DE PSYCHOLOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN
JAARGANG 53 • NR 7-8 • JULI-AUGUSTUS 2018

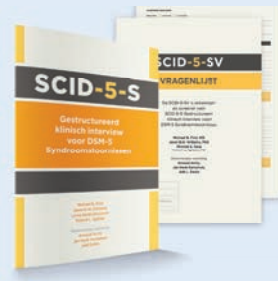
OMGAAN MET VERANDERINGEN OP DE ARBEIDSMARKT: ONDERZOEK NAAR PSYCHOLOGISCHE MECHANISMEN VAN INVLOED OP WERKASPECTEN • DE SELF-REPORT SYMPTOM INVENTORY (SRSI): EEN INSTRUMENT VOOR KLACHTENOVERDRIJVING • FORUM: BESPREEK BIJ SOMATISCHE AANDOENINGEN OOK PSYCHISCHE FACTOREN • INSPIRATIE: MAAIKE VAN MIN • VERHALEN UIT DE ZORG: SCHRIJFSTER PAULINE SLOT OVER NARRATIVE CARE

IN SPE **ELSE TREFFERS**

Boeken, tests en vragenlijsten voor psychologie & psychiatrie professionals

Verkorte Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst

De VNPV is een verkorte versie van de persoonlijkheidstest NPV-2-R en meet in 10 minuten dezelfde 7 persoonlijkheids-eigenschappen, met grote voorspellende waarde.



SCID-5-S Vragenlijst

Met deze handige zelfrapportage-vragenlijst bespaart u tijd bij het afnemen van de SCID-5-S.

Benieuwd naar deze en andere tests, boeken en vragenlijsten? Meer informatie via:

www.boompsychologie.nl/actie

Boom psychologie & psychiatrie

7 kwaliteiten palet

Training & Opleiding
De psychologie van het lichaam

1E Module: **6-daagse Masterclass Lichaamswijsheid herkennen en toepassen**

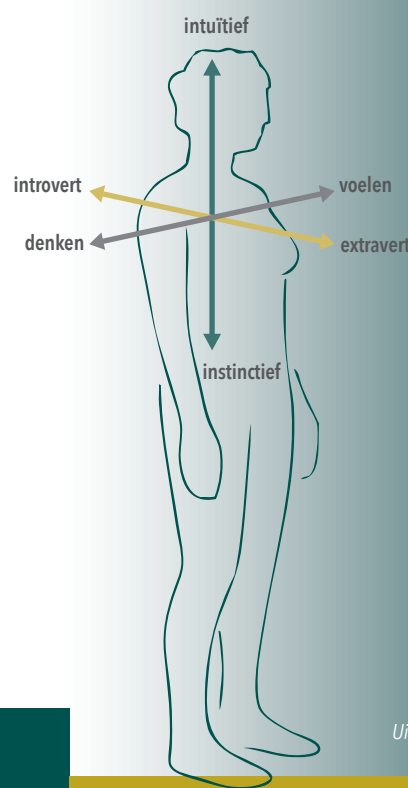
Accreditaties: ELP, LWP, A&O/A&G, NOBCO

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

2E Module: **6-daagse Masterclass 7-kwaliteitenpalet©**

3E Module: **6-daagse Masterclass BodyMindScan©**



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"

Introductieworkshop Lichaamsdiagnostiek
12 september 2018 van 19.00 - 21.30 uur

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

Informatie info@depsychologievanhetlichaam.nl
www.depsychologievanhetlichaam.nl

INHOUD

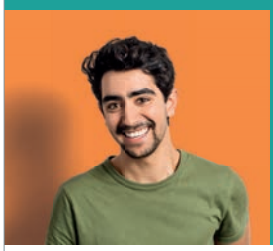
10 **OMGAAN MET VERANDERINGEN OP DE ARBEIDSMARKT** – Hoe gaan werknemers om met de snel veranderende arbeidsmarkt? Wat maakt dat sommige werknemers zich moeiteloos aanpassen terwijl dit anderen meer moeite kost? Monique Leenders deed onderzoek naar verschillende psychologische mechanismen die een rol kunnen spelen in hoe werknemers omgaan met deze veranderingen.

32 **DE SELF-REPORT SYMPTOM INVENTORY (SRSI)** – Harald Merckelbach en collega's beschrijven een nieuw instrument voor het opsporen van klachtenoverdrijving: de Self-Report Symptom Inventory, een alternatief voor de Structured Inventory of Malingered Symptomatology. Merckelbach c.s. beschrijven eigen onderzoek naar dit instrument en concluderen dat de SRSI kan helpen om klachtenoverdrijving op de radar te krijgen.

44 **FORUM: BESPREEK BIJ SOMATISCHE AANDOENINGEN OOK PSYCHISCHE FACTOREN** – In Nederland krijgen veel patiënten van huisartsen de diagnose SOLK: somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. 'Een aanzienlijk deel van deze patiënten staat weinig open voor de reële mogelijkheid dat hun lijden mede een psychische en gedragsmatige oorzaak kent,' betoogt Godfried Westen.

JOIN US
@ team growwork

255
collega's



Gezocht:
GZ-Psychologen

58
opdrachtgevers

1
team

GrowWork biedt GZ-Psychologen aantrekkelijke opdrachten in de basis- en specialistische GGZ en in de forensische sector. Jij mag kiezen. Bij ons krijg je een uitstekend salaris, een leaseauto én een eigen opleidingsbudget. Bovendien maak je deel uit van Team GrowWork, een groep professionals die samen werken, leren, groeien en ontspannen. Kies voor jezelf binnen een team. **Join Team GrowWork!**

Bekijk al onze vacatures op
growwork.nl of bel 088 33 02 300

growwork
de zorgversterkers

---

ggz centraal

"RUIM BAAN VOOR JOU ALS GEZONDHEIDSZORG PSYCHOLOOG IN FLEVOLAND"

Kijk voor meer informatie op
www.werkenbijggzcentraal.nl
en klik rechts bovenaan op 'gz psychologen'

RINO • amsterdam
opleiding en inspiratie voor professionals in de GGZ

De Raad van Toezicht van **RINO** amsterdam roept kandidaten op te solliciteren naar de functie:

directeur/bestuurder m/v
voor 36 uur per week, vanaf januari 2019

Meer informatie over de vacature en de sollicitatieprocedure vindt u op:

www.rino.nl/directeur

www.rino.nl

INHOUD

RUBRIEKEN

Redactioneel

6 NIEUWS
9 COLUMN: Harold Bekkering
20 ACHTERGROND: Verhalen uit de zorg. Schrijfster Pauline Slot over narrative care
26 IN SPE: Else Treffers
29 BOEKEN & MEDIA
42 INSPIRATIE: Maaike van Min
48 TUCHTRECHT: Verklaringen opstellen voor een cliënt?
56 EENS PSYCHOLOOG, ALTIJD PSYCHOLOOG...: Iris Dijkstra

CV

Veel studenten psychologie zijn tegenwoordig heel bewust bezig met het opbouwen van een mooi cv, zegt *covergirl* Else Treffers in een prikkelende aflevering van de rubriek Junior. Op haar eigen cv staan inmiddels een aantal opmerkelijke palmares. Zo is Treffers onlangs gekozen in de nieuwe ledenraad van het NIP. Als NIP-lid vind ik dat ze daar een uitstekende motivatie voor heeft: circa een kwart van de leden van deze beroepsvereniging bestaat immers uit studenten, die moeten goed gehoord en vertegenwoordigd worden.

Een ander wapenfeit op haar cv is dat Treffers betrokken is bij een pilot over psychologie als vak op de middelbare school. Vorig jaar december organiseerden het Amsterdamse Hyperion Lyceum, het NIP en Uitgeverij Ploegsma over dat onderwerp een debatmiddag. Ik herinner me dat ik de aankondiging daarvan nogal absoluut vond. Bij voorbaat werd verondersteld dat lessen in psychologie goed zouden zijn voor middelbare scholieren omdat ze zichzelf beter zouden leren kennen. Empirisch is dat natuurlijk maar de vraag. Is de maatschappij beter geworden na de introductie van het vak maatschappijleer? Zijn we als mensheid meer gaan leren van de geschiedenis door het vak geschiedenis? Moet psychologie op het vwo of juist ook op het vmbo worden gedoceerd? En wat precies moeten scholieren leren over psychologie? Welke psychologen en welke onderwerpen worden wel en niet behandeld? En wie bepaalt dat? Zo kan ik me voorstellen dat een les consumentenpsychologie te vroeg komt, maar een les over de gevolgen van pesten op de lange termijn en een les over verslavingen en diverse vormen van psychopathologie weer heel nuttig kunnen zijn. In elk geval leert de ervaring dat universiteitsstudenten die aan psychologie beginnen met als motivatie zichzelf te leren kennen, vaak snel afhaken. Dan blijkt de studie plots veel exacter te zijn en veel meer statistiek te bevatten dan vooraf verwacht.

Niettemin: de vraag of psychologie een verplicht middelbaar schoolvak moet worden, is interessant. Wat ik zelf van de studie onder meer heb meegekregen: eerst zien, dan geloven. Een (promotie-)onderzoek naar de eventuele meerwaarde van psychologie op de middelbare school zou ik dan ook zeer toejuichen. En ik hoef Treffers vast niet uit te leggen dat een mooie empirische publicatie daarover in *De Psycholoog* prachtig zal staan op haar cv.

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

COLOFON

De Psycholoog is het maandblad van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). *De Psycholoog* verschijnt elke eerste week van de maand (behalve in augustus) in een oplage van 12.600 exemplaren. **Redactie**: Vittorio Busato (hoofdredacteur), Jeroen van Goor (redacteur) en Geertje Kindermans (schrijvend redacteur), e-mail: redactie@psynip.nl. ISSN: 0033-3115. **Redactieraad**: Marrie Bekker, Sonja Borgsteede, 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: NL81INGB0000378802, SWIFT code: INGBNL2A. www.psynip.nl, e-mail: info@psynip.nl.

Coverfoto: Stijn Rademaker
Wilt u reageren op een artikel of een discussie starten naar aanleiding ervan, surf dan naar Linkedin: http://alturl.com/wz95u of op Twitter (@RedactieDP).

DE PSY-CHO-LOOG

NIEUWS WETEN

OOK ERVAREN RECRUITERS HEBBEN ER LAST VAN

VOOROORDELEN BIJ SOLLICITATIES

Dat vooroordelen recruiters parten spelen, is al jaren bekend. Ook een Zweedse studie wijst dit weer uit. Allochtone sollicitanten kunnen meer vragen verwachten of ze bij de groep passen, autochtone of ze geschikt zijn voor de baan.

Wie Kees of Marjan heet, wordt eerder aangenomen dan wie Abdul of Samira heet. Dat hebben onderzoekers al lang geleden aangetoond. Een Zweedse studie laat zien dat ook professionele recruiters, met gemiddeld elf jaar ervaring, last hebben van vooroordelen. Moeten zij een sollicitatiegesprek voorbereiden, dan stellen ze andere vragen op voor Mahmud Khabati en Ali Husseini dan voor Carl Persson en Henrik Ask. Mahmud en Ali kunnen meer vragen verwachten over hun culturele achtergrond ('culture fit') en hun vermogen om in groepen te werken ('group fit'). Van Carl en Henrik willen de recruiters vooral weten in hoeverre ze geschikt zijn voor de betreffende baan ('job fit').

Uit vervolgexperimenten met andere groepen recruiters blijkt dat deze de voorgestelde group- en culture-fitvragen minder relevant vinden dan de job-fitvragen. De oplossing? Nog voordat je een sollicitatieprocedure start bedenken aan welke eisen een kandidaat moet voldoen, en vervolgens alle vragen uitschrijven die je de kandidaten wilt stellen. Zo voorkom je als recruiter dat je afdwaalt naar zaken die er voor de betreffende baan helemaal niet toe doen. (ID)

Bron: Wolgast, S., Björklund, F. & Bäckström, M. (2018), Applicant ethnicity affects which questions are asked in a job interview. *Journal of Personnel Psychology*, 17, 66-74. https://doi.org/10.1027/1866-5888/a000197.

WAAKZAAMHEID INZITTENDE GEBODEN

ZELFRIJDENDE AUTO'S SLAAPVERWEKKEND

Wie denkt dat hij een powernap kan nemen terwijl zijn auto hem naar kantoor rijdt, heeft het mis. Waakzaamheid blijft geboden. En dat is nou net het probleem als je je auto het werk laat doen.

Tien jaar geleden leek het nog sciencefiction: dat je je auto zichzelf kon laten besturen. Intussen is de zelfrijdende auto een feit. Maar de eerste doden ermee zijn al gevallen. Ze laten zien dat je echt niet rustig je krantje kunt lezen terwijl je auto over de snelweg raast. Mocht er opeens een donderbui losbarsten bijvoorbeeld, dan moet je snel kunnen ingrijpen. Zelfrijdende auto's kunnen namelijk (nog) niet met lastige weers- en verkeersomstandigheden uit de voeten.

Het probleem is alleen dat mensen in een zelfrijdende auto sneller slaperig worden. Dat blijkt uit experimenten van een groep Duitse psychologen. Zij lieten zestig uitgeruste proefpersonen in een simulator hetzij zelf een auto besturen, hetzij niks doen terwijl de auto het werk deed. De laatste groep raakte na zo'n vijfendertig minuten behoorlijk vermoeid. Bij degenen die zelf hadden mogen rijden, was na een uur nog nauwelijks een spoor van vermoeidheid te bespeuren.

Zijn mensen al moe voordat ze de auto (simulator) instappen, dan zie je eenzelfde verschil. Mensen die de nacht ervóór vijf uur of minder hebben geslapen en de auto laten rijden, zijn na twintig minuten al bekaf. Bij degenen die weinig slaap hadden gehad maar zélf mochten sturen, trad eenzelfde niveau van vermoeidheid pas na vijfenveertig tot vijftig minuten in.

De psychologen bouwen met hun onderzoek voort op eerdere studies naar verveling en monotonie. Wie alleen maar uit het raam hoeft te staren zonder zelf actief te zijn, wordt te weinig geprikkeld, stellen ze, en dat leidt tot vermoeidheid. Toch handig om te weten voor wie een zelfrijdende auto wil aanschaffen. (ID)

Bron: Vogelpohl, T. et al. (2018). Asleep at the automated wheel—Sleepiness and fatigue during highly automated driving. *Accident Analysis & Prevention*. doi:10.1016/j.aap.2018.03.013

SCHAP

NIEUWE PRIVACYWETGEVING AVG

COMMUNICATIE IN HERSENEN NIET ALTIJD EVEN EFFECTIEF

HET BREIN VAN PSYCHOPATEN

Dat de hersenen van psychopaten anders werken dan die van niet-psychopaten, was al bekend. Recent onderzoek laat zien dat de communicatie in het brein bij deze mensen soms efficiënter, en soms juist minder efficiënt verloopt. Goed om te weten als je een behandeling start.

Psychopaten zijn mensen met problemen op het interpersoonlijke en affectieve vlak. Ze kennen bijvoorbeeld weinig empathie en vinden het geen bezwaar om anderen te belazeren. Maar ze hebben ook antisociale en impulsieve neigingen. Zo worden ze gauw agressief en gewelddadig, en laten ze vaak delinquent gedrag zien.

