, D. A. (1983). Contextual control of the extinction of conditioned fear: Tests for the associative value of the context. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 9(3), 248–265. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyhe&AN=1984-08687-001&site=ehost-live&scope=site>
- Butte, N. F., Cai, G., Cole, S. A., Wilson, T. A., Fisher, J. O., Zakeri, I. F., ... Comuzzie, A. G. (2007). Metabolic and behavioral predictors of weight gain in Hispanic children: The Viva la Familia Study. *American Journal of Clinical Nutrition*, 85(6), 1478–1485. <https://doi.org/10.1093/ajcn/85/6/1478> [pii]
- CBS, RIVM, & Trimbos-instituut. (2016). Overgewicht volwassenen, 2016. Retrieved August 30, 2017, from <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/overgewicht/cijfers-context/huidige-situatie#bronverantwoording>
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 5–27. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.003>

AfvalLEN van een aantal kilo's is niet de grootste uitdaging, maar juist het behouden van het gewichtsverlies op de lange termijn

- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10–23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Crombez, G., Eccleston, C., Vlaeyen, J. W. S., Vansteenwegen, D., Lysens, R., & Eelen, P. (2002). Exposure to physical movements in low back pain patients: restricted effects of generalization. *Health Psychology*, 21(6), 573–578. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.21.6.573>
- Ferriday, D., & Brunstrom, J. M. (2011). "I just can't help myself": effects of food-cue exposure in overweight and lean individuals. *International Journal of Obesity* (2005), 35(1), 142–9. <https://doi.org/10.1038/ijo.2010.117>
- Finer, N. (2015). Medical consequences of obesity. *Medicine (United Kingdom)*, 43(2), 88–93. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2014.11.003>
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2871574>
- Foa, E. B., & McNally, R. J. (1996). Mechanisms of change in exposure therapy. In M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 329–343). New York: The Guilford Press.
- Goubert, L., Francken, G., Crombez, G., Vansteenwegen, D., & Lysens, R. (2002). Exposure to physical movement in chronic back pain patients: No evidence for generalization across different movements. *Behaviour Research and Therapy*, 40(4), 415–429. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00020-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00020-1)
- Hofmann, S. G. (2008). Cognitive processes during fear acquisition and extinction in animals and humans: implications for exposure therapy of anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 28(2), 199–210. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.009>
- Jansen, A. (1998). A learning model of binge eating: cue reactivity and cue exposure. *Behaviour Research and Therapy*, 36(3), 257–72. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9642846>
- Jansen, A., Broekmate, J., & Heymans, M. (1992). Cue-exposure vs self-control in the treatment of binge eating: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 30(3), 235–41. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1586360>
- Jansen, A., Havermans, R. C., & Nederkoorn, C. (2011). Handbook of Behavior, Food and Nutrition, 1431–1443. <https://doi.org/10.1007/978-0-387-92271-3>
- Jansen, A., Schyns, G., Bongers, P., & van den Akker, K. (2016). From lab to clinic: Extinction of cued cravings to reduce overeating. *Physiology and Behavior*, 162, 174–180. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2016.03.018>
- Jansen, A., Stegeman, S., Roefs, A., Nederkoorn, C., & Havermans, R. (2010). Decreased salivation to food cues in formerly obese successful dieters. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(4), 257–8. <https://doi.org/10.1159/000315131>
- Kral, T. V., Allison, D. B., Birch, L. L., Stallings, V. A., Moore, R. H., & Faith, M. S. (2013). Caloric compensation and eating in the absence of hunger in 5- to 12-y-old weight-discordant siblings. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 96, 574–583. <https://doi.org/10.3945/ajcn.112.037952>
- Marcus, M. D., & Wildes, J. E. (2009). Obesity: is it a mental disorder? *The International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 739–53. <https://doi.org/10.1002/eat.20725>
- Martinez-mallen, E., Castro-fornieles, J., La, L., Moreno, E., Morer, A., Font, E., & Julien, J. (2007). Cue Exposure in the Treatment of Resistant Adolescent Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 596–601. <https://doi.org/10.1002/eat>
- Mount, R., Neziroglu, F., & Taylor, C. J. (1990). An obsessive-compulsive view of obesity and its treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 68–78.
- Mustelin, L., Bulik, C. M., Kaprio, J., & Keski-Rahkonen, A. (2017). Prevalence and correlates of binge eating disorder related features in the community. *Appetite*, 109, 165–171. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.11.032>
- Uzogara, S. G. (2017). Obesity Epidemic, Medical and Quality of Life Consequences: A Review. *International Journal of Public Health Research*, 5(1), 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.ijphr.2017.02.004>
- Van den Akker, K., Havermans, R. C., Bouton, M. E., & Jansen, A. (2014). How partial reinforcement of food cues affects the extinction and reacquisition of appetitive responses. A new model for dieting success? *Appetite*, 81, 242–252. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.06.024>
- Van den Akker, K., Havermans, R. C., & Jansen, A. (2015). Effects of occasional reinforced trials during extinction on the reacquisition of conditioned responses to food cues. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 48, 50–58. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.02.001>
- Van den Akker, K., Jansen, A., Frentz, F., & Havermans, R. C. (2013). Impulsivity makes more susceptible to overeating after contextual appetitive conditioning. *Appetite*, 70, 73–80. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.06.092>
- Van den Hout, M. a, Engelhard, I. M., Toffolo, M. B. J., & van Uijen, S. L. (2011). Exposure plus response prevention versus exposure plus safety behaviours in reducing feelings of contamination, fear, danger and disgust. An extended replication of Rachman, Shafran, Radomsky & Zysk (2011). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(3), 364–70. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.02.009>
- Werrij, M. Q., Jansen, A., Mulken, S., Elgersma, H. J., Ament, A. J. H. a, & Hoppers, H. J. (2009). Adding cognitive therapy to dietetic treatment is associated with less relapse in obesity. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(4), 315–24. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.12.011>
- Wing, R. R., & Phelan, S. (2005). Long-term weight loss maintenance. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82(1), 222S–225S. <https://doi.org/10.1093/ajcn/82.1.222S> [pii]

ESSAY

A LA RECHERCHE DU TEMPS PERDU **HET**
AMSTERDAMSE
FOBIEËNPROJECT

In 1966 initieerde klinisch psycholoog en hoogleraar persoonlijkheidsleer Johan Barendregt (1924-1982) aan de Universiteit van Amsterdam (UvA) het ambitieuze Fobieënproject. De fobie – kortweg omschreven als een hevige, irrationele angst voor en vermindering van een object of een bepaald type situatie, zodanig dat men hierdoor in het dagelijks leven beperkt is – stond als klinisch verschijnsel centraal. Florence van Zuuren, destijds medewerker van Barendregt, blik in dit essay terug op dit in zowel theoretisch als methodologisch opzicht vernieuwende project.

Om het Amsterdamse Fobieënproject goed te kunnen karakteriseren is het nuttig een schets te geven van de achtergrond van het universitaire klimaat in de jaren zestig van de vorige eeuw. De psychologie als vakgebied was jong en had zich nog maar net losgemaakt van de filosofie. In 1961 verscheen het boek *Methodologie* van Adriaan de Groot: voor de psychologie een mijlpaal op methodologisch gebied. Daarin zette hij een aan de natuurkunde ontleende onderzoeksmethode uiteen met nadruk op het geheel en herhaaldelijk doorlopen van de empirische cyclus, inclusief hypothesetoetsing.

De financiering van onderzoek geschiedde in die tijd vanuit de eerste geldstroom: wetenschappelijk medewerkers konden hun onderzoekstijd vrijelijk aan onderzoek besteden. Promoveren was een lange, eenzame weg, er lag geen plan klaar. In die jaren verschenen proefschriften met veel theoretische diepgang, veelal in het Nederlands. Engelstalig publiceren gebeurde nog nauwelijks. Voor wetenschappelijk personeel golden geen eisen wat betreft het aantal publicaties.

Het aantal studenten psychologie nam in die jaren zestig explosief toe. Zo meldden zich in 1960 bij de UvA 69 eerstejaars psychologiestudenten aan, tien

jaar later waren dat er al ruim 400 (Busato, 2008). De grote meerderheid van die studenten koos Persoonlijkheidsleer als hoofdrichting, hetgeen betekende dat deze afdeling voor al deze studenten de doctoraalfase van twee jaar moest verzorgen.

Kijken we naar de praktijk van de klinische psychologie in die jaren, dan zien we dat klinisch psychologen met behulp van projectieve technieken en meer geavanceerde tests zelfstandig diagnostiek verrichtten bij personen met een psychische afwijking, maar dat de therapie, bedreven door uitsluitend medici en psychiaters, hier geheel los van staat.

Een methode is nooit doel op zich, maar slechts middel

Binnen deze context moet het Fobieënproject worden beschouwd als vernieuwend, gedurfd en veelzijdig, dit laatste zowel in theoretisch als in methodologisch opzicht. Daar ga ik nu verder op in.

VERNIEUWEND

In onderzoek elders in het land op de afdelingen Persoonlijksleer of Klinische Psychologie wilde men met één theorie een veelheid van (afwijkende) psychische verschijnselen verklaren. Bij het Fobieënproject is het precies andersom: niet een theorie staat centraal, maar een klinisch verschijnsel – de fobie, kortweg omschreven als een hevige, irrationele angst voor en vermijding van een object of een bepaald type situatie, zodanig dat men hierdoor in het dagelijks leven beperkt is.

De keuze voor het verschijnsel fobie is weloverwogen gemaakt: het is een tamelijk duidelijk afgebakende aandoening, in de meeste gevallen niet zeer ernstig, en niet al te zeldzaam, zodat het redelijk gemakkelijk zou zijn om aan patiënten te komen. Bovendien was het bemoedigend dat men in Groot-Brittannië bij de behandeling van fobieën goede resultaten had behaald met de op de leertheorie gebaseerde gedrags-therapie. Deze therapievorm werd

naar Amsterdam gehaald in de persoon van Ron Ramsay, die lector op de afdeling werd.

In 1973, op de eerste landelijke bijeenkomst van de afdelingen Persoonlijksleer / Klinische Psychologie te Utrecht bleek opnieuw hoe vernieuwend het project was. In die tijd was een dergelijke bijeenkomst een ware *happening*, er was onderling nauwelijks contact, ook al omdat een communicatiemiddel als e-mail nog niet bestond. Toen Barendregt zijn ideeën over het Fobieënproject daar onthulde, werd er met ontzag en enige jaloezie naar geluisterd.

GEDURFD

In het project werden voor het eerst studenten als behandelaars ingezet. Dit gebeurde weliswaar onder gedegen supervisie, maar het was toch een enorme verantwoordelijkheid. Verder had het project zich bijna geheel onafhankelijk van medici weten te maken. Een arts deed weliswaar de *intake* en elke patiënt onderging ook een medisch onderzoek om na te gaan of lichamelijke aspecten een rol speelden bij het ontstaan of de instandhouding van de fobie, maar de verdere behandeling geschiedde geheel door psychologen. En dan was er nog de grote omvang van het project: er deden (noodgedwongen) zeer veel studenten mee, en daarnaast ook zeer veel patiënten en medewerkers.

VEELZIJDIG

De fobie werd vanuit zoveel mogelijk theoretische invalshoeken bestudeerd, omdat die bij verschillende personen verschil-

lend verankerd zou kunnen liggen. Kortweg waren dit de volgende invalshoeken: de *lichamelijke* (heeft de deelnemer een lichamelijke aandoening die hem angstig maakt of hindert in bepaalde situaties?), de *gewoonte* (is bij de deelnemer sprake van conditionering van de angst na een angstige gebeurtenis?), het *interne conflict* (is de fobie een uitweg voor een niet onderkend psychisch conflict?), de *partnerrelatie* (houdt deze relatie op subtiële wijze de angst en vermijding in stand?), en tot slot de *cultureelmaatschappelijke invalshoek*: is de deelnemer in een sociale rol (of maatschappij) terecht gekomen die eisen stelt waaraan hij/zij niet kan voldoen (de glazenwasser die hoogtevrees heeft)? Los hiervan werden aspecten bestudeerd als ontwikkeling in de vroege jeugd, de perceptie van het fobisch angstobject en cognities hieromtrent, en werden de uitgevoerde therapieën geëvalueerd.

Ook waar het onderzoeksmethodologie betreft was het project verre van monomaan. Barendregts proefschrift was een vroeg voorbeeld van de empirisch-analytische benadering van De Groot (1961), waarbij de gehele empirische cyclus wordt doorlopen. In de loop der jaren heeft Barendregt verschillende standpunten ingenomen waar het methoden van onderzoek betreft (zie ook Dehue, 1990). In discussies lag hij vooral graag dwars. Beroemd is zijn uitspraak dat het maar eens afgelopen moet zijn met steeds maar de brillenglazen te willen oppoetsen en dat een onderzoeker nu eerst eens moet durven kijken.

Daarbij is er zijn literaire belangstelling voor auteurs als Marcel Proust (aan wie de chapeau van dit essay is ontleend) en Robert Musil, die hij als inspiratiebron voor hypothesevorming in de persoonlijkheidsleer beschouwt. Hoewel geen voorstander van de klassieke fenomenologie gaf Barendregt wel ruimte aan kwalitatief onderzoek. En tenslotte is daar het feit dat hij hamert op bestudering van de voor de klinische psychologie belangrijke begrippen: deze zouden moeten worden afgebakend en in hun onderlinge samenhang in kaart moeten worden gebracht.

De algemene les kan hier zijn: een methode is nooit doel op zich, maar slechts middel. Een onderzoeker is vrij om die methode te kiezen waarmee hij denkt het meeste te weten te komen.

ORGANISATIE

Het project berust op drie pijlers, die ingenieus in elkaar steken.

THERAPIE VOOR FOBICI Er werd een polikliniek in het leven geroepen en het Psychologisch Laboratorium binnengehaald, met alles wat daarbij hoorde: een netwerk van verwijzers, een therapiesecretaresse, een maatschappelijk werkster, een achterwacht, een arts in dienst die tevens de intakes verzorgde, er werd medisch-fysiologisch onderzoek gedaan, en men stelde een therapie-supervisor aan, aanvankelijk alleen voor gedragstherapie, later voor verschillende therapeutische richtingen. Ook werden de nodige materiële voorzieningen getroffen: een wachtkamer op de afdeling, therapiekamers en een video-ruimte om gesprekken live

op te nemen. De patiënt verleende goedkeuring om aan onderzoek mee te doen en betaalde een bescheiden eigen bijdrage.

ONDERWIJS Waar het theorie over psychisch disfunctioneren betreft konden studenten persoonlijkheidsleer profiteren van de verschillende theoretische invalshoeken van de medewerkers-docenten. Een diversiteit van scriptie-onderwerpen werd aangeboden en voor hun werkstuk, dat empirisch onderzoek moest bevatten, konden zij qua materiaalverzameling, via hun begeleider, terecht bij de fobici op de afdeling.

Door de diversiteit in behandel aanbod voor fobici kwamen studenten ook in aanraking met de theorie achter verschillende therapievormen. En, sterker nog, zij mochten zelf, onder supervisie van een ervaren therapeut, één of twee therapieën uitvoeren.

Hiermee konden zij hun eigen therapeutische mogelijkheden al vroeg verkennen en konden zij een eerste stap zetten op weg naar het lidmaatschap van een therapeutische vereniging. Deze mogelijkheid droeg bij aan het beroepbesef.

ONDERZOEK Mede door de groeiende studenteninstroom konden steeds weer nieuwe medewerkers worden aangesteld, die onderzoek deden vanuit hun eigen theoretische invalshoek, met de bedoeling dat dit zou resulteren in evenzovele dissertaties. Voor hen waren, binnen het project, vele vormen van materiaalverzameling mogelijk. Door de jaren heen werd een batterij standaardtests, relevant voor diagnostiek, afge-

nomen, waaronder de Amsterdamse Biografische Vragenlijst, de Nederlandse Persoonlijkheden Vragenlijst en de Prestatie-Motivatie Test. Daarnaast konden door medewerkers gewenste extra vragenlijsten of zelf ontworpen tests tijdelijk meedraaien. Ook was het mogelijk patiënten te interviewen, en dit ook nog na afloop van de therapie, als het ging om onderzoek naar therapie-effect. En ten slotte konden de patiënten op beperkte schaal meedoen met experimenten.

De fobie werd vanuit zoveel mogelijk invalshoeken bestudeerd

PROGRAMMERING

Er was vooraf niet bepaald wat de looptijd van het project zou zijn of hoe groot de steekproefgrootte. Feitelijk is de looptijd ongeveer twintig jaar geweest, met een 'bloeitijd' van tien à vijftien jaar. Deze lange looptijd had als voordeel dat iedere onderzoeker de gelegenheid kreeg de zich ontwikkelende ideeën of theorieën herhaaldelijk met een nieuwe steekproef fobici te toetsen. De fasering van het project en de onderlinge afstemming tussen de onderzoekers in de tijd waren echter minder goed geregeld. De diverse proefschriften vorderden in verschillend tempo en er was geen streefdatum afgesproken om van start te gaan met wat eigenlijk het overkoepelende experiment

had moeten zijn. Daarin zou bij iedere nieuwe fobische patiënt moeten worden vastgesteld welke 'organisatievorm' het meest in wanorde was – hiertoe zou iedere onderzoeker dan een diagnostisch instrument voor zijn of haar invalshoek hebben moeten aandra-gen – en op grond daarvan zou dan de best passende therapie-vorm voor die patiënt worden gekozen. Effectonderzoek zou dan moeten uitwijzen of deze theorie-gestuurde therapietoewijzing tot betere resultaten leidt dan die bij een controlegroep die een standaardtherapie of andere vorm van therapietoewijzing krijgt.

EINDE PROJECT

Er was geen sprake van een gepland of een van buitenaf opgelegd einde van het project, maar van een langzaam verglijden. Aanzet hiertoe vormde het vrij plotselinge overlijden van Barendregt in 1982 en het feit dat er geen opvolging was geregeld. Daar kwam bij dat in 1983 de reorganisatie-onderhandelingen van de (Sub)Faculteit Psychologie van start gingen, waarbij vakgroepen konden worden opgeheven en van naam moesten veranderen (Persoonlijkheidsleer werd Klinische Psychologie). Hierbij kwam de uitvoering van therapieën door studenten – een van de pijlers van het Fobieën-project – onder vuur te liggen. Kort daarop werd landelijk de Voorwaardelijke Financiering van vakgroepsprojecten ingevoerd. De voortgang van projecten was nu niet langer een zaak van de vakgroepshoogleraar, projecten moesten extern worden beoordeeld. Het Fobieën-project kreeg vooralsnog een

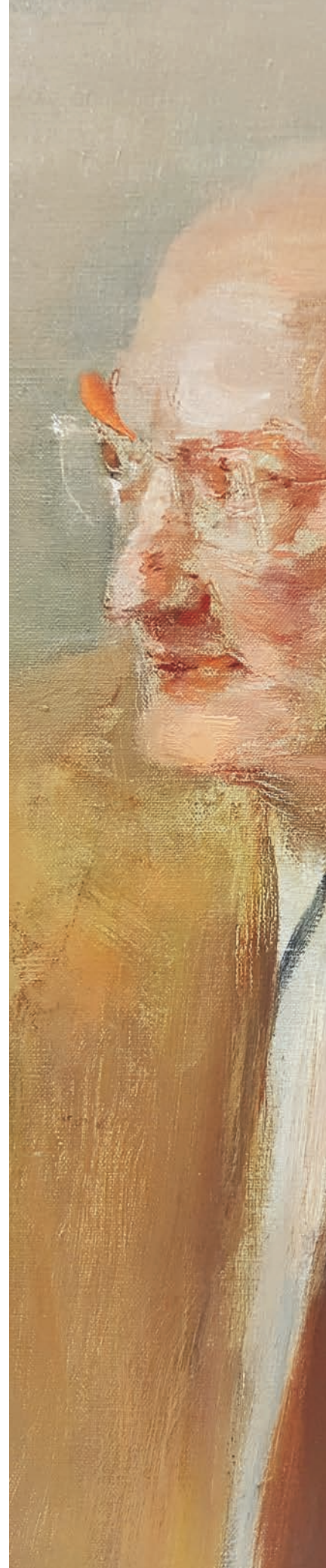
gunstige beoordeling, maar de schrik zat er toch in. Nog enkele jaren ging het project in afgeslankte vorm verder met Erie Fournier als interim-hoogleraar. In 1986 werd de nieuwe vakgroepshoogleraar Walter Everaerd benoemd, hij bracht zijn eigen interesse in en een nieuw onderzoeksprogramma. Enkele dissertaties van het Fobieënproject liepen nog wel door.