Eerder onderzoek had al uitgewezen dat de hersenen van psychopaten anders werken. Maar hoe de communicatie binnen de hersenen verloopt, was nog niet bekend.

Daarom onderwierp een groep psychologen 158 proefpersonen uit de algemene bevolking aan een EEG. Gekeken werd naar de mate van neurale activiteit wanneer de proefpersonen zich in een rusttoestand bevonden. Bij de affectieve en interpersoonlijke kenmerken van psychopathie bleek de communicatie in het brein niet zo efficiënt te verlopen. Bij de antisociale en impulsieve eigenschappen verliep de neurale communicatie juist efficiënter dan normaliter. Die efficiëntere communicatie lijkt trouwens ook een nadeel te hebben. De hersenen raken namelijk eerder overbelast.

De auteurs concluderen dat kenmerken van psychopathie ook in de algemene bevolking voorkomen, en dat deze eigenschappen in de hersenen een verschillend patroon van communicatie laten zien. Daarnaast stellen ze dat het belangrijk is onderscheid te maken tussen de verschillende kenmerken van een psychopathische persoonlijkheid, aangezien zij in het brein verschillend werken. Alleen zó kun je crimineel, agressief en gewelddadig gedrag goed behandelen. (ID)

Bron: Tillem, S. et al. (2018). Psychopathic traits are differentially associated with efficiency of neural communication. *Psychophysiology*, 26 April 2018 (online version), https://doi.org/10.1111/psyp.13194.

NIEUWS
PROMOTIES

MACHTSSTRIJD IN TEAMS

Machtsstrijd in teams kan schadelijk zijn voor een organisatie. Promotieonderzoek van Lisanne van Bunderen laat zien dat machtsstrijd kan uitbreken wanneer een team een bedreiging of onzekerheid ervaart en individualistisch van aard is. Een manier om machtsstrijd te voorkomen, is door teams te creëren die niet hiërarchisch zijn. Van Bunderen vond onder meer dat er meer machtsstrijd was binnen hiërarchische teams die in conflict waren met een ander team. Hun interne machtsstrijd beïnvloedde ook de resultaten van hun teamtaak. De resultaten werden later bevestigd in een enquête gehouden onder het personeel van een Nederlandse ziektekostenverzekeraar.

Lisanne van Bunderen, Tug of war: why and when teams get embroiled in power struggles. 12 april 2018, Erasmus University Rotterdam. Promotores: prof. dr. D. van Knippenberg, prof. dr. L.L. Greer

DEUGDELIJK FINANCIEEL BESLISSEN

Marco Meyer onderzocht in welke mate persoonlijke kenmerken economische besluitvorming beïnvloeden. Hij ontwikkelde een instrument dat vijf intellectuele deugden meet: liefde voor kennis; openheid in het verzamelen van informatie; het nauwkeurig verwerken van informatie; bedachtzaamheid in het ontwikkelen van opvattingen; en intellectuele moed. Met behulp van die *Intellectual Virtue Scale* bestudeerde Meyer de mate waarin leden van een representatief huishoudpanel intellectuele deugden tonen. Personen die hoger scoren op zijn schaal en financieel geletterder zijn, nemen beter doordachte financiële besluiten. Tevens zijn zij zelfbewuster over hun financiële kennis en meer geneigd verschillende financiële adviseurs te vergelijken.

Marco Meyer, Economic consequences of personality, knowledge, and intellectual virtues. 17 mei 2018, Rijksuniversiteit Groningen. Promotores: prof. dr. B.P. de Bruin, prof. dr. C.L.M. Hermes, dr. M.M. Kramer

EEN GEHEUGENTRAINING VOOR OUDEREN

Geheugenklachten vallen onder de meest voorkomende klachten bij ouderen. Nikita Frankenmolen onderzocht het effect van een geheugentraining voor ouderen met zulke klachten. In deze training kregen de deelnemers geheugenstrategieën, zoals het gebruik van hulpmiddelen (bijvoorbeeld een agenda), ezelsbruggetjes en je goed concentreren, aangeleerd om toe te passen in het dagelijks leven. Dit werd vergeleken met een vorm van breintraining, waarin deelnemers alleen geheugentaken oefenden, maar geen strategieën aangeleerd kregen. Ouderen blijken meer te profiteren van strategietraining dan van brain training, met name in het dagelijks leven. Tot zes maanden na de strategietraining liet driekwart van de deelnemers een betekenisvolle vooruitgang zien in het functioneren in het dagelijks leven. Deze training draagt daarmee bij aan een betere behandeling van geheugenklachten bij oudere.

Nikita Frankenmolen, *Don't forget to grow old. Memory strategies in aging.* 25 juni 2018, Radboud Universiteit Nijmegen. Promotores: prof. dr. R.P.C. Kessels, prof. dr. L. Fasotti, dr. J.M. Oosterman

Mia Scheffers, *Body experience in patients with mental disorders*. Rijksuniversiteit Groningen, 30 mei 2018. Promotores: prof. dr. R.A. Schoevers, dr. J.T. van Busschbach, dr. M.A.J. van Duin

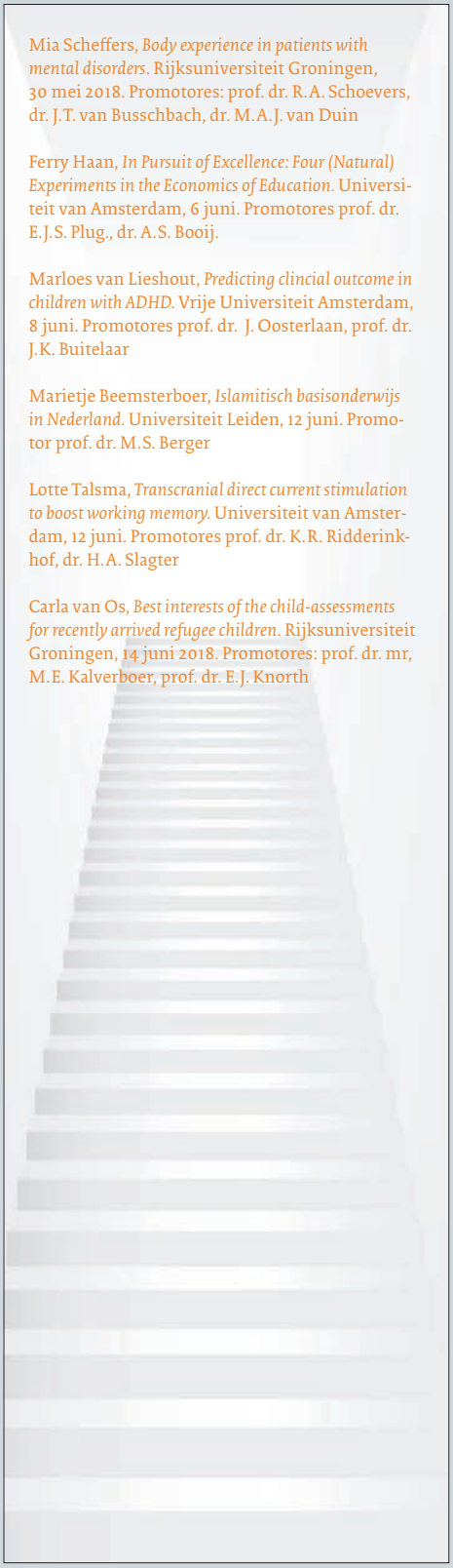
Ferry Haan, *In Pursuit of Excellence: Four (Natural) Experiments in the Economics of Education*. Universiteit van Amsterdam, 6 juni. Promotores prof. dr. E.J.S. Plug., dr. A.S. Booij.

Marloes van Lieshout, *Predicting clincial outcome in children with ADHD*. Vrije Universiteit Amsterdam, 8 juni. Promotores prof. dr. J. Oosterlaan, prof. dr. J.K. Buitelaar

Marietje Beemsterboer, *Islamitisch basisonderwijs in Nederland*. Universiteit Leiden, 12 juni. Promotor prof. dr. M.S. Berger

Lotte Talsma, *Transcranial direct current stimulation to boost working memory*. Universiteit van Amsterdam, 12 juni. Promotores prof. dr. K.R. Ridderinkhof, dr. H.A. Slagter

Carla van Os, *Best interests of the child-assessments for recently arrived refugee children*. Rijksuniversiteit Groningen, 14 juni 2018. Promotores: prof. dr. mr, M.E. Kalverboer, prof. dr. E.J. Knorth



COLUMN

SPIDER-MAN

Heeft u ook ademloos gekeken hoe Spider-Man Mamoudou Gassama het jongetje redde dat aan een balkonrand bungelde in Parijs? Het filmpje fascineerde me mateloos en riep vele vragen op. Hoe kan dat jongetje daar hangen? Hoe is het mogelijk dat dit kereltje het zo lang volhoudt? Maar bovenal: hoe kan het dat alleen deze man in actie kwam, terwijl velen toekeken en niets deden? Waarom deed die man aan de andere kant van het balkon niet meer?

De diepere vraag die mij interesseert is: waarom zijn we überhaupt aardig tegen elkaar? Meer wetenschappelijk gesteld: hoe komt pro-sociaal gedrag tot stand? Is individueel pro-sociaal gedrag een reëel verschijnsel, of meer iets voor mooie verhalen over heiligen en helden?

Uit onderzoek blijkt dat er structurele breinverschillen zijn tussen mensen. Altruïstische mensen – mensen die in deze studie waren geselecteerd als diegenen die een nier hadden afgestaan om het leven van een willekeurige persoon te redden – hadden grotere volumes in emotionele breingebieden, de amygdala voor de kenners onder ons, dan mensen uit de controlegroep die de nieren lekker voor zichzelf hadden gehouden. Precies het tegenovergestelde is gevonden bij psychopaten, zij hebben juist een kleinere amygdala. Deze groep is zonder meer slecht in het herkennen van emoties op gezichten, en dat is wel zo makkelijk als je iemand pijn gaat doen. Maar ja, het gaat hier om correlaties. Misschien is het breingebied juist wel groter of kleiner geworden door de eerder vertoonde sociale of antisociale gedragingen.

Een van de grondleggers van de economische wetenschappen, professor Edgeworth (1845-1926) uit Oxford zou zeggen dat pro-sociaal gedrag net als elk ander gedrag voortkomt uit zelfinteresse. 'The first principle of economics is that every agent is actuated only by self-interest.' Maar hoe kan dit het heldhaftige gedrag van Mamoudou verklaren, hoor ik u denken. Een antwoord kan zijn dat zelfinteresse veel breder is dan direct persoonlijk gewin. Mensen kunnen bijvoorbeeld persoonlijk waarde beleven aan het tegemoetkkomen in andermans behoeftes, altruïsme dus.

Sommige mensen lijken wel heel inlevend te zijn. Zo had ik eens een vriend die mij altijd alles vergaf, wat ik ook fout deed. Ik kwam veel te laat om hem op te pikken voor een feestje, het maakte hem niet uit, hij had fijn tv gekeken. Ik vergat onze eetafspraak, hij had mijn deel lekker de dag erna voor zichzelf opgewarmd. Hij had een leuke vriendin die van dansen hield, maar hij vond dat ze beter samen met mij danste dan met hem. Een onhandige beslissing, zo bleek al snel. Onze vriendschap hield niet lang stand. Mijn schuldgevoel dat ik altijd bij hem in het krijt stond, was te groot om mee om te gaan.

Gelukkig gebeurde met Mamoudou uit Mali wat we allemaal hoopten. Hij krijgt nu de Franse nationaliteit en ook een baan bij de brandweer. Naast het redden van dit jongetje heeft Mamoudou misschien wel iets nog veel groters teweeggebracht. We weten nu allemaal dat heldhaftig gedrag loont.

Hoe dan ook, of u nu een held bent uit altruïsme of uit zelfinteresse, mijn bewondering heeft u.

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

Wat maakt dat sommige werknemers zich moeiteloos lijken aan te passen aan de veranderende arbeidsmarkt terwijl dit anderen meer moeite lijkt te kosten? Monique Leenders *deed onderzoek naar verschillende psychologische mechanismen die een rol kunnen spelen in hoe werknemers omgaan met deze veranderingen. 'Het uiteindelijke doel is om interventies te ontwikkelen die kunnen bijdragen aan hoe werkgevers en werknemers het beste kunnen omgaan met de eisen die het werk tegenwoordig aan eenieder stelt.'*

ONDERZOEK NAAR PSYCHOLOGISCHE MECHANISMEN VAN INVLOED OP WERKASPECTEN

OMGAAN MET VERANDERINGEN OP DE ARBEIDS-MARKT

De arbeidsmarkt is de laatste decennia sterk aan veranderingen onderhevig. Was er in 2008 de economische crisis die wereldwijd enorme gevolgen voor veel organisaties heeft gehad, op dit moment bevinden we ons in Nederland in een tijd van economische groei. In verschillende sectoren begint het tekort aan arbeidskrachten zich al af te tekenen. Toch lijkt er op de arbeidsmarkt iets substantieels veranderd. Voorheen gingen werkgevers en werknemers langdurige werkrelaties aan met elkaar. Door de globalisering en de vele (politieke) ontwikkelingen is er tegenwoordig eerder sprake van baanonzekerheid dan baanzekerheid.

Met de invoering van de Wet Werk en Zekerheid op 1 juni 2015 heeft de overheid geprobeerd meer werkzekerheid te creëren. De wet had echter een tegengesteld effect. In plaats van dat werknemers na twee jaar tijdelijke contracten een vast dienstverband werd aanboden, kozen veel werkgevers er juist voor contracten niet te verlengen. Het huidige kabinet heeft er dan ook voor gekozen een aantal van deze maatregelen terug te draaien. Niettemin is er een duidelijke tendens zichtbaar dat werknemers vaker dan voorheen moeten solliciteren om werk te vinden.

Een andere ontwikkeling op de arbeidsmarkt zijn de maatregelen van de Nederlandse overheid om regelingen die vervroegd pensioen mogelijk maakten terug te dringen. Om pensioenen in de toekomst betaalbaar te houden, is besloten de pensioengerechtigde leeftijd gaandeweg te verhogen en veel financieel gunstige regelingen om vervroegd met pensioen te kunnen gaan in te perken. De pensioenleeftijd stijgt geleidelijk van 65 tot 67 jaar in 2023. Deze wijzigingen leiden ertoe dat de gemiddelde leeftijd van werknemers toeneemt en dat men, al dan niet noodgedwongen, langer in het arbeidsproces (moet) blijven. Langer doorwerken valt echter niet altijd mee zoals uit recent onderzoek van het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut blijkt. Oudere werknemers, werkzaam in zware beroepen, geven aan moeite te hebben met de lichamelijke en geestelijke belasting op het werk (Henkens et al., 2016).

Een andere verandering op de arbeidsmarkt was dat ten tijde van de economische crisis veel werknemers als gevolg

van reorganisaties of bedrijfssluitingen hun baan verloren en daardoor op zoek moesten naar ander werk. Onder hen bevonden zich veel oudere werknemers die nooit of al heel lang geleden voor het laatst gesolliciteerd hadden. Solliciteren is voor veel mensen echter een moeilijk proces. Om hierin succesvol te kunnen zijn en het proces goed te doorlopen, wordt van hen verwacht dat zij over bepaalde kennis en vaardigheden bezitten. Men moet bijvoorbeeld een goede brief kunnen schrijven of zichzelf kunnen verkopen bij een potentieel nieuwe werkgever. In de praktijk blijkt echter dat niet iedereen over deze kennis en vaardigheden beschikt. Mogelijk verklaart dit dat uitstelgedrag als psychologisch fenomeen zichtbaar wordt bij werknemers in een outplacementsituatie (Leenders & Sanders, 2014).

Ten slotte is er op de arbeidsmarkt in Nederland een ontwikkeling zichtbaar die reden baart tot zorg aangezien een toenemend aantal werknemers psychisch-gerelateerde klachten ervaart op het werk. Volgens gegevens van het CBS (2015) had in 2014 ruim 14% van de beroepsbevolking burn-outklachten. Er wordt kennelijk veel gevraagd van werknemers om goed om te kunnen gaan met de veranderingen op het werk.

Solliciteren is voor veel mensen een moeilijk proces

Een vraag die zich daarbij opdringt is: hoe komt het dat er werknemers zijn die zich moeiteloos lijken aan te passen aan deze veranderingen terwijl anderen zich met moeite staande kunnen houden? Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is in een viertal studies vanuit verschillende perspectieven onderzoek gedaan naar psychologische mechanismen die daarbij een rol zouden kunnen spelen. In twee onderzoeken is gekeken naar invloeden vanuit de vroege jeugd en de wijze waarop mensen in een latere levensfase in het werk staan (Leenders, Buunk & Henkens, 2017; Leenders, Buunk & Henkens, 2018). In een derde studie is onderzocht welke factoren samenhangen met uitstelgedrag in een outplacementsituatie en of dit gedrag samenhangt met het wel of niet vinden van een andere baan (Leenders & Sanders, 2014). Ten slotte is er onderzoek gedaan naar burn-outklachten bij oudere werknemers (> 50 jaar) en of deze samenhangen met de intentie met pensioen te willen gaan (Leenders & Henkens, 2010).

HECHTINGSSTIJLEN

Organisaties worden steeds complexer. Mede hierdoor wordt er een groter beroep gedaan op de interpersoonlijke vaardigheden van werknemers. In wetenschappelijk onderzoek komt er meer aandacht voor de mogelijke invloeden tussen iemands hechtingsstijl en werkgerelateerde aspecten vanwege de interpersoonlijke dimensie ervan. De toenemende aandacht hiervoor binnen wetenschappelijk onderzoek is uitgangspunt geweest voor een studie naar de relatie tussen hechtingsstijlen en sollicitatie-zoekgedrag bij werknemers in een outplacementsituatie.

Wat zijn hechtingsstijlen precies? De hechtingstheorie is ontwikkeld door Bowlby (1969/1982). Volgens hem ontstaat een hechtingsrelatie op jonge leeftijd tussen de primaire verzorger, doorgaans de ouder(s), en het kind. Bowlby maakt onderscheid tussen een veilige en een onveilige hechtingsstijl. Een veilige hechtingsstijl leidt over het algemeen tot een stabiele interactie met anderen, terwijl daar bij een onveilige hechting minder sprake van is. Zowel een vermijdende als angstige hechtingsstijl worden gezien als een onveilige hechtingsstijl. Mensen met een vermijdende hechtingsstijl zijn geneigd emotioneel afstand te houden tot anderen, terwijl angstig gehechte mensen een sterke angst ervaren om in de interactie met anderen te worden afgewezen. Angstig gehechte mensen hebben daarnaast een verlangen naar verbondenheid en bescherming. Van veilig gehechte mensen is bekend dat zij de wereld om zich heen durven te exploreren en met vertrouwen tegemoet treden, terwijl vermijdende en angstig gehechte mensen meer moeite hebben om nieuwe situaties te onderzoeken.

Het solliciteren naar een nieuwe baan kan door veel mensen gezien worden als een nieuwe situatie die om nieuw gedrag vraagt. Hechtingsstijlen kunnen daarom mogelijk van invloed zijn op het vinden van een andere baan.

STUDIE 1: HECHTINGSSTIJLEN EN SOLLICITATIEZOEKGEDRAG

In de eerste studie werd onderzoek gedaan naar het verband tussen een vermijdende en een angstige hechtingsstijl en sollicitatie-zoekvariabelen bij 180 werknemers uit één en dezelfde organisatie die hun baan hadden verloren als gevolg van een reorganisatie en deels sluiting van het bedrijf (Leenders, Buunk & Henkens, 2018). De sollicitatie-zoekvariabelen waren: 1) de intentie naar werk te zoeken (*job search intention*), 2) de overtuiging het sollicitatieproces goed te kunnen doorlopen (*job search self-efficacy*), 3) het vertrouwen in de eigen sollicitatievaardigheden (*job search self-esteem*), en

4) de houding ten opzichte van het solliciteren (*job search attitude*). De verwachting was dat zowel een angstige als een vermijdende hechtingsstijl van invloed zouden zijn op verschillende sollicitatie-zoekvariabelen, gebaseerd op de veronderstelling dat mensen met een onveilige hechtingsstijl minder open staan voor nieuwe ervaringen en dat zij minder nieuwe situaties durven te exploreren dan veilig gehechte mensen. Het solliciteren naar een andere baan kan gezien worden als een onbekende situatie.

Voorbeelden van items voor de verschillende variabelen zijn: 1) 'Ik maak me vaak zorgen of deze persoon (moeder, vader, partner) wel om mij geeft' (angstige hechtingsstijl; Cronbach's α=.86), 2) 'Ik vind het gemakkelijk om deze persoon (moeder, vader, partner) te vertrouwen' (vermijdende hechtingsstijl; Cronbach's α=.87), 3) 'Hoeveel tijd bent u van plan de komende drie maanden te besteden aan: Het inwinnen van informatie over solliciteren?' (job search intention; Cronbach's α=.87), 4) 'Ik heb een goed beeld van mijn sterke en zwakke punten die van belang zijn bij het zoeken naar (ander) werk' (job search self-efficacy; Cronbach's α=.78), 5) 'Ik heb weinig sociale contacten die kunnen helpen bij het vinden van een (andere) baan' (job search self-esteem; Cronbach's α=.64) en 6) 'Ik vind het eng om mensen op te bellen om te vragen naar vacatures' (job search attitude; Cronbach's α=.81).

UITKOMSTEN Om de relatie te onderzoeken tussen een vermijdende hechtingsstijl en de verschillende sollicitatie-zoekvariabelen is voor iedere variabele afzonderlijk een regressieanalyse uitgevoerd. Voor een angstige hechtingsstijl zijn dezelfde analyses uitgevoerd. De resultaten van dit onderzoek lieten zien dat de hypotheses deels werden bevestigd. Mensen met een meer vermijdende hechtingsstijl hadden minder intentie om met het solliciteren bezig te zijn en waren minder overtuigd dat ze over voldoende sollicitatievaardigheden beschikten om dit proces succesvol te kunnen doorlopen. Bovendien werd er een significant verband gevonden tussen een vermijdende hechtingsstijl en de houding ten opzichte van het solliciteren. In tegenstelling tot de verwachtingen werden er voor mensen met een angstige hechtingsstijl in relatie tot de verschillende sollicitatie-zoekvariabelen geen significante verbanden gevonden. De conclusie is dat mensen met een meer vermijdende hechtingsstijl moeite lijken te hebben met het sollicitatieproces. In de praktijk kan dit tot gevolg hebben dat zij daadwerkelijk minder actief zijn met het vinden van een andere baan – wat in het meest ongunstige geval kan leiden tot langere periodes van werkloosheid.

In deze studie werd van de verschillende sollicitatievariabelen (job search self-efficacy, job search self-esteem en job search attitude) zowel de mediërende rol tussen een vermijdende hechtingsstijl en de intentie te solliciteren onderzocht als die voor een angstige hechtingsstijl (Leenders, Buunk & Henkens, 2018). Beide stijlen kunnen bijvoorbeeld leiden tot het hebben van minder vertrouwen in de eigen sollicitatievaardigheden. Verminderd vertrouwen in zichzelf om dit proces goed te kunnen doorlopen kan tot gevolg hebben dat men minder de intentie heeft om sollicitatieactiviteiten te ondernemen. Voor deze relatie werd inderdaad een significant verband gevonden. De analyses werden uitgevoerd door gebruik te maken van Hayes' (2013) PROCESS-procedure.

De mediërende relatie van de houding die mensen hebben ten opzichte van het solliciteren tussen een vermijdende hechtingsstijl en de sollicitatie-intentie werd eveneens gevonden. In tegenstelling tot de resultaten van de vermijdende hechtingsstijl werden voor geen van de sollicitatie-zoekvariabelen mediërende relaties gevonden tussen een angstige hechtingsstijl en de sollicitatie-intentie.

Opvallend waren de verschillende resultaten voor mensen met een vermijdende hechtingsstijl en die met een angstige hechtingsstijl. Van beide groepen veronderstelt men dat het exploreren van nieuwe situaties spanningen kan geven en tot beperkingen in het gedrag kan leiden. Men zou dus verwachten dat voor beide groepen vergelijkbare resultaten gevonden worden. Een mogelijke verklaring voor de verschillen kan zijn dat mensen met een meer vermijdende hechtingsstijl zich terugtrekken uit veeleisende uitdagende werkzaamheden omdat deze teveel stress en onzekerheid met zich meebrengen. Een andere verklaring kan zijn dat angstig gehechte mensen negatieve stemmingen

Mensen met een vermijdende hechtingsstijl zijn geneigd emotioneel afstand te houden tot anderen, terwijl angstig gehechte mensen een sterke angst ervaren om in de interactie met anderen te worden afgewezen

'Waarden zoals arbeidsethos zijn belangrijk om in de huidige arbeidsmarkt te kunnen overleven'

bij zichzelf proberen te vermijden door zo snel mogelijk weer ander werk te vinden. Dat voorkomt dat men geïsoleerd raakt van de (emotionele) contacten met anderen, iets waar deze mensen juist zoveel behoefte aan hebben.

STUDIE 2: OUDER-KINDRELATIE EN WERK-ORIËNTATIE EN ARBEIDSETHOS

Naast hechtingsstijlen zijn er verschillende emotionele banden mogelijk tussen ouder en kind die bijdragen aan een gezonde ontwikkeling van kinderen. De (hechtings)relatie met de ouders op jonge leeftijd kan mede bepalen hoe mensen later in het leven in het werk staan. De invloeden van de verschillende relaties tussen ouder(s) en kind op loopbanen van volwassen werknemers is echter relatief nog weinig onderzocht. Dit was dan ook aanleiding om hier in een andere studie verder onderzoek naar te doen. Blustein (2011) suggereert dat ervaringen in vroege als ook huidige relaties geïnternaliseerd worden en dat de manier waarop deze ervaringen geïnternaliseerd worden, doorwerkt in de reacties van mensen in de interpersoonlijke communicatie.

Mensen vormen met veel verschillende mensen sociale relaties. Binnen de theorie over hechtingsstijlen wordt gesuggereerd dat hechting met de ene ouder lang niet altijd samengaat met hechting met de andere ouder (bijv. Florian, Mikulincer & Bucholz, 1995; Hazan & Shaver, 1987; McCarthy, Moller & Fouladi, 2001). Uit verschillende onderzoeken blijkt inderdaad dat de effecten van de (hechtings)relatie met beide ouders op de ontwikkeling van het kind kunnen verschillen en aanvullend zijn (Bretherton, 2010; Cabrera, Fitzgerald, Bradley & Roggeman, 2007; Grossmann et al., 2002). Ook wordt verondersteld dat werkgerelateerde issues van invloed zijn op relaties binnen families en, andersom, dat relaties binnen families werkaspecten kunnen beïnvloeden (Blustein, 2011; Blustein, Palladino Schultheiss & Flum, 2004). Sociale ondersteuning vanuit het gezin kan bijvoorbeeld helpen bij het maken van keuzes in de loopbaan of bij uitdagingen waarvoor mensen zich gesteld zien in het werk. Of conflicten die men in de werksituatie ervaart en die doorwerken in het privéleven.

Werkgerelateerde waarden zoals arbeidsethos en andere attitudes zijn belangrijk om in de huidige arbeidsmarkt te kunnen overleven (Hill & Petty, 1995). Van positieve werkwaarden veronderstelt men dat deze bijdragen aan de effectiviteit van activiteiten op het werk (Desivilya, Sabag & Ashton, 2006). Werkgevers hechten bij de selectie van hun personeel, naast kennis en vaardigheden, dan ook steeds meer belang aan de waarden die mensen meenemen naar het werk – bijvoorbeeld iemands motivatie of keuze voor een bepaalde baan.

RESULTATEN Voor de tweede studie (Leenders, Buunk & Henkens, 2017) werd gebruik gemaakt van gegevens van 3841 respondenten van het Netherlands Kinship Panel Study (NKPS 2006-2007; Dykstra et al., 2012). In dit onderzoek waren de (hechtings)relatie met beide ouders op vijftienjarige leeftijd de onafhankelijke en de werkwaarden *werkoriëntatie* en *arbeidsethos* de afhankelijke variabelen. De (hechtings) relatie met de ouders werd gemeten aan de hand van vier items. Een voorbeeld is: 'Mijn moeder/vader en ik hadden een hechte band' (Cronbach's α=.94 (moeder) en Cronbach's α=.93 (vader)). *Werkoriëntatie* verwijst naar waarden, verwachtingen en gevoelens die werknemers meenemen naar de werksituatie en betreft aspecten van organisatorisch burgerschapsgedrag (*organizational citizen behaviorship*), zoals extra uren werken of het uitvoeren van extra taken voor de organisatie. Een item uit deze schaal was: 'Ik vind het erg belangrijk dat ik mijn werk goed doe' (Cronbach's α=.77). *Arbeidsethos* wordt beschouwd als een aspect van de betrokkenheid van mensen bij hun werk en carrière en wordt gedefinieerd als 'een reeks overtuigingen en houdingen die de fundamentele waarde van werk reflecteren'. Een item uit deze schaal was: 'Werken moet altijd op de eerste plaats komen, zelfs als het minder vrije tijd betekent' (Cronbach's α=.72). In deze studie werd zowel de impact van de relatie met de moeder als met de vader op verschillende werkwaarden onderzocht. De hiërarchische regressieanalyses werden tevens uitgevoerd voor mannen en vrouwen afzonderlijk. De verwachting was dat een positieve relatie met de ouders op jonge leeftijd tot een positievere werkoriëntatie en een hoger arbeidsethos zouden leiden.

De hypotheses werden deels bevestigd. Pearson-correlaties lieten zien dat mensen met een positieve relatie met moeder en een positieve relatie met vader een positievere werkoriëntatie (respectievelijk r=.06, p<.01 en r=.10, p<.01) en een hogere arbeidsethos hadden (respectievelijk r=.06, p<.01 en r=.07, p<.01). Uit de hiërarchische regressieanalyses bleek

verder dat de relatie met de vader van grotere invloed was op deze werkwaarden dan de relatie met de moeder. Deze effecten werden vooral voor mannen gevonden (β=.12, p<.001 voor werkoriëntatie en β=.08, p<.01 voor arbeidsethos). Een mogelijke verklaring waarom er significante verbanden werden gevonden tussen de relatie met de vader en de verschillende werkwaarden kan zijn dat vaders van oudsher een belangrijker rolmodel zijn geweest als het gaat om werk dan moeders.