BALANS

Soms klinkt, niet zelden met een licht teleurgestelde ondertoon, de vraag door: 'Wat heeft het project opgeleverd?' Een dergelijke vraag kan vanuit verschillende gezichtspunten worden beantwoord.

Allereerst is daar het huidige criterium voor wetenschappelijk succes: het aantal wetenschappelijke publicaties, liefst in internationale toptijdschriften. Ook dissertaties scoren hoog. Zo gezien is de 'output' van het project bescheiden. Men bedenke echter wel dat dit criterium in de bloeifase van het project nog geen opgeld deed, dat kwam pas later. Nederlandstalige bijdragen waren in de jaren zeventig al mooi genoeg.

In de geschreven sfeer kan toch ook wel een en ander aan 'output' vermeld worden (zie ook Busato, 2008): de bijdragen aan het *Bulletin Persoonlijkheidsleer*, waaronder interne polemieken over de definitie van het begrip fobie, de vele scripties en werkstukken (waarvan enkele als artikel zijn verschenen, bij voorbeeld Hirschfeld & Schagen, 1981), diverse Nederlandstalige tijdschriftartikelen, waaronder twee baanbrekende artikelen van Barendregt in 1974 (Barendregt,



Welke organisatievorm is bij deze fobische patiënt het meest in wanorde?

1974a; 1974b), enkele Engelstalige boekbijdragen of artikelen (bijvoorbeeld Schaper, 1973; Van Zuuren, 1987) en een bundel onder redactie van Van Krogten et al. (1984), die een (onvolledige) tussenstand van het project geeft, maar dan zonder integratie van de diverse invalshoeken.

Verder kent het project vijf afzonderlijke dissertaties met als onderwerpen: de koppeling, bij verschillende soorten fobici, tussen identiteitsproblematiek en de aard van de situaties die zij vermijden (Van Zuuren, 1982), de perceptie van het angstobject bij fobici (MacNab, 1987), ontwikkelingsaspecten in de vroege jeugd (Kolk, 1989), de sociale fobie in het licht van maatschappelijke verandering (Gomperts, 1992), en therapie-evaluatie bij fobici (Schagen, 1994). Daarnaast formuleerde Fuldauer (1988) een theorie over fobie en de disregulatie van macht. En ten slotte heeft Barendregt op het eind van zijn leven een theorie gelanceerd, toepasbaar op fobici in het algemeen, waar het gaat om de oorsprong van hun neiging een concreet angstobject aan te wijzen (Barendregt & Frijda, 1982).

Een geheel ander criterium dan het aantal Engelstalige publicaties berust op de vraag wat het project beoogde. Naast het verzorgen van intensief grootschalig onderwijs had het project de ambitieuze doelstelling een verbeter slag aan te

brengen in de klinische praktijk. Zoals hierboven uiteengezet behelsde deze een indicatiestelling voor therapie, niet op grond van de oppervlakkige categorie 'fobie', maar op theoretische gronden: welke organisatievorm is bij deze fobische patiënt het meest in wanorde? Een experiment, waarbij de bijbehorende therapievormen – of om te beginnen misschien slechts twee – in hun pure vorm zouden worden uitgevoerd, had hier uitsluitsel over kunnen geven. Is dit doel bereikt? Nee, het Fobieënproject biedt wel een model om dit te doen, overigens ook voor andere diagnoses, maar het beslissende experiment is niet van de grond gekomen. Het project is in de uitvoering blijven steken, mede omdat de medewerkers in verschillend tempo vorderden.

Los van het vooraf stellen van criteria kan men zich ten slotte afvragen wat het project zoal teweeg heeft gebracht. Het project is een investering geweest die – naast bovengenoemde geschriften en theorieën – op vele terreinen vruchten heeft afgeworpen. Zo bood het een rijke leeromgeving aan zeer vele studenten, zowel waar het gaat om hun wetenschappelijke vorming – scriptie en werkstuk – als om het al vroeg opdoen van therapeutische ervaring. Met dit laatste konden zij een eerste stap zetten in hun beroepsleven als therapeut. Voor de medewerkers was er hun

vorming tot wetenschappelijk onderzoeker met grote vrijheid en zelfstandigheid – iets wat zij de rest van hun onderzoekleven met zich mee hebben kunnen dragen. Ook is sprake geweest van de verdere ontwikkeling van bestaande therapievormen in een universitaire setting, in het bijzonder van verschillende gedragstherapeutische technieken. En tot slot is er het grote aantal behandelde fobische patiënten.

CONCLUSIE

In deze zoektocht naar de voorbij tijd – *le temps perdu* – kan teruggekeken worden op het unieke en rijke van het Fobieënproject en op de vele mogelijkheden die het genereerde. Het project is niet aan een glorievolle afronding toegekomen door te weinig fasering en onderlinge afstemming in de opzet,

het feit dat er geen opvolging was geregeld, en door een externe factor: de veranderende tijdgeest.

Ook in de huidige tijd zijn grote en grootse projecten mogelijk – als men het geld daarvoor heeft weten binnen te halen. Maar vrijheid zoals het Fobieënproject die had, zullen deze niet gauw hebben. De aanvrager moet zich van te voren op vele zaken – financieel, materieel, personeel, ja bij wijze van spreken al op de uitkomst – vastleggen; zich op alle fronten indekken, ook waar het gaat om de werving van proefpersonen-patiënten en de strengere eisen omtrent de omgang met hen. Een voordeel is hoogstens de noodzaak van tussen-tijdse rapportage.

Terugkijken naar het Fobieënproject betekent ook terugblikken op de tijdgeest van de jaren zestig

en zeventig van de vorige eeuw. Een geest van wetenschappelijke vrijheid en vertrouwen die voorbij is: een *temps perdu*, waarvan ik hoop dat iets daarvan nog eens zal terugkeren als *temps retrouvé*.

OVER DE AUTEUR

Dr. Florence van Zuuren is van 1971 tot 2015 werkzaam geweest bij de vakgroep Persoonlijksleer / Klinische Psychologie aan de Universiteit van Amsterdam. Zij was tevens UHD bij de vakgroep Klinische Psychologie Vrije Universiteit Amsterdam, klachtenfunctionaris bij het VU Medisch Centrum en hoofddocent Onderzoek bij het RINO Amsterdam. Daarnaast werkte zij als psychotherapeut en gz-psycholoog. Dit essay is een bewerking van een lezing voor UvA-alumni, gehouden op 15 december 2017. E-mail: florencevanzuuren@gmail.com.

Literatuur

- Barendregt, J.T. (1974a). Klinische psychologie is meer dan therapie bedrijven. *De Psycholoog* 9, 127-136.
- Barendregt, J.T. (1974b). De relatie van diagnostiek en therapie binnen het fobieënproject. *De Psycholoog* 9, 295-308.
- Barendregt, J.T. & Frijda, N.H. (1982). Cognitive aspects of anxiety. *Tijdschrift voor Geneesmiddelenonderzoek* 9, 17-24.
- Busato, V.V. (2008). *Leve de psychologie; honderd jaar psychologische wetenschap aan de UvA*. Amsterdam: Van Gennep.
- Dehue, T. (1990). *De regels van het vak; Nederlandse psychologen en hun methodologie 1900-1985*. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen. Amsterdam: Bert Bakker.
- Fuldauer, D.A. (1988). *Fobie en macht; een theorie van menselijke vermogens*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Gomperts, W.J. (1992). *De opkomst van de sociale fobie: een sociologische en psychologische studie naar de maatschappelijke verandering van psychische verschijnselen*. Academisch Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
- Groot, A.D. de (1961). *Methodologie; grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen*. Den Haag: Mouton.
- Hirschfeld, A. & Schagen, S. (1981). Verraad of verplichting, het publiceren van gevalsbeschrijvingen. *Tijdschrift voor Psychotherapie* 7, 1, 2-15.
- Kolk, A.M.M. (1989). *Ontwikkelingsantecedenten van psychisch disfunctioneren, in het bijzonder de fobie*. Academisch Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
- Krogt, I.A.M.H., Hanewald, G.J.F.P. & Soudijn, K.A. (Red.; 1984). *Fobieën; Het Amsterdamse Fobieënproject*. Van Loghum Slaterus.
- MacNab, B. (1987). *Perceptions of phobia and phobics: the quest for control*. Academisch Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
- Schagen, S. (1994). *Over de waarde van psychotherapie*. Academisch Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
- Schaper, W.W.F. (1973). Some aspects of the interaction between phobics and their partners. In J.C. Brengelmann & W. Turner (Eds): *Behaviour therapy - Verhaltenstherapie; praktische und theoretische Aspekte*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Zuuren, F.J. van (1982). *Fobie, situatie en identiteit; een studie over de identiteitsproblematiek en de situatievermijding van twee soorten fobici*. Academisch Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
- Zuuren, F.J. van (1987). Personality differences within a diagnostic entity: types of phobia in men and women. *Personality and Individual Differences*, 8, 1, 101-113.



Buikpijn

Buikpijn bij kinderen

Door: Shelley van der Veeke en Else de Haan (2016)

Houten: LannooCampus, 112 p.

Recensent: Karel Soudijn

Rond problemen met de gezondheid spelen twee vragen. Populair gezegd luidt de ene vraag: hoe kom je eraan? De andere vraag is: en dan? In hun helder geschreven boekje over buikpijn bij kinderen laten Shelley van der Veeke en Else de Haan zien dat artsen zich op de eerste vraag concentreren. Psychologen behoren bij medische vraagstukken vooral aandacht te geven aan de tweede vraag.

De beide vragen raken gemakkelijk met elkaar verknoopt. Soms wordt verondersteld dat een medisch probleem ontstaat om er ziekte winst mee te boeken. Van der Veeke en De Haan wijzen die verklaring van langdurige buikpijn bij kinderen resoluut van de hand. Kinderen ontwikkelen geen blijvende buikpijn om nooit meer naar school te hoeven gaan. Verder maken de auteurs in dit boek duidelijk dat er weliswaar aardig wat onderzoek is gedaan naar factoren die met buikpijn samenhangen, maar uit al die correlaties valt helemaal niet af te leiden waarom een bepaald kind er zo sterk last van heeft.

Psychologische hulpverlening komt in dit boekje als sluitstuk aan bod. Eerst halen de auteurs het angstwekkende van hun onderwerp af. Ze geven voorlichting over vormen van buikpijn en beschrijven wat we over pijn in het algemeen denken te weten. Er komt ook ter sprake wat artsen zullen doen als zij diagnostisch onderzoek uitvoeren naar kinderen met langdurige buikpijn. Vaak kunnen huisartsen en specialisten geen oorzaak vaststellen. Medicatie helpt dan maar even. Langdurige medicatie heeft bovendien averechte effecten: op den duur wordt de pijn er alleen maar door versterkt. Wat

kunnen psychologen vervolgens doen? Van der Veeke en De Haan wijden slechts enkele pagina's aan psychologische behandeling. Een diagnostische fase leidt soms tot de conclusie dat eerst andere problemen dan buikpijn moeten worden behandeld. Maar als het accent op buikpijn blijft liggen, dan zien deze auteurs slechts twee mogelijke ingrepen: cognitieve gedragstherapie of hypnotherapie. Die benaderingen sluiten trouwens sterk op elkaar aan, omdat kinderen hier leren om op een andere manier met hun pijn om te gaan.

Zijn cognitieve gedragstherapie en hypnotherapie effectieve vormen van hulpverlening? Op basis van onderzoek schatten de auteurs dat zestig tot tachtig procent van de kinderen er baat bij heeft. Hierbij merken zij wel op dat twee factoren de effectiviteit in elk geval beïnvloeden: het vertrouwen in een behandelaar, en de inzet van de ouders en de kinderen zelf. De auteurs geven vervolgens heel kort advies aan de twintig tot veertig procent van de gevallen waarin psychologische hulp níet hielp. Ga naar een andere psycholoog waarin je wel vertrouwen hebt, of bij wie je wel met behoorlijke inzet wilt werken. En als dat niet helpt, dan staat er nog maar één weg open: terug naar de huisarts of de kinderarts die het kind heeft doorverwezen.

Met andere woorden: soms weten we geen antwoord op de vraag naar hoe het verder moet gaan met het leven van een kind. Bij volwassenen is dat trouwens ook zo.

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



Caleidoscopisch overzicht

Routes van het recht. Over de rechtspsychologie

Door: Peter van Koppen, Jan de Keijser, Robert Horselenberg

en Marco Jelicic (Red.; 2017)

Amsterdam: Boom, 1284 p

Recensent: Michiel van der Wolf

Routes van het recht is de vijfde 'pil' in de serie handboeken over rechtspsychologie. Anders dan bij een aantal van zijn voorgangers – onder meer *De menselijke factor*, *Het hart van de zaak*, *Het recht van binnen* – klinkt in de titel van dit boek niet direct de gedragswetenschappelijke invalshoek door. De ondertitel en inhoud van het boek maken dat evenwel ruimschoots goed. Ook dit boek slaagt er weer in om een caleidoscopisch overzicht te geven van de stand van zaken in de rechtspsychologie.

Die veelkleurigheid zit vooral in de onderwerpen en auteurs, het perspectief is veelal gelijk: de wetenschappelijke kijk op (vooral) het strafrechtbedrijf, en die is per definitie kritisch. Want wie het strafproces gedragswetenschappelijk beziet, komt als vanzelf op vragen over waarheidsvinding en tunnelvisie, betrouwbaarheid van waarnemingen van getuigen en verklaringen van verdachten, en het ondoorzichtige beslissingsproces van de rechter(s). Dergelijke en andere kritische vragen worden welhaast uitputtend gesteld en naar de wetenschappelijke *state of the art* beantwoord. Die antwoorden – en daar zit volgens de juriste Dubelaar, die het hoofdstuk 'De rechtspsychologie en het strafrecht' schreef, de beperking van de subdiscipline – gaan echter vaak over gemiddelden en kansen op basis van groepsonderzoek en zijn daardoor niet (eenvoudig) toepasbaar in een individuele zaak.

Toch zijn er psychologen die wel adviseren in individuele zaken. Die adviezen hebben geen relevantie voor het bewijs maar voor de sanctietoemeting. Die adviseurs zijn de forensisch psychologen, die

in het eerste hoofdstuk worden onderscheiden van de rechtspsychologen, op basis van historische wortels in de klinische psychologie versus de functionele, kennis van afwijkend gedrag versus algemeen menselijke functies als waarnemen, herinneren of beslissen, en een op het individu toegepaste hermeneutische methode versus een empirische. Juist vanwege de gewenste dialoog over het individuele geval waarover besloten moet worden, zijn de forensisch psychologen graag geziene gasten in de rechtszaal. Het prescriptieve karakter van hun inbreng sluit nauwer aan bij de normatieve strafrechtspraktijk dan het descriptieve karakter van de rechtspsychologie. In het Nederlands Register Gerechtelijk Deskundigen vormen forensisch psychologen dan ook met afstand de grootste groep en zijn rechtspsychologen een zeer bescheiden groepje. Omdat forensisch psychologen dus een gevestigd onderdeel zijn van het strafrechtbedrijf – met name in de pro Justitia rapportage en de tenuitvoerlegging van sancties als tbs – worden terecht ook zij nauwgezet onder de loep genomen. Hier wordt het boek voor psychologen echt interessant, waar de ene subdiscipline langs de meetlat van de andere wordt gelegd.

TOEREKENINGSVATBAARHEID

Het meest kritisch wordt gekeken naar de diagnostiek van de toerekeningsvatbaarheid. Bijzonder – ook binnen de opzet van dit boek – is daarbij dat dit vraagstuk vanuit twee kritische perspectieven wordt beschouwd. Eerst het outsider-perspectief van de rechtspsycholoog Rassin in het hoofdstuk 'Forensisch

psychologische rapportages' en daarnaast het (meer) insider-perspectief vanuit de forensische psychologie in het hoofdstuk 'Over toerekeningsvatbaarheid' van De Ruiter en Hildebrand. Samen sommen ze vrij volledig de kritiekpunten op ten aanzien van toerekeningsvatbaarheid, zoals die uit de literatuur bekend zijn: de veronderstelde onverenigbaarheid met het neurowetenschappelijk inzicht van een niet aantoonbare vrije wil; de gevraagde retrospectiviteit van de diagnostiek van de psychische gesteldheid ten tijde van het delict; het ongewisse van onderzoek doen terwijl de feiten nog niet door een rechter zijn vastgesteld en het probleem van de weigerende of ontkennende verdachten dat daarmee samenhangt; de betrouwbaarheid van de inschatting, ook in verband met het aantal gradaties en het ontbreken van een eenduidige invulling van het begrip.

De insiders reageren op deze beperkingen vooral door verdere invulling, standaardisering van het proces en de beoordeling op basis van een lijstje van functiestoornissen, waarmee ze zichzelf (de grote groep pro Justitia-rapporteurs inschattende) weer wat aan de buitenrand van de insider-pool plaatsen. De outsider stelt uiteindelijk zelfs afschaffing van dit diagnostisch proces voor, met als oplossing dat tbs-oplegging slechts aan bepaalde delicten gekoppeld zou kunnen worden of behandeling in de gevangenis kan plaatsvinden.

Dit is te begrijpen vanuit de veronderstelling dat toerekeningsvatbaarheid vooral in relatie tot tbs-oplegging en de daarbij behorende speciale preventie van belang is. Hier wrekt zich een gebrek aan strafrechtelijke kennis dat de rest van de waardevolle inhoud van de bijdrage tekort doet. Een hoofdstuk 'De forensische psychologie en het strafrecht', vergelijkbaar met het eerder genoemde ten aanzien van de rechtspsychologie, was hier eigenlijk gezien het specifiek juridische karakter van de toerekeningsvatbaarheid op z'n plaats geweest. Bijvoorbeeld de stelling dat 'vanuit de vergeldingsleer de ontoerekeningsvatbaarheid niet interessant is' doet onrecht aan het feit dat de beginselen van geen straf zonder schuld en straf naar de mate van schuld juist uit die leer voortkomen. Dit laat ook zien dat de toerekeningsvatbaarheid niet enkel van belang is voor het wel of niet tbs opleggen, maar vooral ook voor het toemeten van de straf.

Wat mij betreft de beste suggestie van de outsider

Forensisch psychologen zijn graag geziene gasten in de rechtszaal

is om de gedragsdeskundigen, anders dan nu gebruikelijk is, niet een door vooroverleg gecreëerd consensusoordeel te laten geven. Twee afzonderlijke oordelen die elkaar bevestigen vormen een meer solide basis onder een beslissing, maar afwijkende oordelen nopen volgens hem tot herziening van het vakgebied. Maar ik wijs dan graag op een citaat uit het hoofdstuk 'Het deskundigenbewijs van de rechtspsycholoog': 'Niet zelden zijn de verschillen echter inherent aan het wetenschapsbedrijf en zijn ze voor het goed bedrijven van wetenschap eigenlijk essentieel.' Dat geldt helemaal voor de gedragskunde.

Wellicht kan de forensisch psycholoog vooral wat leren van de rechtspsycholoog in hoe die laatste zijn rapport aan de rechter zou structureren, als die zich aan een door Van Koppen geschetst lijstje van aandachtspunten houdt. Vooral de onderdelen 'Consensus vakgenoten', 'Foutenmarge van methode', 'Diagnostische waarde', 'Validiteit en betrouwbaarheid', 'Verheldering begrip' en 'Gemaakte keuzes expliciteren en verantwoorden' behoren niet tot de standaardrapportage van de forensisch psycholoog (zeker waar het de relatie van stoornis en delict betreft) en zouden het wetenschappelijk gehalte van de forensisch psychologische pro Justitia-rapportage al heel wat wetenschappelijker maken en tegelijkertijd meer in lijn met de wettelijke opdracht de rechter voor te lichten over de stand van het vak.

Dr. Michiel van der Wolf is jurist en psycholoog, universitair docent Strafrecht en Forensische Psychiatrie aan respectievelijk de Rijksuniversiteit Groningen en Erasmus Universiteit Rotterdam en rechter-plaatsvervanger bij de Rechtbank Amsterdam. E-mail: vanderwolf@law.eur.nl.

Meer samenwerking. Wij zijn Isala.

Isala is één ziekenhuisorganisatie met vijf locaties in Zwolle, Meppel, Steenwijk, Kampen en Heerde. Onder het motto 'gastvrije zorg dichtbij als het kan en verder weg als het moet' waarborgen wij samen het aanbod van basis- en topzorg in Zuidwest-Drenthe en Noordwest-Overijssel.

Klinisch psycholoog/GZ-psycholoog (0,89 fte)

U bent een BIG geregistreerde klinisch psycholoog of GZ-psycholoog met ervaring in de medische psychologie en ziekenhuispsychiatrie voor volwassenen en ouderen. Daarnaast neemt u deel aan opleidingsactiviteiten en heeft u het supervisorschap van een psychotherapeutische vereniging. U werkt graag zelfstandig, maar ook samen binnen een hecht team.

Informatie & solliciteren

Neem voor meer informatie contact op met mevrouw Rik Withaar, klinisch psycholoog-psychotherapeut, RVE voorzitter of Harry Mul, klinisch psycholoog, (038) 424 32 50. Wij ontvangen uw reactie graag binnen twee weken na deze publicatie via www.isalawerkt.nl.

isala



HET LEVENSATELIER

zoekt een
GZ-PSYCHOLOOG
die met het hart werkt

De functie

betreft het geven van therapie en/of diagnostiek met als doel het opheffen en verwerken van emotionele blokkades of traumatische ervaringen. Ook het regie-behandelaarschap (Jeugd) behoort tot de mogelijkheden.

Het Levensatelier

is een GGZ-instelling waar met 15 collega's in een kleurrijke en huiselijke omgeving op professionele wijze therapieën worden verzorgd. Er zijn psychologen, vaktherapeuten, een Kinder- en Jeugdpsychiater en psychotherapeuten werkzaam. Het Levensatelier heeft contracten met alle zorgverzekeraars en veel gemeenten in de regio.

Samenwerkingsvorm

is loondienst of obv zelfstandigheid. Het is ook mogelijk op zaterdag en 's avonds te werken.

VOOR INFORMATIE marius@hetlevensatelier.nl

Het Levensatelier, Burgemeester Wijnenstraat 9, Asten
www.hetlevensatelier.nl tel. 0493670251

RINO • amsterdam

opleiding en inspiratie voor professionals in de GGZ

→ Kom ook naar de ZomerRINO!

25 ZomerRINO workshops, in juli en augustus
www.rino.nl/zomer | zie website voor startdata

→ Opleiding en inspiratie

Seksuoloog, tweejarige opleiding
www.rino.nl/seksuoloog-opleiding | zie website

→ Een greep uit ons cursusaanbod

Psychotherapeutische technieken bij ouderen
www.rino.nl/127 | 4, 18 juni en 2 juli

Psychopathologie bij ouderen
www.rino.nl/117 | 7, 21 september en 5 oktober

Oplossingsgerichte therapie met ouderen
www.rino.nl/118 | 19 oktober en 2 november

Systeembehandeling en dementie
www.rino.nl/268 | 23 november en 7 december

(Post-GZ) Profielopleiding Ouderenpsycholoog
www.rino.nl/ouderenpsychologie | zie website

www.rino.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!

Matt Schillings:

Vertegenwoordiger en olieman van het NIP-bureau

In de wandelgangen van Bureau NIP zie je Matt Schillings doorgaans met een jas aan en een volle tas voorbij stuiven. Hij bekleedt de functie van Senior-Beleidsmedewerker Financiering en Bekostiging. Een mond vol voor een functie, waarbij je van alle markten thuis moet zijn.

Matt is de eerste beleidsmedewerker binnen het NIP die sectie overstijgend werkt. Hij kreeg de opdracht van het NIP om overal waar psychologen werken vinger aan de pols te houden met betrekking tot bekostiging, financiering en wet en regelgeving als het gaat om declaratie- en facturatie bepalingen. Ongeacht of dat nou vrijgevestigde, zelfstandig werkende NIP leden of leden in loondienst zijn, evenals dat in de Zvw, de Jeugdwet, de Wlz of in de vrije sector is. Waar nodig of gewenst (door leden of secties) bemiddelt hij om als gesprekspartner aan tafel te komen bij belangrijke overleggen bij VWS, ZN, NZA, VNG en het Zorginstituut.

Oliemannetje

'In eenvoudige termen zou je mij een vertegenwoordiger en oliemannetje kunnen noemen, waarbij twee thema's mijn uitgangspunt zijn: Dienstverlening en Belangenbehartiging. Zorg- en diensten die psychologen leveren vallen onder

diverse wetten. Ik probeer enerzijds de leden te informeren via de themadossiers op de NIP-website, en anderzijds direct met hen in contact te komen. Hun praktijkervaringen neem ik mee in de beleidsoverleggen waar we vanuit het NIP-invloed kunnen uitoefenen.'

Never a dull moment

De dossiers zijn heel divers; "never a dull moment". Neem bijvoorbeeld de twee grote projecten als 'De nieuwe bekostigings-systeematiek in de GGZ Zvw' en 'Transformatie in het Jeugdveld'. Bij het eerste zijn er onder leiding van VWS en NZa op weekbasis diverse werk- en taakgroep overleggen. 'Ik schuif daar aan en geef vanuit het NIP mijn inbreng over zowel zorginhoudelijke (welke prestaties) als administratieve zaken (zoals registratie- en declaratie bepalingen).

Ook ben ik wekelijks bij de VNG, i-Sociaal Domein en/of VWS te vinden, om uniformering en standaardisering bij de gemeentelijke inkoop van jeugdggz tot stand te brengen. De ervaringen van NIP-leden neem ik daarin mee. Maar liefst 388 gemeenten hebben beleidsvrijheid en ze proberen allemaal opnieuw het wiel uit te vinden. Dat leidt tot een enorme diversiteit aan regels.'

> lees verder op volgende pagina



Daarnaast zijn er ook nog vele 'kleinere' projecten, zoals: Wlz zorg die overgeheveld wordt naar Zvw; Medische Psychologie in de ziekenhuizen; Beschikbaarheidsbijdragen voor GZ- en K(n)P opleidingen. En deze lijst is niet limitatief!

Samen met leden

Naast deze grote projecten is er ook nog de overheveling van Wlz zorg naar de Zvw. De psychologische zorg die in de Wlz wordt geleverd begint inhoudelijk wel in beeld te komen, maar is nog niet goed vertaald naar 'bekostigingsprestaties' in de Zvw. Of de positie van de Medische psychologie in de (somatische ziekenhuizen. Psychologen doen daar veel en goed werk, maar zien dit niet terug in een fatsoenlijke bekostiging. Met de diverse NIP-secties of NIP-klankbordgroepen probeer ik vooraf in beeld te krijgen wat onze inbreng moet zijn. Soms doe ik dat dan in m'n eentje, soms gaat er een ervaringsdeskundig NIP-lid mee.

“Belangen behartigen kan ik alleen als ik de belangen ken en onderken.”

Belangenbehartiging

'Belangen behartigen kan ik alleen als ik de belangen ken en onderken. Ik probeer continue leden om mij heen te verzamelen om de juist input voor onderwerpen en problematiek boven tafel te krijgen, zodat ik bij de overlegpartijen juist de psychologen platform kan geven. Dat is soms wel eens lastig, want in de vaart der ontwikkelingen



De **bekostiging en financiering van zorg en diensten** die psychologen zijn onderhevig aan regelgeving en vallen onder diverse wetten. Om psychologen bij te staan in deze bureaucratische en soms weerbarstige materie, zowel bij de implementatie, als bij de ontwikkeling van deze regels heeft het NIP bureau een Senior beleidsmedewerker Financiering en Bekostiging aangesteld.

van beleid maken - ik sluit wekelijks bijvoorbeeld bij 3 NZa taakgroepen aan - is het praktisch onmogelijk leden in deze cadans mee te nemen.'

Dienstverlening

'Als dienstverlener kom ik bijvoorbeeld in actie voor de Sectie PAZ. Het NIP werd lid van het PON (Partnership Obesitas NL). Het PON ontwikkelt o.a. behandelingen (GLI's) waarbij de psychologische component heel belangrijk is. Vanuit de sectie PAZ wordt input geleverd via deelname aan bijeenkomsten en gesprekken met de NZA, VWS en ZIN. Als de sectie niet naar de bijeenkomst kan, ga ik. Zo is het NIP toch aanwezig bij belangrijke besluitvorming.'

'Of bij de sectie GGZ. Elk kwartaal voeren we gesprekken met de grote verzekeraars over de ontwikkelingen in de GGZ/Zvw (zorgverzekeringswet). Dat gaat over het

inkoopbeleid, tarieven en controles. De informatie die ik daar ophaal, geef ik weer op de website van het NIP via themadosiers, waardoor het voor leden toegankelijk is. Leden kunnen dit zelf vaak niet op regelmatige basis dit doen, dus doen wij dit, de bureaumedewerkers van het NIP. Je bouwt een relatie op en kunt zo zaken voor elkaar krijgen. Dat leverde bijvoorbeeld voor 2017, 2018 en 2019 een extra tarief op voor het visitatie-certificaat NIP.'

Dagelijks komen er via het NIP-informatiecentrum veel vragen rondom vergoede zorg, materiële controles, budgetoverschrijdingen en btw binnen. Ik beantwoord deze vragen via de mail en waar nodig telefonisch. Met 13.000 leden is dat een behoorlijke taak, maar het directe contact en sparren met leden maakt het wel weer interessant.

Door: Mariken Bokeloh

MEER WETEN?

Via de NIP-nieuwsbrief en themadosiers informeert Matt u vrijwel wekelijks over de voortgang van belangrijke onderwerpen. Achtergrondinformatie leest u in de themadosiers op de website.

Ouderenpsycholoog ziet volop kansen

De ouderenzorg staat de komende jaren voor grote opgaven. Tot 2030 komen er naar schatting zo'n 800.000 75-plussers bij in Nederland. Wat kan de psycholoog voor deze ouderen betekenen?



De sectie Ouderenpsychologie ging hierover in gesprek met ouderenpsychologen, brancheverenigingen, opleiders, Inspectie, VWS en Zorgverzekeraars Nederland op 8 maart 2018. Op deze dag kwam het bericht van minister De Jonge dat hij een Pact voor de Ouderenzorg heeft gesloten met 35 partijen om de kwaliteit van zorg voor ouderen te verbeteren. Een mooi initiatief, waar het NIP zich ter plekke bij aansloot.

Winst behalen

Psychologen vervullen een belangrijke rol in de psychosociale zorg aan ouderen. Vooral in de thuissituatie is, volgens het NIP, nog een grote gezondheidswinst te behalen. Lindy Hartman, gz-psycholoog bij Zorggroep Almere, vertelde hoe Almere de zorg van kwetsbare ouderen aanpakt. Haar team wordt al in een vroeg stadium betrokken bij de zorg. Collega's die in de wijk werken met thuiswonende ouderen lopen regelmatig binnen met kleine zorgvragen. Het voordeel is dat problemen zo vaak worden voorkomen en dat de psycholoog er echt aan bijdraagt om de kwaliteit van leven van ouderen te verhogen. Almere lijkt al een ideale situatie, toch signaleert zelfs Lindy nog regelmatig verborgen leed bij thuiswonende

NIP ZET IN OP KWALITEIT EN ZICHTBAARHEID

De sectie Ouderenpsychologie verzet al veel werk, maar er is nog veel meer werk aan de winkel. De thema's waar het NIP de komende tijd mee aan de slag gaat zijn:

- Zichtbaarheid van de ouderenpsycholoog bij relevante partijen en in het maatschappelijke debat
- Opleidingen: goed opgeleide en toegeruste zorgprofessionals
- Richtlijnontwikkeling
- Financiering mag geen belemmering zijn voor het leveren van goede zorg en ondersteuning aan ouderen en hun mantelzorgers

de ouderen en hier ziet zij nog veel verbeterkansen voor de psychologische hulpverlening.

De problematiek wordt steeds complexer

Hartman signaleert dat er steeds complexere problematiek op het bord van de psycholoog terecht komt. Daarom pleit zij ervoor dat alle psychologen in de ouderenzorg in ieder geval een gz-opleiding

> lees verder op volgende pagina

hebben en zich daarna verder ontwikkelen, bijvoorbeeld in systeemtherapie of EMDR. De deelnemers van de Invitational vinden de situatie in Almere het ideale voorbeeld: zo zou je de zorg voor kwetsbare ouderen in heel Nederland willen organiseren.

Meer opleidingsplaatsen nodig

Marja Vink, klinisch psycholoog, zet de aanwezigen weer met beide voeten op de grond. Zij heeft de opleidingscijfers op een rij gezet en concludeert dat er veel te weinig gz-opleidingsplaatsen beschikbaar zijn voor de verpleeghuiszorg. Er is volgens haar een grote inhaalslag nodig om de kwaliteit van de ouderenzorg te verhogen. Het overgrote deel van de opleidingsplaatsen gaat nog steeds naar de ggz, terwijl ook in andere branches van de gezondheidszorg deze plaatsen hard nodig zijn. Vink roept de aanwezigen op zich in te zetten voor meer gz-opleidingsplaatsen in de ouderenzorg. Zij laat zien dat de gz-psycholoog het basisberoep is voor psychologen in de gezondheidszorg, vergelijkbaar met (basis)arts voor medici. Zij doet een dringende oproep om de misleidende term 'basispsycholoog' voortaan te mijden. "Eigenlijk ben je pas basispsycholoog als je de gz-opleiding hebt afgerond". Een evc-traject zou enorm helpen om een goede inhaalslag te maken, verzuchten een paar deelnemers in de zaal.

Vervolg

De deelnemers vonden het waardevol om met elkaar in gesprek te zijn en willen dit in de toekomst vaker samen om tafel gaan en meer samen optrekken. NIP en Verenso attendeerden de deelnemers ook nog op de nieuwe richtlijn probleemgedrag bij dementie die zij samen hebben uitgebracht. De richtlijn levert bewijsmateriaal voor farmacologische, psychologische- en psychosociale interventies, samengevat en beoordeeld met uitgebreide literatuurreviews. Een mooie coproductie, waar zij allebei heel trots op zijn.

Door: Jolanda Jansen

JONGE PSYCHOLOGEN ENTHOUSIAST KRIJGEN

"Deze invitational is een eye-opener", reageert Kris Docter. Zij is aanwezig bij de Invitational namens Zorggroep Crabbehoff, waar zij nu 1,5 jaar als psycholoog werkt. De praktijkverhalen van de sprekers waren boeiend en gaven een beeld hoe het speelveld van de ouderenzorg in elkaar steekt. Deze aanvulling op haar ervaring vindt ze leerzaam en overtuigt haar ervan dat er nog werk aan de winkel is. Daarom vindt ze het belangrijk dat het NIP zich inzet voor de belangen van de ouderenpsycholoog.

Kris heeft bewust gekozen om in de ouderenzorg te gaan werken. Zij wil graag aan startende collega's vertellen hoe divers en afwisselend het vak van ouderenpsycholoog is. "Juist omdat de zorgvraag van ouderen complex is, moet je voortdurend switchen en een breed scala aan kennis en ervaring opbouwen", vindt Kris. Naar haar idee zou dit tijdens de studie al veel meer aan bod kunnen komen, om deze basis op te bouwen. Mogelijk dat het NIP een rol kan spelen bij de invulling van het curriculum, waarbij vakken worden gegeven die voorbereiden op de functie van psycholoog in de ouderenzorg. Als ouderenpsycholoog kun je je volop ontwikkelen in deze sector en heb je aanvullende specifieke kennis nodig.

Kris is erg enthousiast over deze bijeenkomst en de rol van het NIP. Ze geeft toe dat ze tot nu toe nog niet had overwogen NIP-lid te worden, maar ze ziet duidelijk het belang van een beroepsvereniging. Ze wil er graag aan bijdragen om het vak van de ouderenpsycholoog sterker te maken en meer jonge, aanstaande psychologen enthousiast te krijgen.



NAAR DE STEMBUS!

Houd uw mailbox in de gaten want u ontvangt binnenkort een uitnodiging om uw stem uit te brengen op uw favoriete ledenraadslid. Wie zijn de kandidaten voor dit belangrijkste orgaan van het NIP? Kijk snel op:

www.psynip.nl/ledenraadsverkiezingen



VACATURE ALGEMEEN BESTUUR

Wilt u aan het roer staan van een vereniging die volop in beweging is? Het NIP zoekt een nieuw algemeen bestuurslid.

Bekijk het profiel op:

www.psynip.nl/algemeenbestuur

DE GEREEDSCHAPSKIST

CAUSALITEIT, BROCCOLI EN DEPRESSIE

Stel dat we onomstotelijk de oorzaken van depressie zouden kunnen vaststellen. Helaas is het aantonen van causaliteit ingewikkeld en zijn beschikbare data vaak niet ideaal. Vandaar dat veel statistische technieken geen causaal verband aan kunnen tonen maar evidentie opleveren die al dan niet consistent is met een causale hypothese. Maar wat is eigenlijk evidentie die consistent is met een causale hypothese?

Stel u zich voor dat neuroticisme een veroorzaker is van depressie. Ik meet de mate van neuroticisme en depressiviteit eenmaal bij een heleboel mensen. Op die verzamelde data voer ik een variantieanalyse uit. In het geval dat neuroticisme een veroorzaker is van depressiviteit, zou ik moeten vinden dat de gemiddelde depressiescore in een hoog-neurotische groep hoger is dan die in een laag-neurotische groep. Dit is evidentie die consistent is met een causale hypothese maar die niet afdoende is om causaliteit vast te stellen: je kunt niet uitsluiten dat het causale verband andersom is (depressie → neuroticisme).

Waarom? In het voorbeeld hierboven ontbreekt tijd – er is slechts één meetmoment – terwijl een causaal verband meestal betekent dat de oorzaak voorafgaat aan het gevolg: roken gaat vooraf aan

‘Leuker kunnen wij het als methodologen niet voor u maken, hopelijk wel makkelijker.’ De rubriek De Gereedschapskist wordt verzorgd door Angélique Cramer, universitair hoofddocent bij het department Methods and Statistics aan Tilburg University. In deze aflevering gaat het over causaliteit.



FOTO: JACQ ROOS

de ontwikkeling van longkanker. Daarom is een ander, sterker stukje evidentie het aantonen van een predictieve relatie tussen twee variabelen over de tijd. Terug naar neuroticisme en depressiviteit: stelt u zich voor dat ik beide honderd keer meet bij telkens dezelfde mensen. Dan zou ik bijvoorbeeld met een regressiemodel kunnen laten zien dat neuroticisme een voorspeller is van depressiviteit later in de tijd. Ook hier geldt: consistent met een causale

hypothese maar niet afdoende om causaliteit vast te stellen.