De ontwikkeling van waarden is een uitermate complex proces. Deze gaat door gedurende het leven en kan ook beïnvloed worden door bijvoorbeeld de relatie met een (huwelijks)partner. In deze studie werd daarom ook de mediërende rollen van de ondersteuning van de partner en de kwaliteit van de relatie met de (huwelijks)partner tussen de relatie met de ouders en deze werkwaarden onderzocht. Het bleek dat vrouwen die een positievere relatie hadden met beide ouders een hogere huwelijkskwaliteit ervoeren en dat dit tot een positievere werkoriëntatie leidde. Dit ging echter niet op voor de ondersteuning van de partner. Een mogelijke verklaring hiervoor komt uit longitudinaal onderzoek van O'Brien et al. (2000). Hieruit bleek dat vrouwen na een periode van vijf jaar minder ambities hadden als het gaat om hun loopbaan dan toen ze nog op de middelbare school zaten en dat ze het belangrijk vonden om werk en een gezin te hebben. Het is mogelijk dat vrouwen hun werkattitudes veranderen vooral als ze een goede relatie met de partner hebben en hier veel waarde aan hechten.

Voor arbeidsethos werden dezelfde statistische analyses uitgevoerd. Er werden geen significante mediërende relaties gevonden tussen de verschillende variabelen, voor mannen noch voor vrouwen. Een mogelijke verklaring voor het ontbreken van ondersteuning voor de mediërende hypotheses tussen de relatie met de ouders, de sociale ondersteuning van de partner en de huwelijkskwaliteit en arbeidsethos kan zijn dat deze relaties veel complexer zijn dan het simpel meten van het verband tussen twee variabelen.

STUDIE 3: UITSTELGEDRAG, PERSOONSKENMERKEN EN SOLLICITEREN

In de derde studie werd uitstelgedrag bij werknemers in een outplacementsituatie onderzocht. Uitstelgedrag is een bekend verschijnsel onder studenten. Volgens Harriot en Ferrari (1996) heeft ongeveer 15-20% van de volwassen bevolking last van chronisch uitstelgedrag bij de uitvoering van dagelijkse werkzaamheden. Voor studenten liggen deze percentages tussen de 80 en 95% (Ellis & Knaus, 1977). Het is opmerkelijk dat onderzoek naar het gedrag onder volwassenen nog steeds zeldzaam is (Mann, 2016). Vooral ook omdat het gedrag in westerse maatschappijen lijkt toe te nemen (Steel, 2007). Uitstelgedrag kost geld en organisaties hebben er dan ook alle belang bij om hier meer inzicht in te krijgen.

In het Engels gebruikt men voor uitstelgedrag het woord 'procrastination'. Dit woord is oorspronkelijk afkomstig uit het Latijnse werkwoord 'procrastinare' wat letterlijk 'op morgen schuiven' betekent (Lay, 1986). Er zijn verschillende verklaringen voor uitstelgedrag. Het gedrag wordt bijvoorbeeld gezien als een onvermogen tot zelfregulering waarbij het gaat om 1) het stellen van doelen, 2) het monitoren van het eigen gedrag en de omgeving ten opzichte van deze doelen, en 3) om het eigen gedrag, gedachten of gevoelens te kunnen wijzigen of veranderingen in de omgeving aan brengen ten einde deze doelen ook te kunnen verwezenlijken. Mensen met uitstelgedrag lijken meer moeite te hebben deze drie verschillende componenten met elkaar te combineren. Uitstelgedrag kan op veel fronten in iemands leven nadelige gevolgen hebben. Als het betrekking heeft op het werk of op het solliciteren, kan dit op termijn leiden tot een grotere kans op werkloosheid of tot langdurige werkloosheid (Nguyen, Steel & Ferrari, 2013; Steel, 2007).

In deze studie werd de relatie tussen een aantal persoonskenmerken en uitstelgedrag onderzocht bij mensen in een outplacementsituatie (Leenders & Sanders, 2014). Daarnaast werd onderzocht of uitstelgedrag samenhangt met het wel of niet vinden van een andere baan. Uitstelgedrag werd gemeten met acht items (Cronbach's α=.88). Een voorbeeld is: 'Normaal gesproken neem ik zo snel als mogelijk beslissingen'. De onderzochte persoonskenmerken betroffen een tweetal zelf-evaluatie-variabelen (professionele zelfverzekerdheid en sollicitatie self-efficacy), een persoonskenmerk (locus of control), een tweetal variabelen die motivatie representeren (prestatiemotivatie en positieve faalangst) en hun mogelijke samenhang met uitstelgedrag. Voorbeelden uit de verschillende schalen zijn: 'Ik voel mij op mijn gemak in een discussie over welk onderwerp dan ook' (professionele zelfverzekerdheid; Cronbach's α=.88), 'Of ik ander werk vind heb ik zelf niet in de hand' (sollicitatie self-efficacy; Cronbach's α=.82), 'Ik geloof dat sommige mensen voor het geluk geboren zijn' (locus of control; Cronbach's α=.89). De Cronbach's α's voor prestatiemotivatie en positieve faalangst waren respectievelijk .80 en .79.

Sollicitatie self-efficacy is de overtuiging die iemand heeft dat hij of zij met succes naar ander werk kan zoeken en is een relevant aspect in het sollicitatiezoekproces. Een globaal gevoel

van eigenwaarde (*global self-esteem*) is gerelateerd aan gevoelens van welzijn en zelfwaardering die eveneens van invloed kunnen zijn op het sollicitatieproces. Met *professionele zelfverzekerdheid* wordt bedoeld: het vertrouwen dat iemand in zijn of haar kwaliteiten op het werk heeft. *Prestatiemotivatie* is de mate waarin mensen gericht zijn op het bereiken van prestaties en de motivatie om te presteren. Solliciteren is een langdurig en onzeker proces omdat niet altijd duidelijk is aan welke eisen moeten worden voldaan. Positieve faalangst is een andere variabele die dit proces kan beïnvloeden. *Positieve faalangst* wordt geactiveerd in situaties die relatief ongestructureerd zijn maar in zekere zin belangrijk voor een individu.

RESULTATEN Aan dit onderzoek namen in totaal 134 respondenten deel (Leenders & Sanders, 2014). Er werden werknemers benaderd uit acht verschillende organisaties (zowel profit als non-profit) die hun baan hadden verloren als gevolg van een reorganisatie of bedrijfssluiting. Er werd onderzocht of de verschillende persoonsvariabelen samenhingen met uitstelgedrag. De verwachting was dat voor alle variabelen een relatie met uitstelgedrag gevonden zou worden. Daarnaast was de vraag of uitstelgedrag zou samenhangen met het wel of niet vinden van een andere baan. De veronderstelling was dat mensen die meer uitstelgedrag vertonen ook minder vaak een andere baan zouden vinden. Tot slot werd een antwoord gezocht op de vraag of uitstelgedrag een medierende rol had tussen de persoonsvariabelen en het vinden van een andere baan. De hypothese was dat uitstelgedrag de relatie tussen de verschillende variabelen en het vinden van een andere baan zou mediëren.

Uit de hiërarchische regressieanalyse bleek dat uitstelgedrag voorkomt bij werknemers in een outplacementsituatie. Er werden significante verbanden gevonden tussen locus of control en uitstelgedrag (β=-.39, p<.001) en tussen prestatiemotivatie en uitstelgedrag (β=-.25, p<.01). Mensen die minder het gevoel hadden controle te hebben over hun leven, vertoonden meer uitstelgedrag. Degenen die minder gemotiveerd zijn om prestaties te leveren, vertoonden eveneens meer uitstelgedrag. 'Sollicitatie self-efficacy' was er evenwel niet op van invloed. Van alle variabelen bleek dat sollicitatie self-efficacy de enige variabele was die het vinden van een andere baan voorspelde, in tegenstelling tot bijvoorbeeld uitstelgedrag. Dit werd getoetst met een logistische regressieanalyse. Het volledige model voorspelde significant het vinden van een baan (χ2(12, N=110)= 27,32; p<.01). Het model als geheel verklaarde tussen 22% (Cox and Snell R square) en 30% (Nagelkerke R squared) van de variantie van baanstatus en classificeerde 71.8% van de gevallen correct. Dat betekent dat de overtuiging die iemand heeft in de eigen sollicitatiekwaliteiten bijdraagt aan het succesvol kunnen doorlopen van het sollicitatieproces.

Een mogelijke verklaring waarom er geen significante relatie tussen uitstelgedrag en het vinden van een baan werd gevonden, is de relatief korte periode waarin werd gemeten of mensen een andere baan vonden, namelijk vier maanden. Waarschijnlijk heeft ook de operationalisatie van het wel of niet vinden van een andere baan hierbij een rol gespeeld. Nu is alleen onderzocht of mensen wel of geen andere baan gevonden hadden en niet het tijdsverloop tot het vinden van een nieuwe baan daarbij betrokken. Een andere verklaring is wellicht dat andere factoren van invloed zijn op het wel of niet vinden van een andere baan, bijvoorbeeld de situatie op de arbeidsmarkt of iemands financiële situatie, ook al heeft men de neiging sollicitatie-activiteiten uit te stellen.

STUDIE 4: BURN-OUT EN PENSIOENPLANNEN BIJ OUDERE WERKNEMERS

Ten slotte is er onderzoek gedaan naar de mate waarin oudere werknemers (>50) burn-outklachten ervaren en of deze klachten samenhangen met de intentie om vervroegd met pensioen te willen. Burn-out is een verminderde capaciteit om met stress om te gaan en is gerelateerd aan chronisch disfunctioneren op het werk (Maslach & Jackson, 1981). In de literatuur wordt burn-out beschouwd als het resultaat van langdurige blootstelling aan chronische stress op het werk (Shirom, 2003). De aandoening is gedefinieerd als een syndroom dat door drie dimensies wordt gekenmerkt: gevoelens van uitputting, verhoogd cynisme ten aanzien van het werk en een negatief beeld van de eigen professionele effectiviteit (Schaufeli & Van Dierendonck, 2000). Gevoelens van uitputting hebben betrekking op gevoelens van het overdreven moe worden en uitputting van emotionele en fysieke middelen. Cynisme heeft betrekking op de houding van een negatieve, onverschillige of een overdreven reactie op verschillende aspecten van het werk en betreft de interpersoonlijke relatie van burn-out (Shirom, 2003). Verminderde self-efficacy geeft de zelf-evaluatieve component van burn-out weer en heeft betrekking op gevoelens van incompetentie en een gebrek aan prestaties en productiviteit op het werk (Maslach & Jackson, 1981).

Voor dit onderzoek (Leenders & Henkens, 2010) werd gebruik gemaakt van gegevens van 2892 werknemers en hun partners die in 2001 waren benaderd door het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut in Den Haag

(Henkens & Van Solinge, 2003). De werknemers werkten voor vier private organisaties en één Nederlandse overheidsorganisatie. In alle onderzoeken werden de gegevens verkregen door de afname van schriftelijke vragenlijsten waarin werd gevraagd naar de mate waarin werknemers burn-outklachten ervaren. Burn-out werd gemeten met een verkorte versie van de Utrechtse Burn-Out Schaal (UBOS; Schaufeli & Van Dierendonck, 2000). De schaal *uitputting* bestond uit vier items waaronder: 'Een hele dag werken vormt een zware belasting voor mij' (Cronbach's α=.85), *distantie* uit drie: 'Ik twijfel aan het nut van mijn werk' (Cronbach's α=.71) en competentie uit vijf: 'Ik weet de problemen op mijn werk goed op te lossen' (Cronbach's α=.68).

Daarnaast zijn er vragen gesteld over kenmerken in het werk bijvoorbeeld het hebben van uitdagingen in het werk, fysieke werklast en werkdruk. Sociale steun kan een belangrijke rol spelen bij het wel of niet ontstaan van burn-out. Sociale ondersteuning werd daarom ook meegenomen als onafhankelijke variabele en betrof zowel de ondersteuning van collega's, de leidinggevende als wel deze van de (huwelijks)partner. Een drietal variabelen werd gemeten met één item: fysiek zwaar werk ('Mijn werk is fysiek zwaar'), autonomie ('Ik kan binnen grenzen mijn werk zelfstandig indelen')', en ondersteuning van de leidinggevende ('Mijn chef/leidinggevende stimuleert dat ik mijn vakkennis op peil houd'). Voorbeelden van items van de overige variabelen zijn: 'Soms is de werkdruk zo hoog dat dit tot spanningen leidt' (werkdruk; Cronbach's α=.80); 'Mijn werk bevat veel uitdagende taken' (uitdaging, Cronbach's α=.76); 'Mijn werk biedt goede promotiekansen' (groeimogelijkheden, Cronbach's α=.61); 'De relatie met mijn collega's is uitstekend' (sociale ondersteuning collega, Cronbach's α=.59).

In tweede instantie is onderzocht in hoeverre burn-out, werkkenmerken en sociale ondersteuning van invloed zijn op de intentie met pensioen te willen. De intentie tot vervroegd uittreden werd gemeten aan de hand van vier vragen: 'Bent u van plan om te stoppen met werken voor uw 65ste jaar?'; 'Op welke leeftijd wilt u stoppen met werken?'; 'Wilt u na uw 61ste nog blijven werken?' en 'Als u het voor het zeggen had: op welke leeftijd zou u het liefst stoppen met werken?'

RESULTATEN De resultaten uit de regressieanalyses lieten zien dat burn-out voorkomt bij oudere werknemers. Vermoeidheid hing onder andere samen met een hoge werkdruk (β=.50, p<.001), fysiek zwaar werk (β=.10, p<.001), weinig uitdaging (β=-.17, p<.001) en het ontbreken van sociale ondersteuning door collega's (β=-06, p<.001) en in mindere mate door leidinggevenden (β=-.03, p<.001). Factoren zoals een hoge werkdruk (β=.24, p<.001), gebrek aan uitdaging (β=-.42, p<.001) en groeimogelijkheden (β= -.06, p<.001) en het ontbreken van sociale ondersteuning van de collega's (β=-,12, p<.001) en leidinggevenden (β=-.07, p<.001) leidden ertoe dat werknemers een cynische houding hadden ten opzichte van het werk. Daarnaast bleek dat werknemers die voldoende uitdagingen (β=-.29, p<.001) en autonomie (β=.15, p<.001) hadden en zij die minder werkdruk (β=-.21, p<.001) ervoeren meer vertrouwen hadden in de eigen professionele capaciteiten. De relatie met de partner bleek niet of nauwelijks van invloed op burn-outklachten.

'Mijn chef/leidinggevende stimuleert dat ik mijn vakkennis op peil houd'

Voor veel van deze werkkenmerken werden eveneens significante relaties gevonden met de intentie vervroegd met pensioen te willen. Een hoge werkdruk, weinig uitdaging en weinig mogelijkheden tot persoonlijke groei leidden bijvoorbeeld tot een grotere intentie met pensioen te willen. Daarnaast bleken burn-outklachten ook van invloed op deze intentie. Werknemers die meer last hadden van vermoeidheid (β=.22, p<.001), die een meer cynische houding hadden ten opzichte van het werk (β=.11, p<.001) en zij die een verminderd vertrouwen in de eigen capaciteiten hadden (β=-.08, p<.001), bleken een grotere intentie te hebben om vervroegd met pensioen te gaan. Sociale ondersteuning van collega's of leidinggevenden bleek hierop niet van invloed.

Een opvallende bevinding in dit onderzoek was dat de interactie met de (huwelijks)partner een belangrijke rol lijkt te spelen bij de intentie eerder met pensioen te willen. Werknemers die veel gezamenlijke activiteiten met hun partner ondernemen, hadden een sterkere intentie om het arbeidsproces vroegtijdig te verlaten (β=.16, p<.001). De interactie met de (huwelijks)partner wordt beschouwd als een indicatie voor de kwaliteit van een huwelijk (Davey & Szinovacz, 2004). De intentie met pensioen te willen, wordt vooral bepaald door een niet-werkgerelateerde factor, namelijk de relatie met de partner. Werkkenmerken daarentegen zijn vooral van invloed op burn-outklachten.

CONCLUSIE

Welke conclusies kunnen er nu getrokken worden uit deze in het kort besproken vier studies? Ervaringen uit de vroege jeugd kunnen een effect hebben op de persoonlijkheid zoals locus of control of coping-stijlen en daarmee iemands gedrag en een succesvol verloop van de carrière beïnvloeden (Bartley, Head & Stansfeldes, 2007). Binnen organisaties wordt er nog relatief weinig aandacht besteed aan de psychologische mechanismen die een rol kunnen spelen bij hoe werknemers in het werk staan. De resultaten uit de verschillende onderzoeken laten zien dat dit echter complexe processen zijn en dat verschillende factoren hierbij van belang kunnen zijn. De onderzoeken naar de relatie tussen hechtingsstijlen en verschillende werkgerelateerde aspecten en (hechtings)relaties en werkgerelateerde aspecten zijn daartoe een eerste aanzet. In toekomstig onderzoek kan de invloed van de relatie met de ouders op jonge leeftijd en de wijze waarop werknemers later in het werk staan vanuit een breder perspectief onderzocht worden.

Uitstelgedrag is een ander psychologisch mechanisme dat van invloed kan zijn op werkgerelateerde aspecten. Meer aandacht hiervoor binnen organisaties kan voorkomen dat werknemers hier psychisch onnodig onder leiden en dat het ten koste gaat van de effectiviteit op het werk of dat het tot (langdurige) werkloosheid leidt.

Het onderzoek naar burn-outklachten onder oudere werknemers laat zien dat deze klachten ook bij deze groep voorkomen. Door de verschillende maatregelen die de Nederlandse overheid heeft genomen de pensioengerechtigde leeftijd te verhogen en vervroegd uitreden tegen te gaan, bestaat er echter een reële kans dat werknemers gedwongen in het arbeidsproces zitten die of psychische klachten ervaren of minder gemotiveerd zijn voor het werk. Een verminderde gezondheid of motivatie kan leiden tot een verminderde effectiviteit en productiviteit op het werk. Naast persoonlijke factoren kunnen echter ongezonde werkomstandigheden, bijvoorbeeld werk dat weinig uitdagend is of fysiek zwaar, er eveneens toe bijdragen dat het moeilijk is voor oudere werknemers om gezond en gemotiveerd de pensioengerechtigde leeftijd te halen.

PRAKTISCHE IMPLICATIES Het doel van deze reeks van onderzoeken was om licht te laten schijnen op een aantal psychologische mechanismen die een rol kunnen spelen bij werknemers die moeten omgaan met de vele turbulente veranderingen op de huidige arbeidsmarkt. Vanuit verschillende invalshoeken is gekeken naar mogelijke belemmeringen die werknemers hierbij kunnen ervaren. De resultaten maken duidelijk dat zowel individuele verschilvariabelen als invloeden vanuit de vroege jeugd en de sociale omgeving (partner en werk) hierbij een rol kunnen spelen. Kennis over hechtingsstijlen en mogelijke invloeden vanuit de jeugd op werk kan leidinggevenden helpen gedrag van medewerkers meer te begrijpen. Daarnaast kunnen concepten uit de theorie over hechting gebruikt worden in bijvoorbeeld de begeleiding van (nieuwe) medewerkers. Een veilige omgeving kan bijdragen aan een omgeving waarin werknemers kunnen leren en zich kunnen ontwikkelen. Het veranderen van de werkomgeving kan een succesvolle re-integratie van werknemers met een burn-out bevorderen of zorgen dat werknemers gemotiveerd in het arbeidsproces blijven. Ook het versterken van zelfregulering kan leiden tot minder uitstelgedrag bij werknemers waardoor men gezond in het arbeidsproces kan blijven.

Er is sprake van een uitermate complex proces en het zal een uitdaging zijn deze processen in toekomstig onderzoek verder te ontrafelen. Het uiteindelijke doel van onderzoek naar de invloed van psychologische mechanismen is om interventies te ontwikkelen die kunnen bijdragen aan hoe werkgevers en werknemers het beste kunnen omgaan met de eisen die het werk tegenwoordig aan eenieder stelt. De bevindingen van deze onderzoeken kunnen handreikingen geven aan zowel werkgevers als werknemers alsook aan hen die op enigerlei wijze vanuit een professionele rol betrokken zijn bij de begeleiding van mensen in het arbeidsproces. Managers in organisaties kunnen zich er bewust van worden dat ervaringen uit de (vroege) jeugd mogelijk van invloed zijn op hoe werknemers in het werk staan zonder dat men zich daarvan altijd bewust is. Meer kennis over deze psychologische processen kan werkgevers helpen gedrag van werknemers in organisaties beter te begrijpen. Professionals zoals psychologen en coaches kunnen met hun expertise over deze psychologische mechanismen organisaties ondersteuning bieden om zo werknemers gezond en wel de pensioengerechtigde leeftijd te laten halen.

OVER DE AUTEUR

Monique Leenders is als docent Arbeids- & Organisatiepsychologie verbonden aan de opleiding Toegepaste Psychologie HBO Drechtsteden in Dordrecht. E-mail: mleenders@hbodrechtsteden.nl.

Dit artikel is gebaseerd op haar proefschrift dat zij op 12 juni 2017 met succes verdedigde aan de Rijksuniversiteit Groningen. Het volledige proefschrift kan worden gedownload op http://hdl.handle.net/11370/28b1acc1-a65f-4ebc-9ee9-bb29af96a266.

Summary

DEALING WITH CHANGES IN THE LABOR MARKET: RESEARCH INTO PSYCHOLOGICAL MECHANISMS THAT MAY AFFECT WORK ASPECTS.

M.V.E. LEENDERS

In four studies, research was done on variables that could influence work aspects. In study one the relationship between attachment styles and job search variables was investigated. The results showed that a more avoiding attachment style influenced these variables. In study two it was investigated whether there is an association between the relationship with the parents at a young age and work orientation and work ethic. These relationships were found for both variables, especially for men. The relationship with the father seems to play a more important role than the relationship with the mother. The third study concerned the effect of procrastination in outplacement situations. Two personality variables, namely locus of control and achievement motivation were related to procrastination. Job search self-efficacy was the only variable associated with finding another job. In the fourth study the relationship between burnout and retirement intentions in older employees (> 50 years) was investigated. This group experienced burnout complaints that were related to these intentions. Moreover, it was found that the quality of the relationship with the partner also influenced the retirement intentions.

Literatuur

Bartley, M., Head, J. & Stansfeldes, S. (2007). Is attachment style a source of resilience against health inequalities at work? *Social Science & Medicine, 64*, 765–775.

Blustein, D.L. (2011). A relational theory of working. *Journal of Vocational Behavior, 79*, 1-17. doi:10.1016/j.jvb.2010.10.004.

Blustein, D.L., Palladino Schultheiss, D.E. & Flum, H. (2004). Toward a relational perspective of the psychology of careers and working: A social constructionist analysis. *Journal of Vocational Behavior, 64*, 423-440. doi:10.1016/j.jvb.2003.12.008.

Bowlby, J. (1982): *Attachment and loss: Vol. 1 Attachment* (*2nd Edition*). New York: Basic. (Original work published 1969).

Bretherton, I. (2010). Fathers in attachment theory and research: A review. *Early Child Development and Care, 180(1-2)*, 9-23. doi:10.1080/03004430903414661.

Cabrera, N., Fitzgerald, H.E., Bradley, R.H. & Roggman, L. (2007). Modeling the dynamics of paternal influences on children over the life course: *Applied Developmental Science, 11*, 185-189. doi:10.1080/10888690701762027.

CBS (2015). *CBS en TNO: Een op de zeven werknemers heeft burn-outklachten.* Retrieved from https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2015/47/cbs-en-tno-een-op-de-zeven-werknemers-heeft-burn-outklachten

Davey, A. & Szinovacz, M.E. (2004). Dimensions of marital quality and retirement. *Journal of Family Issues, 25*, 431-464. doi:10.1177/0192513X03257698.

Desivilya, H.S., Sabag, Y. & Ashton, E. (2006). Prosocial tendencies in organizations: The role of attachment styles and organizational justice in shaping organizational citizenship behavior. *International Journal of Organizational Analysis, 14*, 22-42. doi:10.1108/10553180610739731

Dykstra, P.A., Kalmijn, M., Knijn, T.C.M., Komter, A.E., Liefbroer, A.C. & Mulder, C.H. (2012). *Codebook of the Netherlands Kinship Panel Study, a multi-actor, multi-method panel study on solidarity in family relationships, Wave 2. NKPS Working Paper No. 8*. The Hague: Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute.

Ellis, A. & Knaus, W. J. (1977). *Overcoming procrastination*. New York: Signet Books.

Florian, V., Mikulincer, M. & Bucholtz, I. (1995). Effects of adult attachment style on the perception and search for social support. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 129*, 665-676. http://dx.doi.org/10.1080/00223980.1995.9914937.

Grossmann, K., Grossmann, K.E., Fremmer-Bombik, E., Kindler, H., Scheuerer-Englisch, H. & Zimmerman, P. (2002). The uniqueness of the child–father attachment relationship: Fathers' sensitive and challenging play as a pivotal variable in a 16-year longitudinal study. *Social Development, 11*, 307–331. doi:10.1111/1467-9507.00202.

Harriott, J. & Ferrari, J.R. (1996). Prevalence of procrastination among samples of adults. *Psychological Reports, 78*, 611-616.

Hayes, A.F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York, NY: Guilford.

Hazan, C. & Shaver, P.R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511-524. http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511.

Henkens, K. & Van Solinge, H. (2003). *Het eindspel: Werknemers, hun partners en leidinggevenden over uittreden uit het arbeidsproces.* Assen: Koninklijke Van Gorkum B.V.

Henkens, K., Van Solinge, H., Damman, M. & Dingemans, E. (2016). Langer doorwerken valt nog niet mee. *Demos*. Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut.

Hill, R.B. & Petty, G.C. (1995). A new look at selected employability skills: A factor analysis of the occupational work ethic. *Journal of Vocational Education Research, 20*, 59-73.

Lay, C.H. (1986). At last, my research article on procrastination. *Journal of Research in Personality, 20*, 474-495.

Leenders, M.V.E. & Sanders, J.B.P. (2014). Uitstelgedrag in outplacement situaties. *Gedrag & Organisatie, 1*, 90-110.

Leenders, M. & Henkens, K. (2010). Burnout en pensioenplannen bij oudere werknemers. *Tijdschrift Gerontologie en Geriatrie, 41*, 136-145.

Leenders, M.V.E., Buunk, A.P. & Henkens, K. (2017). The role of the relationship with parents with respect to work orientation and work ethic. *The Journal of General Psychology, 144*, 36-34.

Leenders, M.V.E., Buunk, A.P. & Henkens, K. (2018). Attachment avoidance and attachment anxiety as individual characteristics affecting job search behaviour. *Journal of Career Development*, 1-15. DOI: 10.1177/0894845318772091

Mann, L. (2016). Procrastination revisited: A commentary. *Australian Psychologist, 51*, 47-51. doi:10.1111/ap.12208.

Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour, 2*, 99-113.

McCarthy, C.J., Moller, N.P. & Fouladi, R.T. (2001). Continued attachment to parents: Its relationship to affect regulation and perceived stress among college students. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 33*, 198-213.

Nguyen, B., Steel, P. & Ferrari, J.R. (2013). Procrastination's impact in the workplace and the workplace's impact on procrastination. *International Journal of Selection and Assessment, 21*, 388-399. doi:10.1111/ijsa.12048.

O'Brien, K.M., Miller Friedman, S., Tipton, L.C. & Geschmay Linn, S. (2000). Attachment, separation, and women's vocational development: A longitudinal analysis. *Journal of Counseling Psychology, 47*, 301-315. doi:10.1037//0022-0167.47.3.301.

Schaufeli, W. & Van Dierendonck, D. (2000). *Utrechtse burnout schaal*, Handleiding. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V..

Shirom, A. (2003). Job-related burnout: A review. In J C. Quick & L.E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational health psychology* (pp. 245-264). Washington, DC: American Psychological Association.

Steel, P. (2007). The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological Bulletin, 133*, 65-94. doi:10.1037/0033-2909.133.1.65.

SCHRIJFSTER PAULINE SLOT OVER DE CURSUS NARRATIVE CARE

VERHALEN UIT DE ZORG

Wie verhalen schrijft, kan alles uitproberen zonder dat er gewonden vallen. Dat is een van de uitgangspunten van de cursus Narrative Care. Aan de Universiteit Leiden werd binnen het honours-traject voor het eerst deze cursus gegeven: creatief schrijven als instrument voor zorgprofessionals. De cursus is bedoeld voor studenten psychologie, pedagogiek, geneeskunde en biomedische wetenschappen. *De Psycholoog* liep een cursusavond mee en had een gesprek met docent en bedenker van de cursus, schrijfster Pauline Slot.

FOTO: PETER VALCKX

Een voor een druppelen de studenten de zaal in de Oude Sterrewacht binnen, het historische observatorium van de Universiteit Leiden. Ze ploffen op een stoel, kletsen wat of checken hun mobiel. Dan gaat Pauline Slot op een tafeltje voorin zitten en begint de les. Ze is schrijfster van onder meer de romans *Zuiderkruis*, *De inwendige* (over het ontstaan van een eetstoornis) en *Soerabaja* en geeft schrijftrainingen aan zowel studenten van de Universiteit Leiden als aan aspirant-schrijvers. En nu dus aan studenten die een loopbaan in de zorg voor ogen hebben. Ze verheft haar stem niet, maar wacht een beetje lacherig tot iedereen in de gaten heeft dat ze eigenlijk al begonnen is.

Vandaag staat vooral in het teken van een terugblik op de cursus, die al op zijn einde loopt. De stijl van een tekst komt aan bod en er worden nog twee presentaties over een boek gegeven. Over twee weken volgt een afsluitende schrijfdag waarin vooral schrijfoefeningen zullen worden gedaan.