Waarom hamer ik hier zo op? De laatste jaren verschijnen meer artikelen waarin gebruik gemaakt wordt van *machine learning*. Dit klinkt heel spannend maar is een verzamelnaam voor allerlei algoritmes – dat kan ook een relatief eenvoudig regressiemodel zijn – waarmee een computer verbanden kan ‘leren’ tussen variabelen. Met de opkomst van Big Data – veel mensen en veel gemeten

variabelen – ziet men machine learning als veelbelovende manier om predictieve relaties te kunnen ontdekken en die bijvoorbeeld te gebruiken in de klinische praktijk.

Maar pas op: stel voor dat uit zo’n machine learning-expeditie komt dat het eten van broccoli voorspellend is voor minder depressiviteit. Moet u nu meteen naar de supermarkt om broccoli in te slaan? Neen. Een predictieve relatie impliceert nog geen causaal verband: het kan zijn dat zowel het eten van broccoli als het niet hebben van depressieve gevoelens beide veroorzaakt worden door een ongemeten derde variabele, bijvoorbeeld veganisme¹.

Dus wat betreft machine learning: hulde aan het ontdekken van predictieve relaties. Maar dat extra onsje broccoli laat ik voorlopig even staan.

¹ Ik schrijf ‘In het algemeen’ omdat er situaties denkbaar zijn waarbij oorzaak en gevolg nagenoeg gelijktijdig – afhankelijk van hoe vaak u metingen verricht – optreden. Een bekend voorbeeld is sproeiers op het gazon aanzetten (oorzaak): bijna gelijktijdig treedt het gevolg op, namelijk dat het gras nat wordt.

² Epskamp, S. et al. (2018). Personalized Network Modeling in Psychopathology: The Importance of Contemporaneous and Temporal Connections. *Clinical Psychological Science*. doi: 10.1177/2167702617744325.

INSPIRATIE – WINNEN MET PSYCHOLOGIE

Nico van Yperen, hoogleraar sportpsychologie aan de rug

Ik ben nu enkele maanden hoogleraar Sportpsychologie. Mijn interesses komen hierin echt samen. Ik heb altijd veel gesport – van golf tot tennis, volleybal en waterpolo in mijn jeugd – en maakte carrière in de psychologie. Een van de mooiste voorbeelden van het belang van psychologie in de sport is misschien wel het verhaal over de Britse atleet Rodger Bannister. Hij was de eerste die de Engelse mijl onder de vier minuten liep. In de jaren daarvoor kon niemand onder de vier minuten komen en men ging ervan uit dat het onmogelijk was en dat de menselijke limiet was bereikt. Maar in de twee maanden na Bannisters record hebben vijf of zes atleten de mijl onder de vier minuten gelopen. Hier was letterlijk een psychologische grens overschreden.

Voor mijn carrière had ik geen vooropgezet plan. Twee jaar geleden zijn we aan de Rijksuniversiteit Groningen (rug) begonnen met de nieuwe master Talent Development and Creativity. Als een soort opstapje ging ik de derdejaarscursus Sport and Performance Psychology geven. Ik maakte veel werk van de cursus en gebruikte er illustraties en filmpjes bij. Omdat de stof me leuk leek voor een breder publiek, ben ik een blog gaan bijhouden, op www.sportscience.blog.

STOKPAARDJES

Ik heb een paar stokpaardjes die daarin regelmatig terugkomen. In hoeverre talent is aangeboren, bijvoorbeeld.

Natuurlijk hebben de toppers in de sport een gunstig genenpakketje, maar ze hebben vaak ook heel veel getraind. Mijn eerste blog ging over de autocoureur Max Verstappen die een natuurtalent zou zijn. Ik leg in de blog uit dat het feit dat hij als zeventienjarige al zo goed kon racen, ook te maken heeft met de faciliterende omgeving waarin hij opgroeide. Zijn vader Jos was coureur, zijn moeder succesvol karter. Hij had als zeventienjarige domweg al veel meer trainingsuren gemaakt dan de gemiddelde coureur van zijn leeftijd.

Een ander thema waarover ik graag schrijf is winnen. Binnen sportpsychologie is er een spanningsveld tussen wat topatleten willen – winnen – en wat sportpsychologen weten dat je het beste kunt doen: niet te veel met winnen bezig zijn. Als je tijdens een wedstrijd denkt aan winnen, rem je jezelf. De gedachte roept spanningen op en je focust jezelf op iets waarover je niet alle controle hebt. Winnen is het einddoel, daarbinnen heb je allerlei subdoelen waarop je je beter kunt focussen, dingen die je moet doen om zo goed mogelijk te presteren. Een sterke wil om te winnen kan je tijdens een wedstrijd op het laatste rechte stuk helpen, als je alles moet geven. En trouwens ook in de voorbereiding, als het regent en je moet gaan trainen, terwijl je graag lekker thuis zou willen blijven.

Mijn derde stokpaardje gaat over het trainen van mentale vaardigheden. De meeste atleten weten het allemaal wel: niet aan winnen denken, niet boos worden tijdens de wedstrijd, opperste concentratie. Maar weten is niet hetzelfde als kunnen. We noemen het niet voor



FOTO: DONALD VAN TOL

niets mentale vaardigheden. En vaardigheden moet je aanleren en oefenen, net als een forehand en backhand bij tennis. Je moet het niet alleen *weten*, je moet het ook *kunnen*. En dan moet je het ook nog eens *doen*.

PRESTATIEMOTIVATIE

Je moet niet proberen nooit meer boos te worden als je tijdens een tenniswedstrijd iets fout doet, want die boosheid kun je niet bedwingen. Je kunt beter een strategie ontwikkelen voor als je boos bent. Wat ga je doen, zodat je snel weer klaar bent voor het volgende punt? Dat kan per persoon verschillen: naar je coach kijken, iets met je racket doen of voor het serveren een paar keer de bal stuiteren. En dat kun je wel trainen.



Voordat ik hoogleraar Sportpsychologie was, was ik in mijn werk ook al veel met sport bezig. In 1990, het jaar dat ik promoveerde, begon ik met een onderzoek bij Ajax, ik ging jeugdspelers volgen en keek of we konden voorspellen wie succesvol zou worden en wie niet. Ik deed dat soort sportprojecten er altijd een beetje bij. Binnen de arbeids- en organisatiepsychologie was mijn onderwerp prestatiemotivatie en dat speelt in het onderwijs, het bedrijfsleven en de sport.

Maar soms komt alles mooi bij elkaar. Binnen de universiteit was een aantal mensen veel met sport bezig en dat resulteerde in de oprichting van het Sport Science Institute Groningen. Binnen de faculteit ontstond de

mogelijkheid om de Master Talent Development & Creativity te beginnen. En ik kreeg de kans om de cursus Sport & Performance Psychology te geven en te coördineren. Daarbij manifesteert de stad Groningen zich als City of Talent, en de RUG als een sportvriendelijke universiteit, waar we veel sportonderzoek doen en faciliteiten hebben voor studenten die naast hun studie een sportcarrière nastreven. Het was dus een vruchtbare bodem voor de nieuwe leerstoel Sportpsychologie, het is de

eerste in Nederland die zich uitsluitend richt op de sportpsychologie.

Omdat de Master Talent Development & Creativity nu twee jaar draait en prestatiemotivatie altijd al speerpunt van mijn onderzoek is geweest, blijft mijn werk inhoudelijk hetzelfde nu de nieuwe leerstoel is ingesteld. Maar er is wel degelijk iets veranderd. Want de buitenwereld kijkt anders naar me, spreekt me anders aan. Als het over sport moet gaan, komen ze nu nog sneller bij me terecht.'

Wat ga je als je boos bent doen, zodat je snel weer klaar bent voor het volgende punt?

Over de legitimiteit van Routine Outcome Monitoring (ROM) lopen de gemoederen geregeld hoog op. Vanuit hun kennis en expertise over de grondslagen van psychologische metingen hadden psychologen, al dan niet via ROM, veel eerder een hoofdrol mogen opeisen in de discussie over de zin en onzin van ROM, stellen psycholoog Anton Hafkenscheid en psychiater Jim van Os. ‘Het is merkwaardig hoe zelfrapportagelijsten door voorstanders van verplichte ROM als valide indicatoren voor ‘behandeluitkomst’ worden gezien.

ROUTINE OUTCOME MONITORING 'BEWEZEN EFFECTIEF'?

TWEE MISVATTINGEN OVER ROM

De toch al verhitte gemoederen over de legitimiteit van *Routine Outcome Monitoring* (ROM) liepen de eerste helft van 2017 verder op, gevoed door de kritische conclusies van de Algemene Rekenkamer en het kort geding tegen de Stichting Benchmark GGZ (SBG), aangespannen door de beweging 'Stop Benchmark ROM'. Te midden van de steeds chaotischer en tumultueuzer verlopende discussies over ROM riep de voorzitter van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Linde Gonggrijp, vakgenoten op om het debat over ROM met inhoudelijke (in plaats van gevoels-) argumenten aan te gaan (haar blog van 22 maart 2017: <https://tinyurl.com/y79c7n9k>).

In het zomernummer van *De Psycholoog* werd de inhoudelijke discussie over ROM in de ggz – toegespitst op benchmarking – binnen deze beroepsvereniging voor het eerst publiekelijk opgepakt, met De Beurs (2017a) als verklaard voorstander, Cnubben & Delespaul (2017) als critici en met

Cramer (2017) die een tussenpositie inneemt. We zouden bijna vergeten dat de eigen visie van het NIP op ROM al jaren is terug te vinden op de NIP-website (<https://tinyurl.com/yc7b9v3e>): 'Het NIP ziet veel kansen met ROM. ROM opent de black box van de ggz. ROM biedt een mogelijkheid om een objectieve maatstaf in te zetten om de voortgang van de behandeling te meten. Of dat nu de effectiviteit is van de behandeling, de kwaliteit van leven of het dagelijks functioneren. Inzicht in de voortgang kan helpen bij de besluitvorming over het voortzetten van de behandeling in een bepaalde richting of in een ander domein.'

Tegelijkertijd stelt het NIP zich op het standpunt dat de ROM-data (begin- en eindmetingen) die momenteel moeten worden aangeleverd 'veelal nog niet voldoende zeggingskracht' hebben om 'als sturingsinstrument gebruikt te worden'. Daarom meent het NIP dat nader onderzoek naar de psychometrische waarde van de gebruikte meetinstrumenten een voorwaarde is om deugdelijk wetenschappelijk

onderzoek te kunnen doen naar de kwaliteit en effectiviteit van bepaalde behandelingen en zorgprogramma's (zie eerder genoemde link).

Het NIP lijkt met haar stellingname op twee benen te hinken: je zou denken dat conclusies over de vele kansen die ROM zou bieden (de NIP-website noemt er vier: ondersteuning van passende zorg, vergelijken van uitkomsten op afdelings- en instellingsniveau, het genereren van 'big data' die uitnodigen tot wetenschappelijk onderzoek en verantwoording in benchmark) worden uitgesteld totdat (1) gebleken is hoe ROM het er empirisch van afbrengt en (2) als goed is doordacht in hoeverre de theoretische grondslagen van ROM deugdelijk zijn. Aan die twee condities is tot nu toe voorbij gegaan.

De ontwikkeling en psychometrische toetsing van testen, vragenlijsten en beoordelingsschalen in de ggz is bij uitstek de expertise en het werkterrein van psychologen. Als geen andere beroepsgroep kent de beroepsgroep van psychologen de waarde en de voordelen van gestandaardiseerde psychologische meetinstrumenten. Hoe meer professionals weten over een bepaald onderzoeks- of toepassingsgebied, des te beter zij ook de grenzen en beperkingen ervan in het vizier hebben. ROM is grotendeels gebaseerd op subjectieve metingen. Vanuit hun kennis en expertise over de grondslagen van psychologische metingen hadden psychologen, al dan niet via ROM, veel eerder een hoofdrol mogen opeisen in de discussie over de zin en onzin van ROM. De argumenten die ter verdediging van het vigerende ROM-systeem in Nederland naar voren worden geschoven zijn in de regel niet erg inhoudelijk. Ze getuigen van weinig kennis of bewustzijn van de beperkingen van psychologische metingen in het algemeen, en van het 'objectiveren van subjectiviteit' in het bijzonder. Zoals wij verderop zullen laten zien, hebben deze argumenten vaak een hoog retorisch gehalte.

Het NIP stelt terecht dat ROM in de ggz staat of valt met de empirisch gebleken kwaliteiten van het gebruikte psychologisch meetinstrumentarium. Dat betekent dus in de eerste plaats meer (en beter) psychometrisch onderzoek naar rom-instrumenten zelf. Pas wanneer het monitorinstru-

ment psychometrisch voldoende deugdelijk blijkt wordt de volgende stap zinvol: empirisch onderzoek waarmee wordt aangetoond dat 'uitkomsten' van zorg inderdaad beter worden door toevoeging van ROM.

In dit artikel richten wij ons op twee misvattingen over ROM, die in de discussies tot nu toe nauwelijks aandacht hebben gekregen: (1) dat ROM-feedback onomstotelijk tot betere 'uitkomsten' van behandeling leidt en (2) dat ROM-instrumenten als vanzelfsprekend 'uitkomsten' meten.

MISVATTING 1: ROM-FEEDBACK LEIDT ONOMSTOTELIJK TOT BETERE UITKOMSTEN

Auteurs die de huidige ROM als kwaliteitsinstrument willen redden (bijv. De Jong & Van 't Spijker (2013), De Jong, Tiemens & Verbraak (2017), De Beurs (2017b)) grijpen stevast terug op de veelbelovende resultaten van het innovatieve onderzoeksprogramma van Lambert en collega's (Lambert, 2007) in de Verenigde Staten. Dit onderzoeksprogramma omvat een serie gerandomiseerde vergelijkende effectstudies. Alle deelnemende patiënten vullen voorafgaand aan elk behandelcontact de *Outcome Questionnaire* (OQ-45) als ROM-instrument in. Binnen de onderzoekconditie (Feedbackconditie: Fb) krijgt de therapeut (en in sommige studies ook de patiënt) de scores die de patiënt toekent op de OQ-45 elke keer te zien. Het individuele scoreverloop van de gevolgde patiënt wordt in een grafiek weergegeven. In die grafiek wordt dat individuele scoreverloop gerelateerd aan het collectieve scoreverloop van grote normgroepen die eerder (succesvol of niet succesvol) in behandeling zijn geweest. Op grond van de vergelijking van het individuele met het (genormeerde) collectieve scoreverloop krijgt de behandelaar terugkoppeling over de mate waarin er progressie (*On Track*) of stagnatie (*Not On Track*: NOT) is in de behandeling. Deze methode staat bekend als *outcome tracking*. In de controleconditie (TAU: *Treatment As Usual*) vult de patiënt de OQ-45 eveneens voorafgaand aan elke behandelingsessie in, maar de behandelaar (of de patiënt) krijgt nimmer feedback over het scoreverloop. De Lambert-groep toetst in elk van de afzonderlijke ROM-studies of de patiënten

Van een 'sturend' gebruik van routine monitoren is sprake wanneer de monitorscores bedoeld zijn om de behandeling rechtstreeks te beïnvloeden

in de Fb-conditie meer en/of sneller vooruitgang boeken dan de patiënten in de TAU-conditie, waarbij het behandelverloop dus operationeel wordt gedefinieerd als het scoreverloop op de OQ-45.

De Lambert-groep voerde zelf een meta-analyse uit (Lambert & Shimokawa, 2011), die zes studies met in totaal meer dan zesduizend patiënten omvat. Uit die meta-analyse blijkt dat continue systematische feedback aan de therapeut over het behandelverloop inderdaad tot een hogere effectiviteit van ggz-behandelingen leidt, gecombineerd met een lagere voortijdige uitval ('drop out'). Met name patiënten die een verhoogd risico lopen op een niet geslaagde behandeling en/of op voortijdige uitval (NOT), zouden van ROM-feedback profiteren. In genoemde meta-analyse worden ook drie kleinere studies met een ander ROM-instrumentarium geïnccludeerd. Die zijn qua opzet vergelijkbaar met de onderzoeken van Lambert en collega's. In plaats van de meer omvattende OQ-45 gebruiken deze drie studies de *Outcome Rating Scale* (ORS): een ultrakorte zelfrapportageschaal. Anders dan in de studies van Lambert en collega's, waar de kwaliteit van de therapeutische alliantie niet routinematig wordt gemeten, wordt in deze drie kleinere studies een ultrakorte alliantievragenlijst, de *Session Rating Scale* (SRS), standaard afgenomen. Met enkele methodologische slagen om de arm komt ook routine monitoren op basis van de ORS uit de meta-analyse als werkzaam naar voren.

Een recente, bredere, aanzienlijk grotere en onafhankelijker meta-analyse is die van Gondek, Edbrooke-Childs, Fink, Deighton & Wolpert (2016). De helft van de 32 studies (waarin vrijwel alle studies uit de meta-analyse van Lambert & Shimokawa (2011) zijn opgenomen) uit hun meta-analyse gebruikte de OQ-45, nog eens zes andere studies gebruikten de SRS of een combinatie van de ORS en SRS. Andere gebruikte monitorinstrumenten waren bijvoorbeeld de *Symptom Checklist* (SCL-90), en in sommige studies werden meerdere monitorinstrumenten (effectmaten) tegelijk gebruikt. In iets meer dan de helft van de studies (56%) bleek de Fb-conditie op ten minste één effectmaat statistisch significante betere behandeluitkomsten op te leveren dan de TAU-conditie. ROM-feedback werkte het best als die zowel aan patiënt als behandelaar werd verschaft. Op grond van hun meta-analyse achten de auteurs van deze meta-analyse de potentiële waarde van ROM afdoende bewezen. Ze bepleiten vooral meer onderzoek naar de condities waaronder en de patiëntgroepen waarvoor ROM meerwaarde heeft.

KANTTEKENINGEN De meta-analyses van de Lambert-groep en van Gondek et al. (2016) lijken op het eerste gezicht een aardige steun in de rug voor het over een brede linie handhaven van verplichte ROM in Nederland. Daarbij passen echter twee kanttekeningen.

Allereerst steekt de Nederlandse ROM, met laagfrequente metingen en klinici die meestentijds ongetraind zijn in de verantwoorde interpretatie van ROM-feedback, schraal af tegen de veel verfijndere studies (met continue metingen en directe grafische feedback) uit genoemde meta-analyses. De ROM-studies door de Lambert-groep verschillen inhoudelijk dermate drastisch van het armzalige Nederlandse ROM-systeem dat de Amerikaanse resultaten geen rechtvaardiging kunnen zijn voor ggz-brede implementatie in Nederland.

In de tweede plaats: ondanks de vernuftige opzet van het Amerikaanse onderzoek naar *outcome tracking* is op de validiteit van die opzet wel iets af te dingen. Lambert en collega's gebruiken hun OQ-45 als meetinstrument om 'sturend' te monitoren (Hafkenscheid, 2009). Van een 'sturend' gebruik van routine monitoren is sprake wanneer de monitorscores bedoeld zijn om de behandeling rechtstreeks te beïnvloeden. Therapeuten en/of patiënten ontvangen gedurende de behandeling regelmatig feedback over het scoreverloop op het monitorinstrument. Hetzelfde ROM-instrument dat wordt gebruikt om de therapeut (en/of de patiënt) systematisch feedback te verschaffen, wordt tegelijkertijd gebruikt om vast te stellen wat de toegevoegde waarde is van die systematische feedback. De OQ-45 is dus tegelijkertijd zowel monitorinstrument (predictor) als effectmaat (criterium). Deze keuze zet de deur wijd open voor 'contaminatie' van de onafhankelijke variabele (feedback op basis van de OQ-45) met de afhankelijke variabele (de OQ-45 als criterium voor de effectiviteit van feedback). Anders gezegd: door dit design wordt principieel onbeslisbaar of de scores veranderen (a) omdat feedback over de scores de behandeling daadwerkelijk sneller en effectiever maken, of (b) omdat de patiënt anders gaat scoren in de wetenschap dat de therapeut over de scores gaat praten, nadat deze ze onder ogen heeft gehad.