Slot gaat allereerst in op een opdracht die de studenten kregen. Ze moesten uit alle literatuur die ze de afgelopen weken voor de cursus hebben gelezen de meest aansprekende citaten bij elkaar zoeken. Wat vonden ze van deze opdracht, wil Slot weten.

'Geen boeiende oefening,' zegt een studente van hooguit twintig. 'Ik verbaas me niet meer zo snel over dingen.'

Andere studenten reageren enthousiaster. 'Moeilijk om te kiezen, maar heel leuk,' zegt de een. En een ander: 'Door één citaat terug te lezen, herinnerde je je een hele passage weer.'

De maakbaarheid in ons leven lijkt groot en we zien tegenslag graag als aanloop naar de overwinning

VERHAALVORMEN

Is deze cursus gewoon leuk en wordt hij vooral gegeven omdat alles met creatief schrijven het goed doet tegenwoordig? Of is de cursus ook echt nuttig?

Natuurlijk is het leuk, maar het is meer dan dat, stelt Pauline Slot. Ze bekijkt het zorgveld met haar schrijversblik en dat levert tal van inzichten op die voor (beginnende) zorgprofessionals interessant kunnen zijn. In het algemeen kan de cursus een andere blik geven op 'het grote verhaal dat in de zorg eigenlijk wordt verteld'. Slot: 'In de vele verhalen over ziektes is de dominante gedachte: we worden ziek, daarna worden we beter en is het weer helemaal goed.' Zulke verhalen worden *restitution narratives* genoemd (Frank, 1997). Slot: 'De maakbaarheid in ons leven lijkt groot en we zien tegenslag graag als aanloop naar de overwinning.'

Maar in de realiteit verloopt het leven vaak niet volgens dat sjabloon. Daarom zijn er ook alternatieve verhalen te vertellen. In de cursus behandelt Slot de *chaos narrative*. Die heeft geen spanningsboog, maar is een relaas zonder kop of staart. Als iemand ernstig ziek wordt, kan dat overweldigend en traumatisch zijn. Zolang we midden in zo'n situatie zitten, kunnen we er vaak nog geen verhaal van maken. Voor naasten en zorgverleners kan zo'n chaotisch verhaal emotioneel lastig zijn. Slot: 'Ontreddering is moeilijk aan te zien en kan overslaan op de luisteraar. Die moet niet in de afkeuring schieten of al vooruitlopen op een oplossing. Er is soms weinig tolerantie voor de ontreddering die mensen voelen. In zo'n situatie kunnen naasten en hulpverleners reageren met: "Zorg jij maar dat je je leven op orde krijgt." Of ze stralen het uit. Hulpverleners moeten er ook bij kunnen zijn als iemand nog geen verhaal heeft gemaakt van wat hij ervaart.'

De derde verhaalvorm is de *quest narrative*. Dan wordt het verhaal over de ziekte verteld als een queeste waarbij een zieke probeert te zoeken naar de betekenis van de gebeurtenissen in zijn leven en naar wat hij er mogelijk voor waardevols uit kan halen. Dan kan er sprake zijn van rouw om wat er verloren raakte, maar ook van blijdschap om wat er wel nog is. Want ziekte kan een mens voor altijd veranderen en dat wordt in deze vertelvorm niet ontkend maar aanvaard.

REPARATIES

In de medische setting wordt er doorgaans van de eerste verhaalvorm uitgegaan: mensen worden gerepareerd. Het is de vraag of dat altijd de beste houding is. Slot: 'Neem een hoogbejaarde vrouw met longont-

steking. Die aandoening wordt behandeld. Een maand later valt ze en breekt een heup. Kort daarop blijkt ze kanker te hebben en worden nieuwe behandelopties overwogen. De artsen – elk met hun eigen discipline – zijn bezig met reparaties, maar het grote verhaal – dit is iemand die het einde van haar leven nadert – dreigt zo buiten beeld te blijven. Terwijl je juist vanuit dat grote verhaal kunt gaan praten over wat iemand nog wil, in de tijd die resteert. Dat studenten met die ogen naar de zorg gaan kijken, maakt de cursus onder meer relevant.'

Ligt dat voor psychologen niet genuanceerder? Iemand die depressief is, moet zijn leven anders inrichten, dat hoort vaak bij de behandeling. 'Binnen de psychologie is meer ruimte voor complexiteit en tegenstrijdigheid,' bevestigt Slot. 'Maar in de moderne benaderingen zit het reparatieparadigma er ook in. Cognitieve gedragstherapie gaat over: je hebt een aantal gedachtes die je dwars zitten en als je die ombuigt, ben je van de problemen af in zes overzichtelijke sessies.'

Dat is niet altijd slecht, voegt Slot eraan toe. 'Het is een groot goed dat we tegenwoordig op zoek gaan naar oplossingen, natuurlijk willen we allemaal gerepareerd worden. Maar soms is er het grotere verhaal dat daarmee in de verdrukking komt, omdat alleen die kleine reparaties aandacht krijgen. Uitzoeken of er meer aan de hand is, dat gesprek wordt soms niet gevoerd.'

METAFOREN

Op deze laatste cursusdag wil Slot het hebben over metaforen. Als we over ziekte praten, kunnen metaforen daarin een belangrijke rol spelen. Zoals de metafoor van ziekte als strijd. Onder meer Michael White, de ontwikkelaar van de narratieve therapie, heeft daarover geschreven in verband met anorexia (White, 2011). Vaak wordt anorexia als vijand gezien waartegen je kunt vechten, maar die vechtmetafoor kan ook beklemmend werken, stelt White. Want een strijd kun je ook verliezen en dan heb je misschien niet genoeg je best gedaan. White laat zien dat er ook andere verhalen te maken zijn over de rol van anorexia in iemands leven. Dan kun je zien dat anorexia niet alleen de grote vijand is, maar erken je dat er meer facetten zijn. Anorexia is als het ware een *round character* geworden. De ziekte probeert de patiënt ook te helpen, al is dat niet op de meest gezonde manier. Niet eten is bijvoorbeeld ook een manier om controle te houden. Of de ziekte helpt om dingen niet te voelen. 'Het is goed als de zorgverlener dit alles onderkent en het verhaal – de ziekte is een vijand die overwonnen moet worden – niet automatisch ondersteunt, maar ook op andere mogelijke verhalen wijst,' zegt Slot.

Slot vraagt de studenten wat ze vinden van de strijdmetafoor bij ziekte.

'Een leugen,' antwoordt een student. 'Je zegt dan eigenlijk dat iemand niet dood hoeft te gaan aan kanker, als hij maar hard genoeg vecht.'

Een andere studente vult aan: 'Het legt een druk op de patiënt.'

Een derde student zegt: 'Ik weet niet wat ik ervan vind, maar ik snap wel dat het voor mensen soms kan werken om strijdbaar te zijn.'

Dan krijgen de studenten de opdracht om in groepjes een andere metafoor te bedenken voor iemand die kanker krijgt. In een van de groepjes wordt wat heen en weer gepraat en opeens vraagt een studente: 'Wat is het eigenlijk precies, metafoor?' Ze trekt de laptop naar zich toe. 'Ik ga metafoor googlen.'

Na een korte overlegpauze komen de studenten met een aantal nieuwe metaforen. De eerste verzucht dat hij het maar moeilijk vindt. 'Het wordt al snel te positief,' vindt hij, maar zegt dan: 'Een dubbelleven. Er komt eigenlijk een soort leven naast.'

'Ongevraagd gezelschap,' zegt een tweede. 'Dat is neutraal, want daarmee heb je nog niet gezegd of het positief of negatief is. Maar het is er, je kunt maatregelen nemen en soms heb je er geen last van.'

'Ik weet geen goede metafoor,' zegt een derde student. 'Als het stom is, is het gewoon een rottijd.'

Slot vertelt dat een goede metafoor mensen kan helpen begrijpen wat je doormaakt, het slaat een brug. Zoals schrijver, filosoof en transgender Maxim Februari een week eerder uitlegde. Hij gebruikte een metafoor om mensen te laten voelen wat hij heeft doorgemaakt. Aan een jongen vroeg hij: 'Hoe voel jij je als je in een jurk naar een feest moet gaan? Nou… zo was het voor mij om vrouw te zijn.'

Februari was een van de gastdocenten bij de cursus. Hij illustreerde het belang van verhalen in de zorg. Mensen die van geslacht willen veranderen, moesten lange tijd een bepaald verhaal vertellen om voor behandeling in aanmerking te komen. Dat verhaal werd onder lotgenoten doorverteld. Twintig jaar

FOTO: PETER VALCKX

'Hoe zou jij je voelen als je in een jurk naar een feest moest? Nou, zo was het voor mij om vrouw te zijn'

geleden moest je bijvoorbeeld vertellen dat je suïcidaal was. Wie dat zei, kwam zeker in aanmerking voor een behandeling en iedereen was daarvan op de hoogte. Tegenwoordig hoeft iemand niet meer suïcidaal te zijn, maar het 'verplichte' verhaal heeft nieuwe ingrediënten gekregen.

OFFLINE

Ook behandelaars hebben hun eigen verhalen en die beïnvloeden de manier waarop ze hun werk doen. Ze hebben zo hun problemen en worden geraakt door bepaalde dingen. Een van de boeken die behandeld worden heet *What doctors feel* (Ofri, 2013). Het geeft een tamelijk zwart beeld van het leven als behandelaar. Vaak beginnen pas afgestudeerden vol idealen aan hun carrière. Maar de praktijk kan uitputtend zijn en sommige behandelaars branden vervolgens af. 'Dat vonden veel studenten schokkend,' vertelt Slot.

Ook bij trauma's is het vertellen van verhalen van belang. Als er iets overweldigends gebeurt – je hoort een ernstige diagnose of maakt iets traumatisch mee – gaat ons taalcentrum offline. Dan blijven we herbeleven zonder dat het gebeurde een plaats krijgt in de vertelling over ons leven, als iets wat voorbij is. Het trauma moet dan op een veilige manier herbeleefd worden, bijvoorbeeld via EMDR, zodat we er een verhaal van kunnen maken. Iets een plek geven betekent: het een plek geven in het verhaal van ons leven.

ORDENEN

Behalve het vertellen van verhalen, komt ook het schrijven zelf als methode aan bod tijdens de colleges. Bijvoorbeeld via expressief schrijven. Dat wil zeggen: schrijven niet met het doel dat anderen het lezen, maar voor jezelf, om de eigen gedachtes te ordenen bijvoorbeeld. Daar is veel onderzoek naar gedaan, onder andere door de Amerikaans sociaal psycholoog James Pennebaker van de Universiteit van Texas. Als proefpersonen een aantal dagen gedurende twintig minuten over een traumatische gebeurtenis schrijven, worden ze daar gezonder van, dat wil zeggen: ze scoren beter op harde maten als minder doktersbezoek en een lagere bloeddruk.

Studenten krijgen gedurende de cursus verschillende schrijfoefeningen en ze moeten twee korte verhalen schrijven. Voor het eerste verhaal kunnen ze kiezen wiens perspectief ze innemen: dat van zorgverlener of van zorgvrager. Slot: 'Degenen die voor een zorgverlener kozen, hadden daar vaak een geïdealiseerd beeld van. De verhalen gingen erover dat de zorgverleners een patiënt iets heel ergs moesten vertellen en daar hadden ze de hele nacht van wakker gelegen. Dat zal de eerste paar keer zo zijn, maar als je de hele dag mensen ziet, is dat niet meer zo. Dan kan het zijn dat je auto bij de garage staat met een kapotte versnellingsbak, wat erg duur gaat worden, en dan moet je ook nog iemand vertellen dat hij niet meer beter wordt. Je kunt misschien wel willen dat je altijd empathisch bent, maar de hele dag empathie voelen, dat hou je niet vol. Maar je kunt wel compassie hebben.'

Inmiddels hebben ze het verhaal herschreven met de feedback van Slot. Hoe was dat, wil ze weten. Een student zegt: 'Zelf denk je vooraf: jee wat is dit goed. Dat blijkt dan tegen te vallen. Maar ik vond de tips heel zinnig. In het begin van mijn verhaal geef ik te veel weg.'

Een ander worstelde ermee dat ze het verhaal al zo vaak had gelezen dat ze er geen zin meer in had. 'Welkom in mijn vak,' zegt Slot. 'Schaven hoort erbij.'

De hele dag empatisch zijn, dat is niet vol te houden, die boodschap blijft bij menigeen hangen. In een essay dat studenten ook moeten schrijven, en dat *De Psycholoog* mag inzien, schrijft een studente: 'Empathie wordt in onze maatschappij over het algemeen als iets positiefs gezien, waardoor ik zelf nooit eerder over dit verschil had nagedacht. Maar het inzicht dat empathie niet altijd goed is, werd al snel bevestigd: mijn beste vriendin, die enorm empathisch is, werd diep ongelukkig toen ze veel omging met iemand met een depressie.'

In de korte schrijfoefeningen laat Slot in de loop van de cursus verschillende verhaaltechnieken voorbij komen. 'Het zijn geen mensen die schrijver willen worden, maar ze vinden het leuk om het een keer te proberen,' vertelt ze over de curisten. Uit de evaluaties blijkt het college dat juist de combinatie van creativiteit en reflectie een voltreffer is.

Slot zet de verhaaltheorie steeds af tegen wat er in de werkelijkheid gebeurt. Zo vertelt ze over de spanningsboog in een verhaal. 'Dat is een construct, met een opbouw: er gaat iets gebeuren, de spanning stijgt en uiteindelijk wordt het probleem opgelost. In het leven daarentegen gebeurt jaren niets, dan stort je ineens in een diepe depressie en na een tijdje gaat het beter en dan kabbelt het leven weer een tijdje voort.'

En neem de lijnen die ziektes doorlopen, bijvoorbeeld bij ouderen: het is een flauwe lijn die langzaam naar beneden loopt. Slot: 'Zo gaat dat in het leven, maar daar is verhaaltechnisch niet zoveel aan. Een verhaal is een geselecteerde uitsnede van een leven die de lezer moet verleiden een tijdje met iemand mee te lopen.'

In haar essay schrijft de studente: 'De naam van het vak Narrative Care hint naar het belang van verhalen binnen de zorg, maar geldt voor mij ook andersom: ik ben meer gaan geven om verhalen, Care for Narratives. Plotseling zie ik overal verhalen om mij heen.'

WISSELWERKING

Het idee voor de cursus bedacht Slot zelf. Ze gaf al lessen *creative writing* binnen de Honours Academy van de Universiteit. Er is daar veel ruimte om te experimenteren met multidisciplinaire cursussen, en dit leek haar een vruchtbare wisselwerking. 'Ik heb veel gelezen over psychologie en de medische kant, het onderwerp ligt me na aan het hart. Bovendien is ziekte, psychisch of fysiek, een klassieke verstoring van de status quo waarmee verhalen doorgaans beginnen,' vertelt Slot. 'Alles krijgt opeens meer urgentie. En wat in verhalen van belang is, komt ook bij ziekte aan bod: liefde en dood en verbinding en proberen autonoom te zijn, alles zit erin. Dus ziekte is een interessante setting.'