Lambert & Shimokawa (2011) bespreken deze zwakte gek genoeg uitsluitend in relatie tot de drie studies naar *outcome tracking* met de ORS (en de SRS). Binnen het ROM-systeem met de ORS (en SRS) is het elke sessie bespreken van de scores integraal onderdeel van de aanpak. Dat is slechts een gradueel verschil met hun eigen ROM-systeem, waarin het bespreken van de scores op de OQ-45 facultatief (ter keuze

TABEL 1. VERGELIJKENDE STUDIES TOEGEVOEGDE WAARDE ROM-FEEDBACK BINNEN NEDERLAND EN VLAANDEREN

Studie	N=	Onderzoeksluokatie/ Diagnostische classificaties	Instrumenten	Conclusies
Bovendeerd & De Groot (2013)	Fb: 9 TAU: 8	<i>Dimence/vestiging Steenwijk</i> Angststoornis of Stemmingsstoornis	Fb: SRS, ORS Effect: OQ-45	Toevoeging van monitoring met feedback leidt niet tot betere behandelresultaten bij kortdurende behandeling.
Janse et al. (2016)	Fb: 461 TAU: 545	<i>HSK/</i> Angst-, Stemmings-, Aanpassings-, Somatoform, soms (< 10%) gecombineerd met PS	Fb: SRS, ORS Effect: SCL-90	Monitoring met feedback leidt niet tot effectievere behandeling, behalve bij patiënten met een stemmingsstoornis.
De Jong (2012)	Fb therapeut: 159 Fb therapeut én patiënt: 172 TAU: 144	<i>Psychiatrische poliklinieken, vrijgevestigde praktijken/</i> Angst-, Stemmings-, Aanpassingsstoornis, relatieproblemen, PS (37%), Comorbiditeit As I en As II: 36%.	Fb: OQ-45 Effect: OQ-45 Focus op <i>Not On Track</i> (NOT)-patiënten	Monitoren met feedback is effectiever wanneer zowel therapeut als patiënt feedback ontvangen. Feedback aan therapeut voegt alleen iets toe bij NOT-patiënten die kortdurend in behandeling zijn.
Van Oenen (2017)	Fb: 72 TAU: 57	<i>Arkin Crisiscentrum/</i> Psychose, Stemmings-, Aanpassings-, PS	Fb: SRS, ORS Effect: BSI, OQ-45	Monitoren met feedback verbetert de behandel-effectiviteit niet en kan zelfs contraproductief zijn.
Smits (2016)	Fb: 25 TAU: 27	<i>Vlaamse Centra Geestelijke Gezondheidszorg of vrijgevestigde praktijken/</i> DSM-IV-classificaties niet beschikbaar	Fb: diverse instrumenten QIT-Online, waaronder OQ-45, WAI, SRL Effect: WAI, SRL	Therapeuten van feedback voorzien over het proces en de tussentijdse effecten van de behandeling heeft geen positieve invloed op de productiviteit van de behandeling op proces- of uitkomstniveau.
Winkelhorst e.a. (2013)	Fb: 25 TAU: 25	<i>Dimence Afdeling Persoonlijkheidsstoornissen.</i> DSM-IV-TR As I en As II	Fb: SRS, ORS Effect: OQ-45	Routine monitoren met feedback voegt weinig toe aan de behandel-effectiviteit.

Toelichting: Fb: monitoren met feedback; TAU: monitoren zonder feedback. NOT (*Not On Track*): herstelcurve voor achtereenvolgende OQ-45-scores slechter dan statistisch voorspeld.

BSI: Brief Symptom Inventory; OQ-45: Outcome Questionnaire; ORS: Outcome Rating Scale; SCL-90: Symptom Checklist; SRL: Session Rating List; SRS: Session Rating Scale; WAI: Working Alliance Inventory; QIT-Online: Vlaams digitaal ROM-systeem; PS: persoonlijkheidsstoornis.

aan de behandelaar) is. Hun kritiek op het *outcome tracking* met de ORS geldt in beginsel dus net zozeer voor hun eigen ROM-systeem. Als de resultaten van de Amerikaanse ROM-studies worden aangehaald als legitimering van het nationale ROM-systeem in Nederland, moet een belangrijk voorbehoud worden gemaakt: het is onbekend in hoeverre de relatief gunstige Amerikaanse resultaten geflatteerd zijn door 'sturend monitoren' als artefact.

STUDIES NAAR DE TOEGEVOEGDE WAARDE VAN

ROM-FEEDBACK DICHTER BIJ HUIS Er zijn ons zes recente vergelijkende effectstudies uit Nederland en Vlaanderen bekend, waarin is onderzocht of en in hoeverre routine monitoren met feedback aan de therapeut de effectiviteit van behandeling verhoogt. In totaal omvatten de onderzoeksgroepen in de Fb-conditie 923 patiënten; de TAU-conditie bestaat, geaggregeerd over de zes studies, uit 806 patiënten. In tabel 1 staan de zes studies samengevat weergegeven:

De studies van Janse et al. (2016) en van De Jong (2012) zijn veruit de grootste in steekproef aantallen. De studies van Bovendeerd & De Groot (2013), van Winkelhorst et al. (2013) en van Smits (2016) zijn in steekproefomvang nogal klein, waarmee ze *underpowered* zijn. De studie van Van Oenen (2017) zit er wat betreft aantal onderzochte patiënten tussenin. De N's in de tabel zijn steeds gebaseerd op de patiënten die uiteindelijk in de statistische analyses konden worden betrokken, dus voortijdige uit- of afvallers maken de steekproeven waarmee de onderzoekers begonnen groter. De vergelijkende effectstudies omvatten ambulante patiënten en alle gebruikte effectmaten zijn gebaseerd op zelfbeoordelingen van de patiënt. Het zwaartepunt in de zes studies (met uitzondering van Van Oenen, 2017) ligt op mildere psychopathologie. Vier van de zes studies gebruiken als effectmaat een ander meetinstrument dan het ROM-instrument zelf, in de twee andere studies (De Jong, 2012; Smits, 2016) is het ROM-instrument, net als in de Amerikaanse studies, de effectmaat.

De rechterkolom van tabel 1 vat de conclusies van elke studie samen. Al met al wordt in de zes Nederlandse studies

weinig empirische ondersteuning gevonden voor verhoging van behandel-effectiviteit door ROM-feedback. De tegenval-lende Nederlandse en Vlaamse resultaten kunnen deels worden gerelativeerd: sommige studies hadden een lage statistische *power* en geen van de zes studies had de verfijndheid die het onderzoeksprogramma van de Lambert-groep kenmerkt. Daar staat tegenover dat in het merendeel van de studies ROM-instrument en effectmaat – terecht – verschillen, waardoor de effecten minder geflatteerd worden door 'sturend monitoren'.

Op grond van deze nogal povere resultaten in het Nederlandse taalgebied kunnen degenen die pleiten voor continuering van een verplichte ggz-brede ROM zich in elk geval niet beroepen op het argument dat ROM inmiddels ondubbelzinnig 'bewezen effectief' is. Er is echt meer en beter onderzoek op dit gebied nodig. Een lopend (dissertatie) onderzoek (Bovendeerd et al., ingediend) probeert de zwaktes van eerdere studies binnen het Nederlandse taalgebied te ondervangen.

MISVATTING 2: ROM-INSTRUMENTEN METEN ALS VANZELFSPREKEND 'UITKOMST'

De Beurs (2017a; 2017b), directeur van de SBG, en Westert (2017), onafhankelijk lid van de Wetenschappelijke Raad van de SBG, menen dat critici van ROM 'een karikatuur maken'. Deze critici voeren volgens hen 'een achterhoedegevecht' met hun 'fabeltje dat de ggz zo ingewikkeld is dat de behandelresultaten niet zijn vast te stellen of niet zijn te meten'. Deze vertegenwoordigers van de SBG schuwen de retoriek niet. Westert (2017): 'Een patiënt met psychische problemen komt niet in zorg voor een goed gesprek, of om tevreden te zijn over de bejegening of de fijne relatie met de behandelaar. In de curatieve ggz wil de gemiddelde patiënt van zijn psychische klachten af en zo snel mogelijk weer functioneren zoals voorheen, of op zijn minst weer zo goed als mogelijk met een chronische psychiatrische aandoening.' Westert (2017) impliceert dat critici van de opgelegde nationale ROM niet 'uitkomstgericht' zouden zijn en zich liever onderdompelen in een plezierig en conflictvermijdend therapeutisch

Degenen die pleiten voor continuering van een verplichte ggz-brede ROM kunnen zich niet beroepen op het argument dat ROM ondubbelzinnig 'bewezen effectief' is

In de zes Nederlandse studies is weinig empirische ondersteuning gevonden voor verhoging van behandel-effectiviteit door ROM-feedback

proces, waarbij patiënt en therapeut zich allebei comfortabel voelen, zonder zich er al te druk om te maken of de patiënt baat heeft bij de behandeling.

In onze kritiek op de door de Lambert-groep gevolgde onderzoeksopzet lag reeds besloten dat ROM meer *proces* beïnvloeding behelst dan dat er sprake is van onafhankelijke *effect*meting. Natuurlijk hebben pleitbezorgers van het huidige ROM-systeem een punt als zij betogen dat het proces (dus ook de procesmeting) in de ggz per saldo ondergeschikt moet zijn aan de 'uitkomst' of het 'product'. Wat zij echter lijken te vergeten, is dat 'proces' en 'product' in de ggz bepaald niet altijd eenvoudig uit elkaar zijn te trekken. Als bijvoorbeeld een extreem sociaal fobische patiënt in de loop van de behandeling de therapeut (als autoriteitsfiguur) voor het eerst durft tegen te spreken, kan dat met recht een klinisch relevante 'tussentijdse uitkomst' worden genoemd, zonder dat die 'uitkomst' zich noodzakelijk vertaalt in een scoredaling op een zelfrapportagelijst voor sociale angst.

Er bestaat een complexe verhouding tussen de 'uitkomsten' die met een gestandaardiseerde en psychometrische zelfrapportagelijst worden gevonden en de 'uitkomsten' die op een informele wijze tijdens het therapeutisch proces worden vastgesteld. Het is merkwaardig hoe zelfrapportagelijsten door voorstanders van verplichte ROM zonder blikken of blozen met de grootste vanzelfsprekendheid als valide indicatoren voor 'behandeluitkomst' (anders gezegd: als valide veranderingsmaten) worden gezien. Over de veel gebruikte ROM-instrumenten als de OQ-45 en de HONOS schrijft De Beurs (2017b) bijvoorbeeld: 'Dat generieke meetinstrumenten ongeschikt zijn voor ROM is overigens niet juist: met instrumenten als de OQ-45 of de HONOS is bij de meeste patiënten goed te meten of zij baat hebben bij de behandeling (De Jong et al., 2007; Mulder et al., 2004).' Bij raadpleging van de door De Beurs (2017b) aangehaalde literatuurbronnen (het artikel van De Jong et al. (2007) is in

het Nederlands vertaald en in 2008 gepubliceerd in *Psychologie & Gezondheid*) blijft raadselachtig hoe hij tot zijn conclusies komt. Genoemde psychometrische evaluaties van de OQ-45 en de HONOS hielden zich voornamelijk bezig met klassieke betrouwbaarheidskenmerken, dimensionale structuur en concurrente validiteit. Op deze kenmerken komen beide meetinstrumenten er inderdaad behoorlijk goed van af.

Wat betreft de verandergevoeligheid van de HONOS op het niveau van de individuele patiënt ligt dat anders. Nugter et al. (2012) concluderen uit hun empirisch onderzoek: 'De 'reliable change index' liet weinig individuele verandering zien, ook bij groepen waar die verandering werd verwacht.' De mate waarin de OQ-45 gevoelig is voor verandering werd slechts getoetst in een selecte subgroep van zestig patiënten die aan een behandeling van maximaal vijf sessies voldoende hadden. De stabiliteit (test-hertestbetrouwbaarheid) bij herhaalde meting werd in een groep van niet meer dan 42 patiënten bepaald. Het *berekenen* van de stabiliteit van een test of vragenlijst is simpel als er voldoende herhaalde metingen beschikbaar zijn. Het *verzamelen* van herhaalde metingen is vaak echter een bewerkelijke en dure aangelegenheid. Om deze reden wordt doorgaans voor een praktische, maar ongewenste gelegenhedsoplossing gekozen: de indexen voor statistisch betrouwbare verandering worden simpelweg berekend met Cronbachs alpha (interne consistentie) als betrouwbaarheidscoëfficiënt. Cronbachs alpha schat betrouwbaarheid op basis van één enkel meetmoment en negeert daarmee de onbetrouwbaarheidsfluctuaties in scores die zijn toe te schrijven aan meerdere afnames van hetzelfde instrument op verschillende tijdstippen. Deze onbetrouwbaarheidsbron moet worden verdisconteerd om onbetrouwbaarheidsmarges te bepalen, die in acht moeten worden genomen om vast te stellen of intra-individuele scoreveranderingen statistisch betrouwbaar zijn (Crutzen, 2014). Gebeurt dat niet, dan kunnen conclusies over de effectiviteit van een behandeling (met name positief) worden vertekend (Hafkenscheid, 1994).

Los van deze psychometrische kanttekeningen kan er een inhoudelijk vraagteken worden geplaatst bij de aanname dat de OQ-45 een onbevooroordeelde 'uitkomstmaat' is. Eerder werd als kritiek op de iteminhoud van de OQ-45 geuit dat maar liefst acht van de OQ-45 items veronderstellen dat de patiënt werkt en/of een schoolopleiding volgt, waarmee bijna 18% van de items uit dit ROM-instrument irrelevant (en onbedoeld stigmatiserend) is voor patiënten die door diverse omstandigheden niet (meer) tot werken of tot het volgen van

een opleiding in staat zijn (Hafkenscheid, 2008). Daarmee kon de OQ-45 al niet echt een generiek ROM-instrument worden genoemd. Die kritiek is inmiddels met een stopmid-
del ondervangen: aan de oorspronkelijke instructie is toegevoegd dat 'werk' wordt gedefinieerd als '... baan, school, huishoudelijk werk, vrijwilligerswerk, enz.'

Twee andere vragen uit de OQ-45 zijn evenmin generiek: de vraag naar hoe ongelukkig de patiënt is over haar of zijn huwelijk/relatie (item 7) en de vraag naar hoe onbevredigend het seksleven van de patiënt is (item 17). De patiënt wordt geïnstrueerd om bij item 7 'Nooit' in te vullen wanneer zij of hij alleenstaand is. Het *ontbreken* (of *ontberen*) van een liefdesrelatie – voor heel wat patiënten een ongelukkig makend probleem – wordt in de scoretelling dus hetzelfde gewaardeerd als *het gelukkig zijn* binnen een liefdesrelatie. Een soortgelijke merkwaardigheid doet zich voor bij de beantwoording van de vraag naar seksuele satisfactie (item 17). Uit klinische ervaring weten wij hoe onprettig en disrespectvol patiënten de ambiguïteit ervaren van dergelijke vragen die niet op hen van toepassing zijn en toch beantwoord dienen te worden. Ten overvloede: het is geenszins onze bedoeling om onze kritiek specifiek op de OQ-45 (HONOS) te richten. In het verleden zij wij niet minder kritisch geweest op onderzoekers die over andere ROM-instrumenten zoals de SCL-90 (Hafkenscheid, Maassen & Veeninga, 2007) of de *Brief Symptom Inventory* (BSI; Hafkenscheid, 2007) wat al te kritiekloos rapporteerden.

BLACK BOX GGZ Collega's en organisaties die het heersende ROM-systeem hebben omarmd, zien ROM als middel bij uitstek om de 'black box van de ggz' te openen. Benchmarks op basis van ROM-scores zou ertoe leiden dat inzicht wordt verkregen in 'hoe het beter kan door bij anderen af te kijken hoe ze goede resultaten boeken', waarbij die opgedane kennis kan worden gebruikt om eigen resultaten te verbeteren (De Beurs, 2017a).

Deze pleitbezorgers van het opgelegde ROM-systeem zetten hun argumenten graag kracht bij door klakkeloos vergelijkingen te trekken met de somatische geneeskunde en met het onderwijs. Onder andere in de discussie die in *Medisch Contact* volgde op het eerder genoemde stuk van Westert (2017) worden deze sectoren de ggz ten voorbeeld gesteld: daar zou over uitkomstindicatoren ten minste niet zo moeilijk worden gedaan. In genoemde discussie haalt Koekkoek (2017) instemmend de ranglijsten aan, waarmee dagblad *Trouw* jaarlijks de verschillen in slagingspercentages en gemiddelde schoolcijfers tussen scholen in het voortgezet onderwijs per provincie presenteerde. Deze overzichten gaven stakeholders – aankomende leerlingen, hun ouders, de onderwijsinspectie en de vergeleken onderwijsinstellingen zelf – de gelegenheid om hun keuzes te bepalen (ouders en aankomende leerlingen) en beleidsmaatregelen (inspectie, besturen: de bekende 'verbetertrajecten') te treffen. Koekkoek vermeldt niet dat *Trouw* in 2012 stopte met deze 'Schoolprestaties', zoals de jaarlijkse overzichten van rapportcijfers in het voortgezet onderwijs werden genoemd. Die ranglijsten waren uiterst controversieel. Tegenstanders benadrukten dat de vergelijking van schoolprestaties tussen verschillende onderwijsinstellingen zinloos is zonder de context in acht te nemen. Een middelbare school met veel allochtone leerlingen uit achterstandsgezinnen met laagopgeleide ouders staat in schoolprestaties a priori op achterstand ten opzichte van een middelbare school met veel autochtone kinderen uit welgestelde gezinnen met hoogopgeleide ouders. Vergelijkbaar met Koekkoek in zijn verdediging van de huidige nationale ROM bleven de voorstanders van de ranglijsten binnen de onderwijssector volhouden dat critici die de eerlijkheid van de vergelijking tussen onderwijsinstellingen in twijfel trokken zich wilden onttrekken aan hun maatschappelijke verantwoordingsplicht.

Hoe het ook zij: de vergelijking die Koekkoek trekt tussen het huidige nationale ROM-systeem met 'Trouw School-

Er bestaat een complexe verhouding tussen de 'uitkomsten' die met een gestandaardiseerde en psychometrische zelfrapportagelijst worden gevonden en de 'uitkomsten' die op een informele wijze tijdens het therapeutisch proces worden vastgesteld

prestaties' gaat inhoudelijk mank. Rapportcijfers en slagingspercentages zijn onmiskenbaar indicatoren waarmee geleverde prestaties objectief kunnen worden vergeleken, nog los van de vraag hoe eerlijk of zinvol deze prestatievergelijkingen zijn. Datzelfde geldt voor andere psychologische variabelen zoals IQ-scores. De Jong, Tiemens & Verbraak (2017) halen eveneens ongelukkige voorbeelden aan ter ondersteuning van benchmarken in de ggz: percentages patiënten met overmatig middelengebruik of sterfte na maagkankeroperaties zijn ondubbelzinnig telbaar en daarmee onvergelijkbaar met percentages verbeterde of verslechterde patiënten, vastgesteld aan de hand van scoreveranderingen op ROM-instrumenten.

Benchmarken op basis van opinie of gevoelens is uitermate riskant

ZELFRAPPORTAGE ROM-scores op (meestal) zelfrapportage-lijsten verwijzen vrijwel nooit naar objectieve prestaties, maar representeren niet meer en niet minder dan eigen belevingen van die prestaties. Benchmarken op basis van opinie of gevoelens is uitermate riskant. In de onderwijssector zouden maar weinigen bijvoorbeeld genoegen willen nemen met een benchmark tot stand gekomen met een vragenlijst waarin leerlingen zelf mogen aangeven hoe goed ze zijn in schoolvakken zoals wiskunde, in plaats van te benchmarken op 'harde' rapportcijfers voor dat vak. En in de somatische geneeskunde verlaten diabetologen zich toch liever op gemiddelde bloedsuikerspiegels die met laboratoriumonderzoek zijn bepaald dan door patiënten hun bloedsuikerspiegels te laten schatten op basis van hoe moe of fit zij zich voelen. Daarmee is geenszins gezegd dat de beleving van de patiënt er niet toe zou doen.