De cursus bestaat uit acht colleges met afsluitend een dag. De 21 studenten krijgen schrijfopdrachten, moeten literatuur doornemen en bij elk college worden twee presentaties gegeven van boeken die de studenten zelf hebben uitgekozen. Ze hebben daarbij keus genoeg: ziektegeschiedenissen zijn als genre populair. De metafoor van strijd en overwinning klinkt in veel van die boeken door.

De cursus is gericht op studenten, maar kan zeker ook nuttig zijn voor hulpverleners die al in de praktijk werken, denkt Slot. 'Schrijven is reflecteren, een stap terugnemen en nieuwe perspectieven zien. Juist als je de hele dag door moet reageren, kan dat van grote waarde zijn als je weer even naar het grote verhaal gaat. Het verhaal van een ander, maar zeker ook je eigen verhaal.'

Literatuur

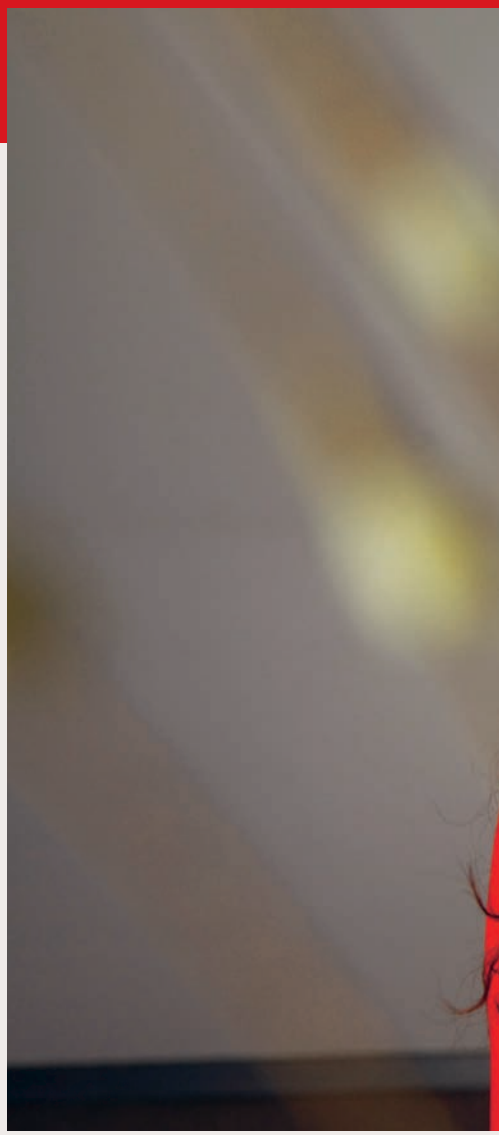
Frank, A.W., (1997). *The Wounded Storyteller. Body, Illness, and Ethics.* Chicago Illianois: The University of Chicago Press

Ofri, D., (2013). *What Doctors Feel: How Emotions Affect the Practice of Medicine.* Boston: Beacon Press.

James Pennebaker, ( ). Expressive Writing

White, M., (2011). *On anorexia: An interview with Michael White.* In M. White, Narrative practice: Continuing the conversations (D. Denborough, Ed., 87-83). New York, NY: W. W. Norton & Company

IN SPE – ELSE TREFFERS



'Op de middelbare school wist ik al vroeg dat ik psychologie wilde studeren. Ik ging in 4 en 5 vwo naar open dagen en meeloopdagen op universiteiten en las me goed in. Uiteindelijk koos ik voor de universiteit van Tilburg, daar zit ik nu in het derde jaar. Ik zag al vrij snel heel gemotiveerde en actieve studenten om mij heen. Zelf was ik nog niet zo bezig met het cv dat ik in de toekomst nodig zou hebben. Maar ik denk wel dat veel studenten psychologie tegenwoordig heel bewust bezig zijn met het opbouwen van een mooi cv, omdat er ook na de studie soms nog een lange weg te gaan is. Wanneer je gz-psycholoog bent, liggen de banen voor het oprapen vergeleken met wanneer je basispsycholoog bent. Zonder gz-opleiding kun je te maken krijgen met meer concurrentie en minder baanopties.

In het begin had ik wel een route voor ogen: snel afstuderen, doorstuderen voor gz-psycholoog en dan het werkveld in. Maar daar ben ik van afgestapt, nu volg ik gewoon mijn gevoel. Het is denk ik belangrijk te beseffen dat je altijd van het uitgestippelde pad kan afwijken, dat de ene ervaring leidt tot de andere. Wie weet waar het je uiteindelijk brengt. Een jaar geleden had ik ook niet kunnen vermoeden dat het allemaal zo zou lopen.

EEN GROTE BESLISSING

Het begon eigenlijk in mijn tweede jaar, toen ik iets naast mijn studie wilde doen. Dat werd een parttime commissie bij SPS-NIP, gericht op de carrièremogelijkheden van studenten. Ik kreeg de smaak wel te pakken en toen het Landelijk Bestuur van SPS me vroeg om daarvoor te solliciteren, hoefde ik niet lang na te denken.

Het betekende wel dat ik mijn studie moest onderbreken. Maar het bleek een goede keuze, want bijna alle vaardigheden die ik de afgelopen jaren heb vergaard, heb ik in mijn bestuursjaar geleerd. Bijvoorbeeld een sterk ontwikkeld verantwoordelijkheidsgevoel, want we hadden toch een achterban van meer dan drieduizend studenten. En ik ben er meer autonoom en op een bepaalde manier volwassen door geworden, dat zeiden mijn ouders al na een maand. Ze merkten het aan mijn manier van praten en de dingen waar ik me meer voor ging interesseren. Ik ben nu veel meer op de hoogte van politieke ontwikkelingen en vooral de ins en outs van het werkveld van de psycholoog.

Soms was het bestuurswerk een beetje overweldigend, bijvoorbeeld bij een overleg waar allemaal gepokte en gemazelde psychologen uit het werkveld bij aanschoven, maar dat was overweldigend op een goede manier. Het was goed om me daar in te storten en maar te zien hoe het zou gaan.

ORDE HOUDEN

Via mijn werk voor SPS-NIP raakte ik ook betrokken bij een pilot over psychologie als vak op de middelbare school, eigenlijk een introductie op de psychologie. Ik verzorgde zelf een deel van de lessen, wat in het begin wel spannend was. Spreken voor groepen was ik wel gewend, maar lesgeven aan kinderen is andere koek. Ik moest uit mijn comfortzone komen, ik had vooraf geen idee of de groep gemotiveerd was en of ik wel orde kon houden. Uiteindelijk verliep het prima, de leerlingen zaten er met oprechte interesse, want ze hadden zelf gekozen voor het vak. En ik ben maar een paar jaar ouder, dus dat praatte makkelijk. Na de eerste les raakte ik in een flow, ook omdat het om stof ging die ik zelf al goed kende en waar ik enthousiast over ben.

Terugkijkend wou ik dat ik ook zulke lessen had kunnen volgen op school. Veel scholieren zouden gebaat zijn bij een beter beeld van de studie psychologie, dat zou een stuk minder uitvallers kunnen betekenen. De ervaring van het lesgeven neem ik ook weer mee naar de universiteit, waar ik nu werkcolleges geef aan eerste- en tweedejaars studenten. Dat had ik misschien nooit gedaan als ik die lessen niet had gegeven.

Nu ben ik de laatste vakken van mijn bachelor aan het afronden en na de zomer begin ik aan een tweejarige master Medische Psychologie. Ik verheug me erg op de stage in een ziekenhuisomgeving,

FOTO: STIJN RADEMAKER

een kans om echt praktische ervaring op te doen. Die stage hoop ik te combineren met onderzoek naar aandoeningen als ALS en Alzheimer. Vroeger wilde ik heel graag werken met mensen met persoonlijkheidsstoornissen, forensische psychologie sprak me daarom erg aan. Hoe complexer mensen in elkaar zaten, hoe interessanter ik het vond. Dat vind ik nog steeds, maar ik zie nu meer uitdaging in werken met mensen die traumatisch hersenletsel hebben of mensen die moeten revalideren na bijvoorbeeld verlies van een lichaamsdeel.

DRUKKE TIJDEN

Afgelopen mei ben ik ook verkozen in de nieuwe ledenraad van het NIP, dus het worden drukke tijden. Ik heb me verkiesbaar gesteld omdat ik het belangrijk vind dat er ook iemand met een studentenachtergrond in zit, die zich bewust is van wat er specifiek speelt onder studenten. Bovendien: bijna een kwart van de NIP-leden bestaat uit studenten. In de oude samenstelling van de raad zaten mensen er als afgevaardigde van hun sectie, dus vooral met hun eigen groep in het achterhoofd. Het zou goed zijn als we met z'n allen meer voor het grote geheel gaan, ervoor zorgen dat alle psychologen zich door het NIP vertegenwoordigd voelen.

Ik vind psychologie het mooiste vak dat er is en tijdens mijn bestuursjaar ben ik erg gehecht geraakt aan het NIP. Ik wil heel graag helpen de vereniging die nieuwe kant op te sturen. Een omgeving uitbouwen waar iedereen welkom is en waar wetenschap een belangrijkere rol speelt dan nu. Ik denk dat ik daar met mijn ervaring en kennis een goede bijdrage aan kan leveren, zowel in de ledenraad als daarbuiten.'

'Hoe complexer mensen in elkaar zaten, hoe interessanter ik het vond'

Word jij onze nieuwe klinisch psycholoog?

Tijd om je te leren kennen!

- Ondernemend
- Innovatief
- Creatief
- Lef

Heb jij een hekel aan verandering? Heb je veel aansturing nodig? Heb je een echte 9-tot-5 mentaliteit en ben je bijzonder volgzaam in het beleid van je management? Dan ben jij *niet* de nieuwe collega waar wij naar op zoek zijn. Wij zoeken namelijk een ondernemende, creatieve en innovatieve klinisch psycholoog!

Er is bij ons ruimte voor eigen ontwikkeling en het opzetten van eigen onderzoek. Naast patiëntenzorg verzorg je onderwijs en supervisie. We zoeken een BIG-geregistreerd klinisch psycholoog die achter zijn of haar psychologische kennis durft te gaan staan en lef toont in het bepalen van beleid.

Kijk voor de uitgebreide vacaturetekst op www.mcl.nl/vacature

mcl
medisch centrum leeuwarden

---

psy ned Psychologen Nederland

Meer cliënten in je eigen praktijk?

Psyned zoekt ervaren (basis)psychologen en relatietherapeuten met een eigen praktijk. Wij ondersteunen vrijgevestigde behandelaars met het vinden van cliënten, facturatie en secretariaat.

Psyned is een onafhankelijke instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Als landelijke zorgaanbieder zijn wij gespecialiseerd in het matchen van cliënt en behandelaar.

Kijk voor meer informatie op onze website:
www.psyned.nl/zorgaanbieder
of mail nu:
zorgaanbieder@psyned.nl

Psyned zoekt met spoed behandelaars in:

Delft	Heerenveen	Meppel
Den Helder	Heerlen	Middelburg
Emmen	Hoorn	Purmerend
Enschede	Katwijk	Rotterdam
Gorinchem	Leeuwarden	Venlo
Heemskerk	Lelystad	Waalwijk

Staat jouw plaats er niet bij? Informeer naar de mogelijkheden.

RINO • amsterdam
opleiding en inspiratie voor professionals in de GGZ

Het bestuur van de Stichting Postacademische (G)GZ-opleidingen Amsterdam roept kandidaten op te solliciteren naar de functies:

Hoofdopleider opleidingen GZ-psycholoog
en
Hoofdopleider opleidingen Klinisch Psycholoog

Meer informatie over de vacatures en de sollicitatieprocedure vindt u op:

www.rino.nl/hoofdopleider

www.rino.nl

Wees ontevreden

Hart voor herstel: werken aan een menswaardige ggz
Door Remke van Staveren (2018)
Utrecht: De Tijdstroom, 172 p.

Recensent: Karel Soudijn

Psychiater Remke van Staveren richt zich tot iedereen in de geestelijke gezondheidszorg die gebukt gaat onder de last van lijsten en 'protocollen, richtlijnen, regels, afspraken, voorschriften en formulieren'. Hulpverleners besteden te veel tijd aan bureaucratische verplichtingen, terwijl de gezondheidszorg daar niet merkbaar beter van wordt. Sterker nog: al dat gedoe vergroot het risico dat professionals zélf patiënt worden. Van Staveren adviseert haar collega's om nu eens een keer flink kwaad te worden en collectief in opstand te komen. Wees ontevreden! Wie dat niet durft, kan kleine stapjes zetten om de eigen praktijk te veranderen. Bijvoorbeeld: werk vertragend. Geef niet meteen antwoord op vragen die u van een hogergeplaatste functionaris krijgt. Kijk of diens problemen vanzelf verdwijnen. Streef vooral niet naar perfectie, maar stop zodra iets de goede kant uitgaat. Dat soort zaken.

Medici zijn opgeleid als geneeskundigen, maar volgens Van Staveren is het in de geestelijke gezondheidszorg veel beter om 'herstel-ondersteunend' te werken dan om te streven naar genezing. Staar u vooral niet blind op het effect van een therapie, want dat is er misschien helemaal niet, maar kijk hoe u de sterke punten van individuele patiënten of cliënten wat verder kunt ontwikkelen. Een van haar aanbevelingen luidt: 'Doe als Disney'. Filmmaker Walt Disney verenigde volgens Van Staveren alles in zich waar hulpverleners een voorbeeld aan kunnen nemen. Hij was een dromer die zijn onbegrensde fantasie inzette en alle waarschuwingen van anderen in de wind sloeg. Disney was echter ook een realist die praktische mogelijkheden tot in detail bekeek. En hij was de onverbiddelijke criticus die altijd op zoek was naar verborgen gebreken.

Met Walt Disney springt een opvallend kenmerk van dit boek in het oog. Op de ene bladzij bepleit de auteur imperfectie, maar in een ander gedeelte van haar boek stelt zij ons iemand ten voorbeeld die slechts volmaakte producten op de markt wilde brengen. Onderdelen van *Hart voor herstel* zijn vaak met elkaar in tegenspraak. Zo pleit Van Staveren opeens tegen tijdmanagement, want daardoor worden we efficiënter en krijgen we het nóg drukker. En dat is slecht. Maar wie ooit eens een boekje over timemanagement heeft doorgenomen, vindt op allerlei plaatsen bij Van Staveren aanbevelingen terug (zoals: prioriteiten stellen) die dááraan nu juist zijn ontleend.

Rommeligheid is echter meteen het aantrekkelijke van dit boek. Het staat vol met ideeën en verwijzingen waar mismoedige hulpverleners weer vrolijk van kunnen worden. Eigenlijk is dit voor de doelgroep een zelfhulpboek, geschreven door een auteur die een grote variatie aan zelfhulpboeken (al dan niet elektronisch beschikbaar) plunderde. Veel tips en trucs lijken banaal, maar passen goed bij het idee om eerst maar eens een paar kleine stappen te zetten. En voor kritische lezers is er altijd wel weer een uitdagende paradox. Bijvoorbeeld: denk niet in problemen maar in mogelijkheden. Formuleer echter vooral problemen, want die kunt u van alle kanten bekijken om nieuwe mogelijkheden te ontdekken.