Zelfrapportagelijsten zijn bij uitstek geschikt om belevingen (subjectiviteit) te objectiveren. Met 'objectiveren' wordt slechts bedoeld het 'gestandaardiseerd vastleggen in scores'. Deze beperkte betekenis mag niet worden verward met het blootleggen van 'een objectieve (dus niet vertekende) werkelijkheid' (Hafkenscheid & Van Os, 2016).

Zelfrapportagelijsten leggen de werkelijkheid niet bloot, maar zijn constructies van die werkelijkheid: constructies van degenen die de items en antwoordalternatieven hebben

ontworpen, en van de degenen die de vragenlijst invullen. Respondenten geven hun eigen interpretaties en kleur aan formuleringen aan vragen naar bijvoorbeeld de mate waarin hun huwelijksleven vervuld is. Niet de beleving van de patiënt staat bij de vragenlijstmethode ter discussie, maar wel de wijze waarop voorstanders van de nationaal verplichte ROM-vragenlijstscores interpreteren alsof het laboratoriumwaarden zijn. Degenen die beweren dat ROM-metingen 'de black box van de ggz openen' vallen wat ons betreft ten prooi aan een bedenkelijke vorm van naïef empirisme: de aanname dat de dingen zijn zoals men ze in eerste instantie waarneemt.

Het huidige verplichte ROM-systeem past typisch binnen een klassiek medisch model, waarbij patiënten binnen afzonderlijke, goed afgebakende diagnosegroepen een min of meer vast (eventueel protocollair) behandeltraject doorlopen. Iedere wat meer ervaren behandelaar weet dat zelfs iets ingewikkelder klachtgerichte behandelingen meestal een onvoorspelbaar en soms ronduit grillig verloop kennen, waarbij patiënten zich geenszins puur op basis van rationele argumenten (voor hun eigen bestwil) 'willoos' aan een bewezen effectieve behandeling onderwerpen. Dat onvoorspelbare en op het oog rommelige karakter van veel behandelingen zal naar verwachting toenemen met de opkomst van de gedeelde besluitvorming in de ggz. Zeker bij persoonlijkheidsproblematiek en bij ernstige psychiatrische aandoeningen bestaat een groot deel van het therapeutisch werk uit het motiveren van patiënten voor veranderingstrajecten waar zij ambivalent of in eerste instantie afkerig tegenover staan. Dat misschien wel belangrijkste deel van de therapeutische arbeid laat zich niet gemakkelijk in het keurslijf van de verplichte ROM wringen.

De gewenste 'uitkomsten' van ggz-behandelingen staan zelden gelijk aan simpele, lineaire klacht- of symptoomreductie. Bij heel veel ggz-problematiek is er sprake van door de patiënt (en diens omgeving) als onoverbrugbaar ervaren intrapersoonlijke of interpersoonlijke spanningen. Intrapersoonlijke spanningen ontstaan onder meer wanneer mensen hun zelfbeeld en hun zelfideaal niet in overeenstemming weten te krijgen, interpersoonlijke spanningen onder andere wanneer mensen zich te vaak en te zeer anders naar anderen gedragen dan die anderen willen of acceptabel vinden. Het criterium voor behandel succes is dan de mate waarin discrepantie zich naar convergentie beweegt – bijvoorbeeld het opschuiven van het zelfbeeld in de richting van het zelfideaal (of andersom), of het verkleinen van de kloof tussen de gedragspatronen die patiënt en naastbetrokkenen van elkaar verwachten en als acceptabel ervaren. Wanneer

patiënten over de loop van de behandeling meer in harmonie met zichzelf en/of hun omgeving gaan leven, volgt niet zelden klachtenreductie, en staan de klachten en symptomen op zijn minst minder centraal.

CONCLUSIES

De afgelopen jaren hebben wij, in diverse auteurssamenstellingen, onze bedenkingen tegen de nationaal verplichte ROM, en de ideologie erachter, in een reeks publicaties naar voren gebracht (Hafkenscheid, 2008, 2009, 2010, 2012, 2013, 2017; Hafkenscheid & Van Os, 2013, 2016; Van Os et al., 2012; Van Os, Berkelaar & Hafkenscheid, 2017). In elk van die publicaties hebben wij verschillende kritiekpunten geaccentueerd. We hebben ons ook ingespannen om niet met kritiek te volstaan, maar om ook met alternatieven te komen (Hafkenscheid, 2016; Hafkenscheid & Van Os, 2014a, 2014b; Van Os & Delespaul, 2017).

In dit artikel hebben wij ons gericht op twee misvattingen over het huidige ROM-systeem, die in de discussies tot nu toe onderbelicht bleven: (1) dat ROM-feedback onomstotelijk tot betere 'uitkomsten' van behandeling leidt en (2) dat ROM-instrumenten als vanzelfsprekend 'uitkomsten' meten. Wij willen niet onder stoelen of banken steken dat het huidige, opgelegde ROM-systeem ons een ware gruwel is. Als fervente voorstanders van kwaliteitsmonitoring, van toetsbaarheid en van reflectief diagnostisch en therapeutisch handelen, hebben wij met lede ogen moeten toezien hoe een log, opgelegd bureaucratisch systeem, zonder enige afstemming, ervoor heeft gezorgd dat lokale initiatieven om de kwaliteit van zorg *lean and mean* (dus afgestemd op de specifieke problematiek van de patiënt) te monitoren, vakkundig om zeep zijn geholpen. Ongetwijfeld troostrijk en verbindend bedoelde aanbevelingen om het schrale en nutteloze 'minimale' ROM-systeem gewoon aan te vullen door vaker tussentijds te meten en er monitorinstrumenten aan toe te voegen die wel zinvol zijn (De Beurs, 2017a, 2017b), zetten de wereld op zijn kop. We beschouwen ze als obligate doekjes voor het bloeden. Degenen die pleiten om ROM 'van binnenuit' te veranderen, voeren nogal weleens ter verdediging aan dat er nu eenmaal niets beters voorhanden is, dat ROM gewoon 'werk in uitvoering' is, en dat 'niets perfect' kan zijn. Ook wordt doorgaan op de ingeslagen weg verdedigd met het argument dat het veld een slechte beurt maakt door er voortijdig de brui aan te geven: de reputatie van de ggz is namelijk toch al niet zo best (Schoevers & Beekman, 2017). Wij vinden deze argumenten echt onvoldoende om een inherent krakkemikkig systeem overeind te

Liever ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald

houden. Een systeem dat alleen ideologisch en retorisch (en nauwelijks met inhoudelijke argumenten) kan worden gerechtvaardigd.

Om misverstanden te voorkomen willen wij benadrukken dat onze bedenkingen tegen de nationaal verplicht gestelde ROM niets te maken hebben met animositeit tegen zorgverzekeraars, al hebben wij persoonlijk sterke twijfels of de stelselwijziging in de zorg ooit de ambitie kan waar maken van betere zorg voor een lagere (althans minder hoge) prijs. Het zou unfair zijn om de zorgverzekeraars als niet ter zake deskundigen aan te rekenen dat zij de voor de hand liggende, maar naïeve, gedachte koesterden dat met ROM twee vliegen in één klap geslagen konden worden: optimalisering van het individuele behandelproces (inclusief gedeelde besluitvorming) en benchmarken op afdelings- of instellingsniveau. Niet ter discussie staat dat professionals van buitenaf op elk moment moeten kunnen worden aangesproken op de kwaliteit en de doelmatigheid van hun professionele handelen. Professionals dreigen echter het vertrouwen van hun patiënten te verliezen zodra ze hun oren laten hangen naar een opgelegd systeem, dat haaks staat op hun eigen professionele handelen, zelfs als zij zich conformeren met het mes op de keel.

Liever ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald: om kwaliteitstoetsing niet verder verloren te laten gaan zullen de beroepsgroepen in de ggz bereid moeten zijn de nationaal opgelegde ROM in de huidige vorm vaarwel te zeggen en zelf weer voortvarend te gaan bouwen aan voldoende gedifferentieerde routine monitorsystemen, die recht doen aan de complexiteit van de klinische realiteit, en die zich lenen voor evaluaties van beoogde ten opzichte van geëffectueerde zorg. Om met Schoevers & Beekman (2017) te spreken: 'Van 'stop ROM naar 'hier met die ROM!'

OVER DE AUTEURS

Anton Hafkenscheid is klinisch psycholoog-psychotherapeut en werkzaam bij Arkin/Sinai Centrum. Jim van Os is hoogleraar Psychiatrische Epidemiologie en Publieke GGZ, UMC Utrecht Hersencentrum, Utrecht. Voor beide auteurs geldt dat dit artikel op persoonlijke titel is geschreven. Correspondentie aangaande dit artikel: a.hafkenscheid@sinaicentrum.nl.

Literatuur

- De Beurs, E. (2017a). ROM en benchmark: goed of slecht huwelijk. *De Psycholoog*, 52, 46-49.
- De Beurs, E. (2017b). Over ROM en benchmarken; reactie van SGB op rapport van de Algemene Rekenkamer en de actie 'Stop ROM'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59, 238-241.
- Bovendeerd, A.M. & de Groot, E.I.W. de (2013). Het effect van systematische feedback op de uitkomst van een kortdurende wachttijstbehandeling in de ggz. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 39, 157-171.
- Bovendeerd, B., de Jong, K., Colijn, S., de Groot, E.I.W., Hafkenscheid, A., Duncan, B.L., de Keijser, J. (ingediend). Systematic client feedback to brief therapy in basic mental health care: study protocol for a multicenter cluster randomized controlled trial.
- Cnubben, W. & Delepaul, Ph. (2017). Benchmark ROM: de verkeerde administratie. *De Psycholoog*, 52, 51-53.
- Cramer, A. (2017). Hoe verder met benchmarking in de ggz: pleidooi voor betere methodologie en meer slow science. *De Psycholoog*, 52, 54-55.
- Crutzen, R. (2014). Time is a jailer: what do alpha and its alternatives tell us about reliability? *The European Health Psychologist*, 16, 70-74.
- Gondek, D., Edbrooke-Childs, J., Fink, E., Deighton, J., & Wolpert, M. (2016). Feedback from outcome measures and treatment effectiveness, treatment efficiency, and collaborative practice: a systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43, 325-343.
- Hafkenscheid, A. (1994). *Rating scales in treatment efficacy studies: individualized and normative use*. Academisch proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen.
- Hafkenscheid, A. (2007). De Brief Symptom Inventory: reactie op het gelijknamige artikel van E. de Beurs & F. Zitman (MGv 06-2). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 62, 819-821.
- Hafkenscheid, A. (2008). *Routine Process Monitoring: ervaringen uit de praktijk*. *Tijdschrift Clientgerichte Psychotherapie*, 46, 327-345.
- Hafkenscheid, A. (2009). *Routine Process Monitoring (RPM) in partnerrelatiebehandelingen*. *Directie Therapie*, 29, 5-25.
- Hafkenscheid, A. (2010). Rammelende ROM in de ggz: geen ROM zonder Routine Process Monitoring. *GZ-Psychologie*, 2, 12-17.
- Hafkenscheid, A. (2012). Subjectiviteit bij de interpretatie van het grafisch scoreverloop op monitorinstrumenten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 29-134.
- Hafkenscheid, A. (2013). Geen rad voor de ogen: reactie op De Jong & Van 't Spijker. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 39, 203-207.
- Hafkenscheid, A. (2016). Waarom stagneert deze therapie? Een zoekschema voor het opsporen van mogelijke obstakels. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 42, 291-307.
- Hafkenscheid, A. (2017). Behandelplannen voor patiënten met een psychose: In hoeverre schieten deze plannen tekort? *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 161, 10-11.
- Hafkenscheid, A.J., Maassen, G.H. & Veeninga, A.T. (2007). The dimensions of the Dutch SCL-90: more than one, but how many? *Netherlands Journal of Psychology*, 63, 29-35.
- Hafkenscheid, A. & Van Os, J. (2013). Huidige ROM doet afbreuk aan valide kwaliteitsmeting. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 179-181.
- Hafkenscheid, A. & Van Os, J. (2014a). Naar een deugdelijke ROM. *MGv*, 69, 20-28.
- Hafkenscheid, A. & Van Os (2014b). ROM van geïndividualiseerde behandeldoelen. *PsychoPraktijk*, 6, 29-32.
- Hafkenscheid, A. & Van Os, J. (2016). Wat ieder die betrokken is bij ROM zich over de metingen moet realiseren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58, 388-396.
- Janse, P.D., De Jong, K., Van Dijk, M.K., Hutschemaekers G.J.M., & Verbraak, M.J.P.M. (2016). Improving the efficiency of cognitive-behavioural therapy by using formal client feedback. *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2016.1152408.
- De Jong, K. (2012). *A chance for change: building an outcome monitoring feedback system for outpatient mental health care*. Academisch proefschrift Universiteit Leiden.
- De Jong, K., Nugter, M.A., Polak, M.G., Wagenborg, J.E.A., Spinhoven, Ph., & Heiser, W.J. (2007). The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: a cross-cultural validation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 288-301.
- De Jong, K., Nugter, M.A., Polak, M.G., Wagenborg, J.E.A., Spinhoven, Ph., & Heiser, W.J. (2008). De Nederlandse versie van de Outcome Questionnaire (OQ-45): een crossculturele validatie. *Psychologie & Gezondheid*, 36, 35-45.
- De Jong, K., Tiemens, B., & Verbraak, M.J.P.M. (2017). Red ROM als kwaliteitsinstrument. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59, 242-245.
- Koekkoek, B. (2017). Reacties, 3 april 2017, <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/protesterende-psychiaters-maken-karikatuur-van-rom.htm>
- Lambert, M. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17, 1-14.
- Lambert, M.J. & Shimokawa (2011). Collecting client feedback. In: J.C. Norcross (ed.). *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness*. New York: Oxford University Press, pp. 203-223.
- Mulder, C., Staring, A., Loos, J., Buwalda, V., Kuijpers, D., Sytema, S., & Wierdsma, A.I. (2004). De Health of the Nation Outcome Scales (HONOS) als instrument voor 'routine outcome assessment'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 273-284.
- Nugter, M.A., Buwalda, V.J.A., Dhondt, A.D.F., Draisma, S. (2012). Gebruik van de HONOS bij de behandeling van patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 153-159.
- Van Oenen, F.J. (2017). *Feedback Informed Treatment in emergency psychiatry: a poor FIT?* Academisch proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.
- Van Os, J., Berkelaar, J., Hafkenscheid, A. (2017). Benchmarken: doo-dlopende weg onder het mom van 'ROM'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59, 247-250.
- Van Os, J. & Delepaul, (2018). Een valide kwaliteitskader voor de GGZ: van Benchmark-ROM aan de achterkant naar regionale regie en co-creatie aan de voorkant. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60, 96-104.
- Van Os, J., Kahn, R., Denys, D., Schoevers, R.A., Beekman, A.T.F., Hoogendijk, W.J.G., van Hemert, A.M., Hodiadmont, P.P.G., Scheepers, F., Delepaul, A.E.G., Leentjens, A.F.G. (2012). ROM: Gedragsnorm of Dwangmaatregel? Commentaar op het Themanummer ROM. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 245-253.
- Schoevers, R.A. & Beekman, A.T.F. (2017). Van 'stop ROM' naar 'hier met die ROM!' *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59, 245-246.
- Smits, D. (2016). *The effect of monitoring on the attunement process in psychotherapy: a mixed-method approach*. Academisch proefschrift Katholieke Universiteit Leuven.
- Westert, G. (2017). Protesterende psychiaters maken een karikatuur van ROM: behandeluitkomst is juist uitstekende indicator van kwaliteit. *Medisch Contact*, <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/protesterende-psychiaters-maken-karikatuur-van-rom.htm>
- Winkelhorst, Y., Hafkenscheid, A., & De Groot, E. (2013). Verhoogt Routine Process Monitoring (RPM) de effectiviteit van behandeling? Een vergelijkende pilot study. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 39, 146-156.

ASIM EN ASWAD

Asim is met zijn vrouw Aswad Syrië ontvlucht. Hij is farmaceut, werkt nu in de koekjesfabriek. Aswad is altijd thuis, zij vertoont verschijnselen van PTSS. Hun verhaal?

Zij, ouders van een baby van vijf maanden, gingen met tien anderen aan de Turkse kust aan boord van een roeiboot met buitenboordmotor. Iedereen droeg een zwemvest, dat van de baby was wel een kinderzwemvestje maar iets te groot. Een uur buitengaats begon het te stormen, de motor sloeg af, de boot sloeg om, iedereen kwam in het water te liggen. Hun kindje dreef af, ze konden er niet meer bij. Het hoofdje was te zwaar, het duikelde om, verdween achter een hoge golf. Weg.

Asim is door iemand gewezen op het bestaan van ons instituut en vraagt hulp. Nee, zij zijn niet verzekerd. Nee, geen huisarts. Een huis? Nou ja, in een portiek van een flat, illegaal. Zijn Engels is op niveau en hij is heel bang omdat zijn vrouw beslist suïcidaal is.

Ik besluit haar te behandelen voor PTSS met behulp van EMDR-light en hem als co-therapeut in te schakelen. Voor EMDR heb je de finesses van de taal niet zo nodig: de cliënt zelf maakt zijn beelden (Van den Hout, 2011).

De behandeling verloopt zonder de rituele dansen als aanmelding bij de verzekering, eindeloze vragenlijsten et cetera. Buiten de kaart om. Om niet. Inhoudelijk loopt het natuurlijk volgens de regels van de kunst, maar de vorm is ongebruikelijk. Sessies duren hooguit een halfuur, dat is lang genoeg wegens het telkens vertalen en de zwaarte van de problematiek.

Wij inventariseren enkele beelden voor behandeling en beginnen met het 'lichtste' probleem, het afscheid van haar doodzieke moeder: 'Ga, ga nou maar kind.' Het beeld: haar afscheidskus. En de woestijnzandkleurige enveloppen met oproep voor militaire dienst – een maand – dan nog veertien dagen – 'U moet zich vandaag melden voor militaire dienst, op dienstweigeren staat de doodstraf.' De kleur van die enveloppen...

En het omduikelen van hun kindje, als laatste, grootste horror.

Kern van de behandeling is dat Aswad zich een zo levendig mogelijke voorstelling maakt. Asim stelt haar in het Syrisch de vragen: 'Wat deed je toen? Wat dacht je? Wat voelde je?' En dan volgt zij mijn wuivende wijsvinger. Zo probeert zij haar traumatische herinneringen te vermalen. Het werkt!

Ik spreek Asim toevallig zo'n anderhalf jaar later. Het gaat best aardig, zijn vrouw is in verwachting en druk bezig met Nederlands te leren. Zijn uitspraak is inmiddels smetteloos. Hij heeft promotie gemaakt, is teamleider.

Als iedere competente hulpverlener in Nederland op ongeveer zo'n manier één keer een getraumatiseerde vluchteling behandelt? De opbrengsten zijn giga in termen van individuele gezondheid en ook inclusie. De kosten (alleen wat tijd) vallen in het niet bij het rendement.



Han Stakenburg is neuropsycholoog en werkzaam als eerstelijnspsycholoog met eigen praktijk.

E-mail: hanstakenburg@telfort.nl

Van den Hout, et al. (2011). EMDR: eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections. *Behaviour Research and Therapy*, 49(2), 92-98.

JUNIOR – JOHANNES VAN DAMME

Van origine ben ik Vlaming en tot mijn elfde heb ik in België gewoond, daarna ben ik met mijn moeder naar Groningen gegaan. Omdat ik altijd graag met sport bezig was, ging ik in 2008 Sport, Gezondheid & Management studeren aan de Hanze-hogeschool. Maar ik merkte dat het benaderen van sport vanuit dat perspectief niet bij mij paste. Omdat ik ook geïnteresseerd was in psychologie en ik dat met sport kon combineren, heb ik de overstap gemaakt naar Toegepaste Psychologie

Tijdens het kennismakingsrondje was ik de enige die al precies wist wat ik wilde: sportpsycholoog worden! Ik haalde mijn bachelor met een these over de relatie tussen mentale weerbaarheid en sportprestaties onder druk, superinteressant!

Na de bachelor koos ik voor een master Arbeids- Organisatie en Personeelspsychologie en deed onderzoek naar weerbaar gedrag tijdens voetbalwedstrijden. De overstap naar de universiteit verliep prima. Hard werken kan ik wel, tijdens mijn bachelor zei ik tegen mezelf: ik ga gewoon letterlijk veertig uur per week met mijn studie bezig. Dat vond ik niet moeilijk, waarschijnlijk omdat ik heel doelgericht bezig was. In 2016 rondde ik mijn master af en kreeg de basisaanpakken sportpsychologie, wat noodzakelijk was voor de postmaster die ik nog wil doen tot praktisch sportpsycholoog.

TIMMERMANSOOG

Ik keek natuurlijk onlangs met veel plezier naar de Olympische Spelen in Zuid-Korea, maar niet met een timmermansoog. Aan de buitenkant kun je toch

niet goed zien welke interne processen er gaande zijn in een sporter, of je moet de sporter kennen en precies weten wat zijn of haar routines zijn. Het mooiste vond ik de reacties achteraf, daar zit echte schoonheid in. Bijvoorbeeld toen Suzanne Schulting goud won op de duizend meter shorttrack. Haar reactie was zo puur en spontaan, een mix van vreugde en verbazing en alles wat daar tussenin zit, daar geniet ik echt van.

MINDSET

Binnen de sportpsychologie zijn amper vacatures, dus startte ik in 2016 samen met medestudent Sten Dallinga een eigen bedrijf, Performance Growth. Ons eerste idee was om mindset-trainingen te verzorgen voor voetbaltrainers, omdat wij die nog vaak zien blèren langs de zijlijn en termen gebruiken waarvan je denkt: waar gaat het over? Bij kinderen van acht leggen sommige trainers nog superveel nadruk op winnen, terwijl die kinderen daar helemaal niet mee bezig zijn. Uiteindelijk krijgen ze zelfs minder plezier in de sport en ontwikkelen ze zich niet maximaal.

Bij onze trainingen volgen we de theorie van Carol Dweck over het ontwikkelen van een groei-mindset. We geven trainers de gedachte mee dat je aan het resultaat niet altijd iets kan doen, maar aan het proces wel. Dus als je de dingen traint waar je invloed op kan hebben, krijg je meer zelfvertrouwen, meer gevoel van controle. Je moet je aandacht richten op zaken waar je invloed op hebt, niet op randzaken. Dus in het voetbal moet je focussen op de balaanname, of waar je naartoe past en hoe je



tactisch staat als team. Als je dan verliest omdat er een zondagsschot in vliegt, kun je wél tevreden terugkijken op de dingen die goed gingen en daarop voortbouwen. Dus je hebt het niet zozeer over winnen nu, maar over winnen later.

NÓG NIET

Ik werk ook als docent Toegepaste Psychologie op de Hanzehogeschool. Ik geef met name vaardigheidsvakken, veel coaching en gespreksvaardigheden. Daarbij pas ik de mindset-theorie ook toe, bijvoorbeeld door veel de woorden 'nog niet' te gebruiken tegen studenten. Als een student in de module gespreksvaardigheden zegt: ik ben gewoon niet goed in open vragen stellen, dan zeg ik 'dat is niet waar. Je bent nóg niet zo goed in open vragen stellen.' Dan zie je vaak een knopje bij ze omgaan en



FOTO: DONALD VAN TOL

‘Je hebt het niet zozeer over winnen nu, maar over winnen later’

durven ze te falen, wat een voorwaarde is voor leren. Zo'n groei-mindset kun je dus overal voor inzetten, niet alleen op het sportveld.

Al met al werken Sten en ik ongeveer een dag per week aan ons bedrijf omdat de omzet nog beperkt is. We zien de toekomst met vertrouwen tegemoet want binnen de sport wordt psychologie steeds minder taboe. Tijdens het netwerken bij voetbalverenigingen valt het me op dat vooral de jongere mensen openstaan voor wat wij doen en onze methodes willen toevoegen omdat het er tegenwoordig

gewoon bij hoort. Je hoort ook steeds vaker topsporters in de media vertellen dat ze echt baat hebben gehad bij de hulp van een sportpsycholoog, dus er is zeker een cultuurverandering gaande. Bijvoorbeeld schaatser Kjeld Nuis, hij zweert bij de sportpsycholoog.*

Mijn contract als docent bij de Hanze loopt af na dit jaar, en op dit moment vind ik dat prima. Sowieso gaan we door met onze onderneming, maar ik wil ook een cursus volgen in *running therapy*, wat als aanvullende behandeling heel zinvol kan zijn voor bijvoor-

beeld mensen met angstklachten of depressieve gevoelens.

Mijn droom is dat we over vijf jaar fulltime met onze onderneming bezig zijn, dan zou ik echt intens gelukkig zijn. Mocht het niet fulltime lukken, dan zie ik mezelf er wel een kleine onderwijsaanstelling naast doen. Want ik vind het erg leuk om met de ontwikkeling van studenten bezig te zijn, om ze beter te maken in wat ze doen. Dat is ook een van mijn drijfveren geweest om psychologie te gaan studeren. En of het nou sporters of studenten zijn, als ik je kan helpen ergens beter in te worden, dan word ik daar heel gelukkig van.

* Olympisch kampioen Kjeld Nuis over sportpsychologie: <http://bit.ly/2tr7tAb>

INTERVIEW LILIAN JANS-BEKEN

VAN GROOT RIJBEWIJS NAAR DOCTORSBUL

Lange tijd reed Lilian Jans-Beken op een vrachtwagen en was tevreden met dat bestaan. Zo was ze lekker op zichzelf en had met niemand wat te maken. Tot ze besloot psychologie aan de Open Universiteit te gaan studeren en nieuwe talenten aanboorde. Op 14 maart jl. promoveerde ze er op het onderwerp dankbaarheid. En dat deed ze ook nog eens uitzonderlijk snel voor een buitenpromovenda. 'Ik heb wel geduld hoor. Maar ik hou er niet van als ik door mensen al te veel wordt opgehouden.'



Lilian Jans-Beken reed als vrachtwagenchauffeur in de nachtdistributie toen het gesprek plaatsvond dat haar leven zou veranderen. Volgens haar man was het een keer 's nachts, volgens haar was het tijdens vakantie, maar over de strekking zijn ze het eens. Jans-Beken zei: 'Vroeger toen ik op school zat in Venray kon ik goed leren.'

'Waarom doe je dat dan niet?' vroeg haar man op de hem kenmerkende toon: alsof het allemaal heel simpel is.

Ze bracht allerlei bezwaren naar voren: het was nu te laat, ze moest toch geld verdienen, waarom zou ze nog?

'Denk er maar eens over na,' vond haar man. Hij wilde best een tijdje alleen voor het geld zorgen.

En toen was het zaadje gepland. Ze begon in 2007 met een cursus Praktische psychologie bij de LOI, (Leidse Onderwijsinstellingen) om erachter te komen of ze nog kon leren en of die studie eigenlijk wel echt bij haar paste. Het ging goed en smaakte naar meer. Daarop ging ze de hbo-opleiding toegepaste psychologie bij het NTI (oorspronkelijk Het Nederlands Taleninstituut) volgen. Daarnaast begon ze parttime in de kinderpneumologie te werken bij een antroposofische instelling in Noord-Holland, want dat werk lag dicht bij haar studie. Daar stopte ze mee omdat ze de door haar opgedane wetenschappelijke kennis niet meer kon verenigen met de antroposofische levenshouding van de instelling. Ze vertrok op een onhandig moment, vlak voor het einde van haar studie, toen ze er stage zou gaan lopen. Ze ging niet meer op zoek naar een ander stageadres, want ze wilde door naar de universiteit en stapte gelijk over. Ze ging psychologie studeren aan de Open Universiteit (OU), waar ze op basis van haar hbo behoorlijk wat vrijstellingen kreeg.

ROERIG LEVEN

Dat ze voor psychologie koos, was vanzelfsprekend voor Jans-Beken. 'Ik heb een roerig leven achter de rug, dan is het interessant om jezelf beter te leren kennen. Ik wilde

erachter komen waarom ik dingen heb gedaan zoals ik ze gedaan heb. Waarom maakte ik bijvoorbeeld mijn middelbare school niet af, hoewel ik goed kon leren?'

De studie gaf haar geen pasklare antwoorden. Ze merkte zelfs dat hoe meer kennis je krijgt, hoe meer je erachter komt dat je eigenlijk niet veel weet. Toch gaf de studie psychologie haar genoeg stof tot nadenken. Tijdens een van de modules kwam bijvoorbeeld hoogbegaafdheid aan de orde. Heel precies weet ze het niet meer, maar het ging erover dat sommige kinderen het slecht op de middelbare school doen, omdat ze hoogbegaafd zijn. Ze vervelen zich. Jans-Beken: 'Ik weet nog dat ik dacht: zou dat het zijn geweest? Zou ik er met de pet naar gegooid hebben, omdat ik geen uitdaging had en niet gestimuleerd werd? Want ik verveelde me op de lagere school al en nam lesboeken van een hoger jaar mee naar huis.'

Ze was blij dat ze naar de middelbare school kon, want als ze eenmaal 'wiskunde en zo' zou krijgen, zou het eindelijk interessant worden. Maar dat viel tegen. 'Ik denk dat ik een lastig kind was. Ik stelde aan de lopende band vragen en na het antwoord wilde ik meer weten en daarna nog meer. Met dertig kinderen in de klas is dat niet te doen.'

Ze werd achter in de klas gezet. Omdat ze op school niet kreeg wat ze nodig had, begon ze te spijbelen. 'In keurige schoolkleren ging ik 's ochtends de deur uit en dan ging ik bij de boer prei schoonmaken. Achteraf vind ik het raar dat mijn ouders er nooit iets van zeiden, ze moeten het door hebben gehad, want volgens mij ruik je na zo'n dag naar soep.'

Uiteindelijk ging ze van school en begon ze te werken. Maar nergens bleef ze lang. Op een gegeven moment was ze teamleider op de IT-afdeling bij DAF Trucks in Eindhoven. Ook daar voelde ze zich niet prettig. 'De mannen met wie ik werkte, reageerden niet goed op mij. Ze zeiden: "Daar heb je haar weer, ze denkt ook ergens verstand van te hebben." Daarom besloot ik mijn groot rijbewijs te halen. Zo ontsnapte ik aan een vervelende werksfeer. Maar het was ook een manier om van huis weg te zijn. Mijn huwelijk was, kort gezegd, niet geweldig.'

Het leven op de vrachtwagen beviel goed. 'Je krijgt een lijst met adressen en dan ben je verder op jezelf aangewezen. We hadden nog geen digitale tachograaf, dus je kon helemaal je eigen tijd indelen. Van zo'n baan word je erg zelfredzaam.'

'Mijn ouders moeten het door hebben gehad, want volgens mij ruik je na zo'n dag naar soep'

‘Huilen is prima, maar daarna moet er iets gebeuren’

Op de vrachtwagen had ze geen last meer van mensen. ‘Dat is misschien wel een rode draad in mijn leven,’ constateert ze halverwege het interview. Mensen zaten haar vaak in de weg: thuis, op school en ook in haar werk. Alleen als vrachtwagenchauffeur kon ze daaraan ontsnappen. Ze was niet eenzaam, want op parkeerplaatsen trof ze andere chauffeurs en daar heerste vaak een grote saamhorigheid. ‘Ik heb als vrouw één keer een vervelende man ontmoet, verder was iedereen altijd behulpzaam en collegiaal.’

Het was mooi om vanuit een grijs Nederland te vertrekken en dan via de Route du Soleil de zon tegemoet te rijden, de bergen in. Het was ook stoer soms. Zoals die keer dat ze haar vrachtwagen achteruit tegen het dok moest parkeren. De chauffeur voor haar moest eerst zijn trailer afkoppelen, Jans-Beken moest daarop wachten. ‘Hij deed er lang over,’ vertelt ze met een grijns. ‘Toen hij goed stond, ging hij naast zijn vrachtwachten met zijn armen over elkaar staan kijken hoe ik het zou doen. Juist die dag trok ik hem mooi voor en zette hem in één keer goed recht achteruit.’ Luid lachend: ‘Toen was hij verdwenen, ik heb die man nooit meer gezien!’

Uiteindelijk scheidde ze van haar man en al snel leerde ze haar huidige man kennen. Binnen drie maanden verhuisde ze van Limburg naar het noorden, naar Oudorp, bij Alkmaar. Ze trok bij hem in en kreeg een baan in de nachtdistributie. Dat deed ze twee jaar, tot dat belangrijke gesprekje ’s nachts of tijdens een vakantie.

EIGEN TEMPO

‘Het afstandsonderwijs van de ou past bij mij,’ zegt ze. ‘Ik kon mijn eigen tempo bepalen, hoef nergens op te wachten, ik kon net zo snel gaan als ik zelf wil. Ik werd niet beperkt door anderen.’ Ze ging vlot door de universitaire studie heen. Ze koos voor levensloop-psychologie en was vooral geïnteresseerd in positieve psychologie, een vak dat daar onderdeel van uitmaakt.

De universitaire studie was al meer een uitdaging dan de studie op hbo-niveau. ‘Maar ik vond het nog

FOTO: PETER VALCKX



‘Promoveren?
Wat is dat?’

steeds niet moeilijk,’ zegt Jans-Beken. ‘De statistiekvakken vond ik geweldig en daar zat ook uitdaging in. Dat waren een soort puzzeltjes die je moet oplossen. Ook het schrijven van de bachelorthesis, met het uitvoeren van het bijbehorende onderzoek, vond ik een uitdaging en heel erg leuk. Ik kon niet wachten op de scriptie!’

Haar bachelordiploma behaalde ze net niet cum laude, omdat ze te weinig vakken bij de ou had gedaan, vanwege de vele vrijstellingen. Maar haar master was wel cum laude. ‘En daar baalde ik van, want op één punt na was het summa cum laude geweest.’ Lachend: ‘Ik kan er nog steeds niet van slapen.’

Halverwege de studie vroeg een van haar begeleiders of ze niet wilde promoveren.

‘Promoveren? Wat is dat?’ vroeg ze.

Na een korte uitleg leek haar dat wel wat, ze sorteerde er in haar studie op voor. Toch koos ze wel voor een diagnostiekstage. En dat was op zijn zachtst

gezegd geen groot succes. ‘Ik kreeg allemaal huilende mensen aan tafel. Huilen is prima, maar daarna moet er iets gebeuren, vind ik. Achteraf had ik gewoon gelijk een onderzoeksstage moeten gaan doen.’

Behandelaar wilde ze niet worden. En aangezien de arbeidsmarkt niet florissant was en haar man nog wel even wilde doorwerken, besloot ze te promoveren als buitenpromovendus, zonder aanstelling als aio, op eigen kosten.

Ze heeft zich bezighouden met het onderwerp dankbaarheid. ‘Dankbaarheid is belangrijk voor mensen, hun onderlinge relaties en de maatschappij. Als jij iets voor me doet en ik ben niet dankbaar, dan neem je me dat kwalijk. Ik vroeg me af: kun je dat wetenschappelijk aantonen? In Nederland was er nog geen onderzoek naar gedaan. Inmiddels is men bij de Universiteit Twente ook met het onderwerp bezig.’

Jans-Beken keek of dankbaarheid van invloed is op psychische klachten en psychisch welzijn. Ze vond geen verband tussen dankbaarheid en psychische

klachten, maar dankbaarheid gaat wel samen met meer positieve emoties. Het effect is klein, maar wel significant. Dus als je iets aan je psychisch welzijn wilt doen, zou je bijvoorbeeld een dankbaarheidsdagboekje kunnen bijhouden.

GEDULD

Zelf is ze niet verrast door haar academische prestatie, want ze heeft van huis uit geleerd gedisciplineerd te zijn, hard te werken en verantwoordelijkheid te nemen. Toch schoot ze vol toen ze haar praatje oefende bij haar proefpromotie. 'Ik moet niet gaan denken: wat goed dat ik dit bereikt heb.' Ze slikte een keer en bracht het tot een goed einde. En bij haar echte promotie ging het helemaal goed.

Misschien is geduld met mensen niet haar grootste kracht, zoals een van haar begeleiders zei? Jans-Beken: 'Ik heb wel geduld hoor. Maar ik hou er niet van als ik door mensen al te veel wordt opgehouden.'

Bij het behandelen van cliënten ligt niet haar hart, maar studenten helpen vindt ze leuk. Daar begon ze al mee tijdens haar studie. Voor verschillende vakken richtte ze Facebookgroepen op, wat een goede aanvulling bleek te zijn op het afstandsonderwijs. Studiegenoten hielp ze met liefde. Daarnaast werkte ze freelance als scriptiebegeleider.

Inmiddels heeft ze allerlei klussen aangenomen, ze begeleidt studenten van de Hogeschool van Amsterdam, ze beoordeelt examenstukken van studenten voor statistiek en ze helpt mee met het ontwikkelen van een nieuwe module voor testtheorie. Maar dat is allemaal nog freelance. Ze wil nu iets voor vast vinden, om het zwarte gat te voorkomen en om weer echt geld te verdienen.

'Statistiekvakken vond ik geweldig, een soort puzzeltjes die je moet oplossen'

Vrachtwagen rijden doet ze niet meer, sinds 2016 haar chauffeursdiploma is verlopen. Tot haar leedwezen. 'Tegenwoordig moet je nascholing doen om het diploma te behouden, dat heb ik niet gedaan: te duur, geen tijd. Jammer, want het is toch prettig om iets achter de hand te hebben.' Daarom richt ze zich volledig op een carrière in het onderzoek en onderwijs.

[ADVERTENTIE]



HET LEVENSATELIER

zoekt een

PSYCHOTHERAPEUT OF KLINISCH PSYCHOLOOG

die met het hart werkt

De functie

betreft het geven van therapie en/of diagnostiek met als doel het opheffen en verwerken van emotionele blokkades of traumatische ervaringen. Ook het regie-behandelaarschap behoort tot de mogelijkheden.

Het Levensatelier

is een GGZ-instelling waar met 15 collega's in een kleurrijke en huiselijke omgeving op professionele wijze therapieën worden verzorgd. Er zijn psychologen, vaktherapeuten, een Kinder- en Jeugdpsychiater en psychotherapeuten werkzaam. Het Levensatelier heeft contracten met alle zorgverzekeraars en veel gemeenten in de regio.

Samenwerkingsvorm

is loondienst of obv zelfstandigheid. Het is ook mogelijk op zaterdag en 's avonds te werken.

VOOR INFORMATIE marius@hetlevensatelier.nl

Het Levensatelier, Burgemeester Wijnenstraat 9, Asten
www.hetlevensatelier.nl tel. 0493670251

CV

Lilian Jans Beken (1969) studeerde cum laude af aan de Open Universiteit binnen de master Levensloopspsychologie. Op 14 maart dit jaar promoveerde ze er op het proefschrift *Appreciating Gratitude: New perspectives on the gratitude-mental health connection*. Haar promotieteam bestond uit prof. dr. Nele Jacobs, prof. dr. Lilian Lechner en dr. Johan Lataster.

EENS PSYCHOLOOG,

MIJ KUN JE OVERAL NEERZETTEN

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:

Jelle Heidstra, ondernemer/uitgever Mobility Media

Ik durf het bijna niet te zeggen, maar ik ben aan de Universiteit van Amsterdam afgestudeerd in de sociale psychologie,' lacht Jelle Heidstra. Vele jaren geleden verruilde hij de psychologie voor de journalistiek en nadat hij vertrokken was, is het vakgebied door de affaire-Stapel in opspraak geraakt. Durft hij dan nog wel te zeggen dat hij van oorsprong psycholoog is? Heidstra: 'Ja hoor, zeker! Met trots!'

Een dramatisch voorval was aanleiding voor zijn studiekeuze. 'Mijn beste vriend kreeg samen met zijn vriendin een ongeluk op mijn fiets. De vriendin heeft een jaar in coma gelegen en is toen overleden.' Door dat ongeluk raakte Heidstra geïnteresseerd in verkeersgedrag. 'Het verkeer is een heel groot sociaal systeem. Als je naar buiten stapt, is alles verkeer en ben jij deelnemer. Ik wilde weten hoe je verkeersgedrag kunt beïnvloeden.'

Hij specialiseerde zich erin en liep stage bij de verkeerspolitie in Amsterdam, waar hij ook zijn eerste baan kreeg. Later ging hij onderzoek doen bij de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid, met de bedoeling te promoveren op het effect van politietoezicht in het verkeer op verschillende gebieden. Een van die onderdelen was snelheid. Het was de tijd dat het hele land werd volgezet met flitspalen. Dat die geld opleveren, was al snel duidelijk. Maar zorgen ze ook voor een betere verkeersveiligheid? Om die veiligheid te kunnen meten, moest de snelheid en

de verkeersintensiteit worden gemeten op het traject waar de flitspaal staat en op parallelle trajecten zonder flitspaal. Er waren zeshonderd 'detectielussen' in de weg gefreesd onder andere voor, bij en na de flitspaal. De informatie zou naar het Openbaar Ministerie (OM) gaan en Heidstra zou de data ook krijgen. De eerste maand kreeg hij geen gegevens, er was iets niet goed gegaan. Na twee maanden kreeg hij nog steeds niets. En na drie maanden evenmin. 'Uiteindelijk kwamen die data nooit,' vertelt Heidstra. 'Ik kreeg het sterke vermoeden dat er iemand was die niet wilde dat ik ze kreeg. Ik had de indruk dat dit bij het Bureau Verkeershandhaving van het OM gebeurde, die jaarlijks via de flitspalen honderden miljoenen binnenbracht.'

Na twee jaar werd Heidstra een beetje depressief van zijn werk. 'Ik ging elke dag naar kantoor met het idee: het wordt weer niks.' Hij vertrok en een collega volgde hem op. Voor zover hij weet, is dat onderzoek nog altijd niet uitgevoerd.

JOURNALISTIEK

Heidstra schreef zich in voor de postdoctorale opleiding Journalistiek aan de

FOTO VLINDERS: SHUTTERSTOCK / PORRET: GOTSPE DESIGN

ALTIJD PSYCHOLOOG...



Erasmus Universiteit, een opleiding met baangarantie bij een van de landelijke kranten. Heidstra kwam terecht bij *De Telegraaf*. 'Dat was niet mijn krant, maar dat gold voor alle studenten op de opleiding en hoewel ik er boos over was, begreep ik het ook wel. Mij kun je eigenlijk overal wel neerzetten.'

Heidstra kreeg een bureau, een telefoon, en een computer en de opdracht om nieuws te gaan maken. 'Dat is moeilijk, maar dat beheersen ze heel goed bij *De Telegraaf*. Ik heb er veel geleerd.' Na zijn stage mocht hij blijven. Het was de tijd van Pim Fortuyn, een interessante tijd voor de journalistiek. Vanaf dat moment was hij journalist en geen psycholoog meer. 'Het journalistieke werk gaat onder je huid zitten.'

Nadat hij vervolgens een periode hoofdredacteur was van een uitgaansmagazine, belandde hij per toeval in de vakbladjournalistiek. 'Ik werkte in Rotterdam en wilde weer in Amsterdam werken. Ik had mijn baan al opgezegd, maar toen kon ik voordelig mijn huurhuis in Amsterdam kopen.'

Daarom moest hij snel een salarisstrookje laten zien en dus accepteerde hij

de functie van hoofdredacteur van *Automotive*, een vakblad voor de autobranche. 'Ik heb helemaal niets met auto's en ging er niet vanuit dat het voor erg lang zou zijn.' Het was een sector met veel pakken en stropdassen, waar hij zich aanvankelijk niet thuis voelde. Nu, elf jaar later, zit hij er nog steeds. 'Ik heb nog altijd niets met auto's, maar de autowereld vind ik interessant. En ook het fenomeen dat veel mensen zeggen niets met auto's te hebben, maar als je een paar goeie vragen stelt, blijkt dat iemand bijvoorbeeld absoluut niet in een Opel of Toyota gezien wil worden. Dat is gek. Een auto is niet veel meer dan vier wielen en een stuur, de rest is marketing. Zo zit je weer heel dicht tegen de sociale psychologie aan.'

GESPREKKEN OVER GELD

Inmiddels is hij door een management buy out ondernemer en uitgever van een aantal autovakbladen geworden.

Het ondernemerschap en leiding geven aan een bedrijf bevalt hem goed. 'Ik wil mezelf altijd verbeteren en ik wil het beste autovakblad maken dat er is.' De saleskant bevalt hem minder. 'Dat voelt soms als je hand ophouden bij potentiële adverteerders.' En veel gesprekken gaan over geld. 'Dat vind ik niet zo interessant, maar het is nodig om de salarissen te kunnen betalen.' Bovendien komt hij soms in lastige dilemma's terecht. 'We moeten de luis in de pels van de branche zijn, aan kritische journalistiek doen en de waarheid schrijven. Maar als we een kritisch stuk schrijven over een grote autofabrikant, kan dat ten koste gaan van de bereidheid te adverteren. Dat staat op gespannen voet met mijn saleswerk.'

Hij voelt zich al lang geen psycholoog meer, maar hij heeft nog altijd profijt van de kennis die hij heeft opgedaan. 'Tijdens mijn studie heb ik geleerd kritisch na te denken. Dat sluit heel mooi aan bij de journalistiek: niet alles geloven wat je leest en wat mensen je vertellen, maar er altijd even achter kijken. Ook onderzoek doen, heb ik in de psychologie geleerd. En kennis van statistiek gebruik ik nog dagelijks, ik herken het als iets gewauwel is. Ik noem mezelf nog wel psycholoog, maar misschien ben ik nog wel meer wetenschapper.'

Los daarvan, wat maakt je tot psycholoog eigenlijk? Hij vraagt het zichzelf hardop af om dan lachend te besluiten: 'Mijn vrouw moppert er wel eens over. Ik ben geen heel goede luisteraar, ik ben extreem rationeel en mijn empathisch vermogen is niet optimaal ontwikkeld. Volgens haar ben ik de slechtste psycholoog ter wereld.'

'Ik heb nog altijd niets met auto's, maar ik vind de autowereld interessant'

Een A&O psycholoog NIP voert coachende gesprekken met een vijftienjarig meisje, de stiefdochter van haar vriendin. De moeder van het meisje weet aanvankelijk van niets. Als zij hoort van de behandeling, dient zij een klacht in. De psycholoog informeert het meisje over de klacht van haar moeder en zegt daarbij dat zij als psycholoog niets verkeers gedaan heeft. Fout, fout, fout, zegt het College van Toezicht en geeft de psycholoog een berisping.

TUCHTRECHT

EEN KLASSIEKER!

Merel en Meesⁱ hebben samen een dochter: Miranda. Als Miranda zes jaar is, gaan haar ouders uit elkaar. In 2014, Miranda is dan veertien, trekt ze in bij haar vader en zijn nieuwe echtgenote. Merel maakt zich zorgen om Miranda en doet een melding bij Jeugdzorg. Die starten een traject dat in februari 2015 beëindigd wordt. In mei van datzelfde jaar wendt Mees zich tot Ariadne, een A&O psycholoog NIP, met de vraag of zij hulp aan Miranda kan bieden. Ariadne is een vriendin van de echtgenote van Mees, de stiefmoeder van Miranda. Ariadne besluit om in te gaan op deze vraag van Mees en start gesprekken met Miranda.

Als moeder Merel ontdekt dat deze gesprekken plaatsvinden, dient zij een klacht in bij het College van Toezicht. Zij verwijt Ariadne drie zaken: 1) Zij is als moeder niet geïnformeerd over deze behandeling en heeft daarom ook geen toestemming kunnen geven; 2) Zij vindt het niet professioneel van Ariadne dat zij een behandeling gestart is met de

stiefdochter van een vriendin, en 3) Zij verwijt Ariadne dat zij Miranda over de klacht heeft geïnformeerd en dat zij daarbij gezegd heeft dat zij, Ariadne, niets verkeers gedaan heeft. Volgens Merel is haar dochter hierdoor nog verder van haar af komen te staan.

ARIADNE'S VERWEER

Ariadne heeft een andere kijk op de feiten. Zij meende dat zij, op basis van een notitie over dit onderwerp, bevoegd was om Miranda in behandeling te nemen op grond van de Wet op de Geneeskundige Behandelings-Overeenkomst (wgbO). Zij had begrepen dat kinderen tussen de twaalf en zestien jaar, die zelf een hulpvraag hebben, zelfstandig

- ii Artikel 7 *Minderjarige cliënt*
Als de cliënt minderjarig is en de leeftijd van 12 jaar nog niet heeft bereikt worden de in de beroepscode aan hem toegekende rechten uitgeoefend door zijn wettelijk vertegenwoordiger(s), tenzij de psycholoog gegronde redenen heeft om aan te nemen dat de belangen van de cliënt ernstig zouden worden geschaad door de betrokkenheid van de wettelijke vertegenwoordiger(s) bij de professionele relatie.
Heeft een cliënt de leeftijd van 12 jaar maar nog niet die van 16 jaar bereikt dan komt de psycholoog de uit de beroepscode voortvloeiende verplichtingen na jegens de cliënt, alsmede jegens diens/de wettelijke vertegenwoordigers.
Heeft de cliënt de leeftijd van 16 jaar bereikt, dan komt de psycholoog de uit de beroepscode voortvloeiende verplichtingen na jegens de cliënt, tenzij deze niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake.

- i Voor alle duidelijkheid: ik baseer me alleen op de gegevens, zoals die te vinden zijn in de uitspraak, die onder nummer 15/34 te vinden is op de website van het NIP. De uitspraak is geanonimiseerd. De door mij gebruikte namen zijn verzonden. Het verslag van de behandeling door dit College is mijn enige bron. Ik heb geen inzage in de door de partijen ingebrachte stukken.

mogen besluiten om hulp te zoeken zonder dat toestemming van de ouders vereist is. Pas toen zij gehoord had dat er een klacht tegen haar was ingediend, heeft zij zich professioneel laten adviseren. Toen kwam zij erachter dat de Beroepscode voor Psychologen voorschrijft dat beide ouders toestemming gevenⁱⁱ.

Verder stelt Ariadne dat zij zich bewust was van haar vriendschap met de stiefmoeder. Daarom heeft zij dit besproken met zowel Mees als Miranda. Daarna heeft zij een professionele afweging gemaakt of zij onder deze omstandigheden een professionele relatie kon aangaan en is zij tot de conclusie gekomen dat zij hiertoe kon besluiten. Zij is zich bewust van haar geheimhoudingsplicht.

In het contact tussen hulpvrager en hulpverlener vindt Ariadne transparantie van groot belang. Daarom informeerde zij Miranda over de klacht van haar moeder, juist ook om haar ter overweging mee te geven of Miranda, gezien de ontstane situatie, de gesprekken wel wilde voortzetten. Het is absoluut nooit haar bedoeling geweest om de relatie tussen Miranda en haar moeder negatief te beïnvloeden.

WAT VINDT HET COLLEGE VAN TOEZICHT?

Het College benadrukt dat Ariadne de toestemming van zowel vader

als moeder had moeten vragen bij een meisje van vijftien jaar. De toestemming van Miranda alleen is niet voldoende. Beide ouders hebben recht op informatie over de behandeling en alles wat daarmee samenhangt. Dit staat duidelijk in de Beroepscode voor Psychologen 2015. En ook de WbGO gaat in beginsel uit van dubbele toestemming in het geval de minderjarige jonger is dan zestien.

Juist in een situatie als die van Mees en Merel, waarbij de kans groot is dat beide ouders niet op één lijn zitten, is het voor de psycholoog van groot belang beide ouders met gezag te informeren. Ariadne heeft tijdens de zitting verklaard op de hoogte te zijn geweest van de gespannen verhoudingen vanwege haar vriendschappelijke contacten met Mees en zijn vrouw.

Ariadne heeft niet alleen gehandeld in strijd met artikel 7, het artikel over de minderjarige cliënt, maar ook met de artikelen 61 (*Toestemming bij aangaan of voortzetten van de professionele relatie*), 62 (*Aangaan en voortzetten van de professionele relatie*) en 63 (*Informatie bij het aangaan en voortzetten van de professionele relatie*).

Naast het ontbreken van de toestemming van de moeder ziet het College nog een andere reden waarom Ariadne had moeten afzien van de behandeling van Miranda.

Juist goede bedoelingen leiden tot onprofessioneel gedrag

Zij had moeten inzien dat, door de vriendschap met de stiefmoeder, zij Miranda in een loyaliteitsconflict kon brengen. Miranda kon zich allicht niet vrij uiten over haar vader en stiefmoeder. Daarom had Ariadne de beslissing niet aan Miranda moeten overlaten. Ariadne's verklaring dat zij onderscheid kan maken tussen de professionele relatie en de vriendschappelijke relatie getuigt van een onjuiste inschatting van de situatie. Het ging er immers om of Miranda dat onderscheid kon maken. Ariadne behandelde Miranda als een volwassene in plaats van een jong meisje dat zich in een conflictsituatie tussen haar ouders bevindt. Hier wreekt zich het feit dat dat Ariadne geen kinder- en jeugdpsycholoog is en doorgaans ook geen kinderen behandelt. Dat had op zich al een reden moeten zijn om niet aan deze klus te beginnen.

Ariadne heeft weliswaar de onverenigbare belangen van de

Een klassieke en regelmatig voorkomende fout vraagt om een klassieke en regelmatig toegepaste oplossing

personen die deel uitmaken van het cliëntsysteem onderkend, zoals artikel 49ⁱⁱⁱ voorschrijft, maar zij heeft zich ten onrechte toch laten verleiden om Miranda in behandeling te nemen. Dit is in strijd met de artikelen 13 (*Deskundigheid*), 39 (*Voorwaarden voor aanvang en voortzetting van de professionele relatie*), 52 (*Vermijden van het vermengen van professionele en niet-professionele rollen*) en 103 (*Grenzen van de eigen deskundigheid*).

Ten slotte is het College ook zeer kritisch over het informeren van Miranda over de klacht van haar moeder. Ook wat dit betreft heeft Ariadne kennelijk geen ervaring met het behandelen van kinderen. Met het beroep op transparantie en het voorleggen aan Miranda van de keus om al of niet door te gaan met de gesprekken, behandelt Ariadne Miranda ten onrechte weer als een volwassene. Ariadne miskent dat het loyaliteitsprobleem voor Miranda hiermee kon worden vergroot. Door te melden dat zij,

Ariadne, niets verkeerd had gedaan, impliceerde zij dat moeder ten onrechte een klacht had ingediend. Daarmee nam Ariadne het risico dat haar opmerking negatieve gevolgen voor de verhouding tussen moeder en dochter kon hebben. Dit is strijdig met artikel 15 (*Zorgvuldig handelen*) van de Beroepscode.

Op alle drie de punten acht het College de klacht van Merel gegrond. Het besloot tot een berisping van Ariadne.

WAT VALT OP?

Het is bepaald niet de eerste keer dat in deze rubriek aandacht wordt gevraagd voor de professionele fout dat bij de behandeling van kinderen niet aan beide ouders om toestemming wordt gevraagd. Het is blijkbaar een klassieke fout. In 1991 beschreven Maarten van den Dungen en Wim van Velzen^{iv} onder de titel *Ethisch handelen in een driehoeksverhouding* een casus die samengesteld was uit twintig reëel gebeurde situaties: *De anatomie van ethisch faalgedrag*. Waarom maken psychologen deze fout? Over bedoelingen en intenties valt zelden iets te lezen in de verslagen,

maar Van den Dungen en Van Velzen opperen twee verklaringen:

- men is op enigerlei wijze te intens bewogen met de situatie waarin de hulpvragende zich bevindt, bijvoorbeeld: men identificeert zich met 'het arme slachtoffer';
- men koestert een verregaande sympathie voor het standpunt dat wordt verdedigd; een voorbeeld is het cliché 'kinderen horen bij de moeder'.

Nu is dit laatste niet aan de orde in deze casus, maar het is niet zo moeilijk voorstelbaar dat Ariadne zich juist door het vriendschappelijk contact met haar vriendin heeft laten verleiden om gesprekken met Miranda te starten. Als dit zo is dan zien we dat juist goede bedoelingen leiden tot onprofessioneel gedrag en in dit geval tot broddelwerk in de behandeling van Miranda. De cliënt is zo de dupe.

Een klassieke en regelmatig voorkomende fout vraagt ook om een klassieke en regelmatig toegepaste oplossing: onderwijs en intervisie. Wie de schoen past ...

Henk Geertsema is gezondheidszorgpsycholoog en voorzitter van de Board of Ethics van de EFPA.
E-mail: H.Geertsema@VUmc.nl.

iii Artikel 49 *Onderkennen van onverenigbare belangen*
Psychologen onderkennen de moeilijkheden die kunnen ontstaan doordat de cliënt, opdrachtgever en personen, die deel uitmaken van een cliëntsysteem onverenigbare belangen kunnen hebben. In een zo vroeg mogelijk stadium expliciteert hij zijn positiekeuze daarbij aan alle betrokkenen.

iv Dungen, M. van & Velzen, W. van (1991). *Ethisch handelen in een driehoeksverhouding*. *De Psycholoog*, 26, 147-148.

VRAAG & AANBOD

DE PSYCHOLOOG / APRIL 2018 59

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

VACATURES

Gz-psycholoog
ERMELO



VACATURES

Gedragswetenschapper
EINDHOVEN



VACATURES

GZ-Psycholoog Kind en Jeugd
NIJKERK



Klinisch psycholoog /
Gezondheidszorgpsycholoog
SNEEK - EMMELOORD



Gz-psychologen
IN HEEL NEDERLAND



Gz psycholoog / psychotherapeut
HARDERWIJK



GZ psycholoog kinder- &
jeugdpsychiatrie
ALMERE



Klinisch (neuro)psycholoog of
ervaren GZ psycholoog
ZEEUWS-VLAANDEREN



Max Ernst zoekt GZ-psychologen
ALMERE, ARNHEM, EDE, EINDHOVEN,
HENGLO, ROTTERDAM, VENLO EN
ZWOLLE



VRAAG & AANBOD

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

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

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

ADVERTEREN IN VRAAG & AANBOD?

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

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



dokter
bosman
psychologie van nu

Wij zoeken jou!

Wij zijn Dokter Bosman.

Mensen echt verder helpen in hun leven met een persoonlijke aanpak. Dat was de reden waarom wij gestart zijn met Dokter Bosman.

Wij willen onze teams versterken met behandelaren met passie voor hun vak, die staan voor een persoonlijke aanpak. Medewerkers die tegen een stootje kunnen. Die in staat zijn anders te denken, anders te doen en mee willen ontwikkelen in een dynamische organisatie.

Eigenheid en authenticiteit, dat is ook Dokter Bosman. Je persoonlijkheid is minstens zo belangrijk als je CV en BIG-registratie.

Wil jij werken in een niet standaard GGZ omgeving?

Wij zoeken gedreven kandidaten voor de functie van:

- GZ-psycholoog
- Psychiater
- Klinisch psycholoog
- (Kinder)arts