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

BOEKEN

Cliënt met vliegangst

'Ik heb vliegangst': diagnose paniekstoornis
Door Arlen Hoebergen (2018)
Delft: Uitgeverij Elmar, 199 p.

Recensent: Karel Soudijn

Arlen Hoebergen is 51 jaar als hij te horen krijgt dat hij voor zijn werk naar Bonaire moet vliegen. Het idee van een negen uur durende vliegreis maakt hem zo angstig, dat hij professionele hulp zoekt. Eerst komt hij terecht bij een arts in opleiding. Daarna spreekt hij met een psychiatrisch verpleegkundige. En via zijn huisarts kan hij het kalmeringsmiddel oxazepam bij de apotheek ophalen. Als hij de bijsluiter doorleest, raakt hij nog meer in paniek. Hij denkt dat één pilletje niet lang genoeg werkt; bovendien maakt hij zich zorgen om bijwerkingen. Verder komt hij er achter dat hij niet zomaar een voorraad oxazepam mag meenemen naar Bonaire, want het middel valt onder de opiumwet. En het is al te laat om een officiële verklaring voor het bezit ervan aan te vragen. Met toestemming van zijn werkgeefster annuleert Arlen zijn vlucht. Hij gaat in therapie bij Lonneke Mechelse, een psycholoog.

Van die behandeling doet hij verslag in dagboekvorm, en dat maakt dit boek interessant voor vakgenoten. Het dagboek zal wel verzonnen elementen bevatten, want de schrijver werkt veel met dialogen. Toch zal de weergave van de psychologische aanpak redelijk correct zijn, want Mechelse schreef het voorwoord bij dit boek en zij maakt geen aanmerking op de verslaglegging.

De psycholoog houdt het kort en zet Arlen flink aan het werk. Aan het eind van het intakegesprek krijgt hij als huiswerkopdracht: nadenken over zijn jeugd. Verder krijgt hij vragenlijsten toegestuurd. In het tweede gesprek bespreekt de psycholoog de testuitslagen met hem. Hij krijgt nu de opdracht om na te denken over vervelende zaken die in zijn jeugd of later plaatsvonden. Aan het slot van het derde gesprek wordt hij verwezen naar iemand die een EMDR-behandeling geeft. Daar gaat Arlen wel naar toe, maar EMDR mislukt bij hem volkomen. Arlen heeft hierna met Mechelse nog één gesprek waarover hij rapporteert. Aan het eind hiervan adviseert zij hem om naar de Efteling te gaan, waar hij in de achtbaan bezig kan zijn met 'in vivo exposure'. Samen met een vriend gaat de cliënt inderdaad naar het pretpark, waar ze een hele reeks toestellen afwerken.

Wat levert deze psychologische behandeling nu op? Dat is niet zo duidelijk. Arlen is in staat om nu een vliegtocht van twee uur te maken, maar hij blijft erg gespannen en neemt toch maar een pilletje oxazepam in. Op zijn werk op het Centraal Bureau voor de Statistiek is afgesproken dat hij in een (veel) later stadium alsnog naar Bonaire zal vliegen, maar we krijgen niet te lezen of die veel langere vliegreis ook echt door hem wordt gemaakt. Wel durft hij na de psychologische behandeling te praten en te schrijven over trauma's uit zijn kindertijd. Misschien was het resultaat van de therapie vooral dat het proces van steeds verder toenemende paniek werd afgeremd. En de psycholoog heeft hem kennelijk geleerd dat het helemaal niet gek is om aan het begin van een vliegreis oxazepam te slikken.

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

WAT ONS BEZIGHOUDT

Nederlands Instituut van Psychologen NIP

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!

Eerst begrijpen waarom iemand niet meer wil leven

"We gaan vanmiddag tegen de zon in kijken", waarschuwt Kees Jan van der Boom, de nieuwe voorzitter van de bestuurscommissie ethische zaken van het NIP. "Want we gaan praten over een beladen, ongemakkelijk onderwerp: Doodswensen."

In een sfeervolle maar erg warme zaal in het Academiegebouw in Utrecht zijn zo'n zestig psychologen bij elkaar om te praten over de rol van de psycholoog bij doodswensen. De bijeenkomst werd 1 juni georganiseerd ter ere van het afscheid van Henk Geertsema. Ruim 15 jaar was hij actief bij de ethische commissie, waarvan 10 jaar als voorzitter. Geertsema is o.a. verbonden aan het Centrum voor Wilsbekwaamheidsvragen van het VU medisch centrum Amsterdam en koos voor dit onderwerp, dat hem na aan het hart ligt.

Ouder worden is niet leuk

Als je partner niet meer leeft, je lichaam steeds minder meewerkt en je je eenzaam voelt, valt het niet mee nog plezier uit het leven halen. Spreker Els van Wijngaarden, docent en onderzoeker aan de Universiteit voor Humanistiek, sprak met ouderen over het lijden aan het leven. "Ik hoor er niet meer bij", hoorde zij vaak terug. Maar ook: "Ik herken mijzelf niet meer", "Ik ben anderen tot last" of zelfs letterlijk "Van mij hoeft het zo niet meer". Hoe reageer je hierop als psycholoog?

De psycholoog is bij uitstek de aangewezen persoon om iemands doodswens verder te exploreren. Dat concluderen alle sprekers van het congres unaniem. Ouderen voelen zich vaak nauwelijks gezien met hun doodswens. Een huisarts kijkt vaak vooral of hij lichamelijke ongemakken kan verlichten of concludeert al snel: "U bent depressief". Terwijl iemand juist behoefte heeft aan een open gesprek met iemand die zijn of haar doodswens begrijpt. Dat is psychologenwerk!

Eerst begrijpen, dan zien

Suïcide heeft enorme impact. Twintig procent van de nabestaanden krijgt te maken met complexe rouw. Bovendien lopen zij meer kans zichzelf te doden. Euthanasie heeft dat effect niet: de rouw verloopt vaak hetzelfde als bij een natuurlijke dood. Volgens spreker Jos de Keijser, moet je eerst begrijpen waarom iemand niet meer wil leven. Zijn advies: kruip in iemands huid. Stel de vraag: waarom heeft u het nog niet gedaan? En betrek de naasten bij deze gesprekken.

De regels

Wat zegt de beroepscode eigenlijk? Henk Geertsema benadrukt de artikelen over autonomie en wilsbekwaamheid. Psychologen stimuleren hun cliënten om zelf keuzes te maken. Niet meer willen leven, kan zo'n keuze zijn. Maar hoe ga je daarmee om als cliënten kwetsbaar zijn en als de eigen wil niet heel duidelijk aanwezig is? Dit is complexe materie waar tijdens de opleiding nauwelijks aandacht aan wordt besteed. Geertsema heeft daarom zelf nascholing ontwikkeld over dit onderwerp, maar zou graag zien dat praten over de dood meer aandacht krijgt. Zoals iemand uit de zaal verzucht: "Het is zoveel makkelijker om een kinderwens te bespreken dan een doodswens."

Henk Geertsema *was tien jaar voorzitter van de BEZ, zijn opvolger is Kees Jan van der Boom*

“De lichaamsgerichte aanpak is stoornis-overstijgend en werkt bij alle disciplines”

De maatschappij heeft steeds meer aandacht voor de relatie tussen lichaam en geest. Daar is de sectie Lichaamsgericht Werkende Psychologen (LWP) blij mee. Maar het kan nog beter! Voorzitter Muriël Lindeijer vertelt over de ambities van de sectie.

Muriël is 24 jaar en draait sinds een halfjaar mee als voorzitter van de sectie LWP. Tijdens haar studie was ze al actief in het bestuur als SIS'er (Student in Sectie). Dat beviel zo goed, dat ze na haar studie de overstap naar het bestuur maakte.

Kennis delen

Ze kwam terecht bij de sectie omdat ze de lichaamsgerichte aanpak miste in haar studie. “Verbinding tussen lichaam en geest is voor mij zo vanzelfsprekend.” De kennis hierover wil zij graag met andere disciplines delen. Tijdens de dialoog-sessie met de sectievoorzitters van het NIP zag Muriël daar al veel kansen voor en zij gaat de andere secties zeker actief opzoeken. “De lichaamsgerichte aanpak is stoornis-overstijgend en werkt bij alle disciplines. Of je nu arbeids- en gezondheidspsycholoog bent en burn-outs behandelt, in een ziekenhuis werkt of in een ggz-instelling.”

De sectie LWP boekte afgelopen jaar mooie successen. Sectieleden werkten mee aan de ontwikkeling van de post-master opleiding lichaamsgerichte psychologie van RINO. LWP is er trots op dat er nu eindelijk een goede opleiding voor hun vakgebied is. Universiteiten bieden ook steeds vaker een keuzevak LWP aan. De sectie ziet natuurlijk graag dat iedere psychologiestudie LWP in het curriculum opneemt.

Brug slaan

“Wij willen een brug slaan tussen het somatische en psychische stuk”. POH-ggz’ers, huisartsen, medewerkers van ziekenhuizen en psychologen uit andere disciplines nodigen wij daarom graag uit om naar onze bijeenkomsten te komen of (belangstellend) lid te worden. Op het najaarscongres zal een huisarts als gastspreker optreden.

Tot slot gaat de sectie actiever intervisie aan hun leden aanbieden. “Want wij vinden het belangrijk dat psychologen zelf ook goed in hun vel zitten!”

ACTIEF WORDEN VOOR DE SECTIE LWP?

De sectie is op zoek naar een nieuwe bestuursleden. Heb je ervaring met Lichaamsgericht werken en wil jij je inzetten voor je vak? Reageer dan via www.psynip.nl/lwp

"ZORG DAT JE IN BEELD BENT BIJ VERWIJZERS"

Gedreven medewerkers van het NIP-bureau zetten zich dagelijks in voor de belangen van u en uw cliënten. Zij volgen ontwikkelingen in uw werkveld, houden zich actief bezig met belangenbehartiging en zetten zich in voor goede voorwaarden waaronder psychologen hun werk moeten doen. Daarbij werken ze samen met actieve leden en stakeholders in het werkveld. Wat doet Cécile Salden, beleidsmedewerker Langdurige zorg, voor u?

Na een jaar lang overal hard aan de deur kloppen, zit Cécile aan tafel bij de belangrijkste stakeholders in de langdurige zorg. Het ministerie van VWS brengt dankzij haar lobby binnenkort een eerste werkbezoek aan een instelling. Een mooi resultaat; nu kan ze echt meters gaan maken.

Wat Cécile opvalt, is dat weinig mensen weten dat er psychologen werken in de langdurige zorg. Zij heeft er het afgelopen jaar hard aan gewerkt om die zichtbaarheid te vergroten. Psychologen werken bij instellingen die zorg bieden aan ouderen, mensen met een verstandelijke beperking, ernstig psychiatrische patiënten en mensen in de revalidatiezorg. Cécile's missie is om iedereen te laten zien hoe belangrijk die inzet van psychologen is en te zorgen dat deze zorg in de bekostiging wordt opgenomen. Zo worden psychologen bijvoorbeeld ingezet als het gaat om diagnostiek en behandeling van onbegrepen gedrag bij mensen met dementie of Parkinson. Psychologen maken dan een behandelplan waarin staat hoe de cliënt en zijn naasten hiermee zo goed mogelijk kunnen omgaan.

Volop in beweging

Mensen die langdurige zorg nodig hebben, worden minder snel opgenomen in een instelling. De psycholoog kan mensen helpen om zo lang mogelijk thuis te wonen en de kwaliteit van hun leven te verbeteren. Het lastige is dat psychologen meestal in instellingen werken. Hoe kun je dan toch zorg bieden aan mensen die thuis wonen? Deze zogenaamde extramurale zorg is volop in beweging en moet op veel plaatsen nog worden ingericht. Cécile: "Dit is hét moment om de expertise van de psycholoog in beeld te brengen en om de inzet van psychologen zo goed mogelijk te regelen."

Hoe regel je de zorg voor mensen die thuis wonen?

In beeld bij verwijzers

De vragen die psychologen in de langdurige zorg krijgen, worden ook steeds complexer. Cliënten zijn vaak kwetsbaar en vragen zelf niet makkelijk om hulp. Cécile vindt het belangrijk dat psychologen eerder in beeld komen bij verwijzers. De huisarts of wijkverpleegkundige komt bij mensen thuis. Het zou mooi zijn als zij vaker psychologen inschakelen. Een psycholoog kan veel betekenen om de kwaliteit van leven van iemand te verbeteren. Doordat zorgvragen complexer worden, is een goede opleiding van psychologen steeds belangrijker. Dus ook in de langdurige zorg zijn meer gz-opleidingsplaatsen nodig!

Krachten bundelen

Cécile roept psychologen in de langdurige zorg op om kennis te delen en hun krachten te bundelen. "Samen kunnen we veel winst behalen", daarbij kan zij de kennis en expertise van leden hard gebruiken. Werk je in een instelling waar al heel goed is geregeld of waar nog veel vragen zijn? Neem contact op met Cécile.Salden@psynip.nl of bel (030) 820 15 00.

NIEUWE LEDENRAAD FEESTELIJK GEÏNSTALLEERD

Op 6 juni 2018 werd de nieuwe ledenraad feestelijk geïnstalleerd in de Driehoek te Utrecht. Oud-ledenraadslid Paul Betgem overhandigde iedereen een kleurrijk 'stokje' om de taken over te nemen. Hij gaf alle leden een persoonlijke boodschap mee, variërend van 'wees eigenwijs' , 'veel succes' tot 'meer bitterballen graag!'

De oud-ledenraadsleden werden hartelijk bedankt voor hun grote inzet en betrokkenheid. Zij kregen een bloemetje en cadeautje mee, overhandigd door Lite Linssen van het Algemeen Bestuur.

De nieuwe ledenraad ging meteen aan de slag: zij kregen een training over het functioneren van de ledenraad en hun persoonlijke rol daarin. Als voorzitter werd Nanda Bakker benoemd. De vertrekkende leden borrelden na en hieven het glas op een mooie toekomst voor de nieuwe ledenraad.

Kennismaken met de nieuwe ledenraad?

Kijk op de website www.psynip.nl/ledenraad > De Leden stellen zich voor. En bekijk het filmpje van de feestelijke installatie.

NIP in actie voor meer gz-opleidingsplaatsen en langere basisopleiding

De psycholoog wil aan de slag! Dat is de noodkreet waarmee het NIP alle partijen in de ggz wakker wil schudden. Het NIP trekt aan de bel bij de minister, staatssecretaris, verzekeraars, branchеverenigingen en professionals.

Onze boodschap

De oplossing voor het wachtlijstprobleem is dichtbij. Geef ons:

- meer gz-opleidingsplaatsen en
- snelle erkenning ervaren psychologen via EVC-trajecten.

Het NIP pleit ook voor een langere basisopleiding. Geef klinische psychologiestudenten een langere basisopleiding en laat ze tijdens hun studie de BIG-registratie halen. Net zoals bij medische beroepen. Hoogleraar Marrie Bekker pleitte hier ook voor in haar gastcolumn in *de Psycholoog* van april.

Er moet nú iets gebeuren om de ggz weer werkbaar te maken. Cliënten wachten vaak lang en medewerkers in de ggz staan onder druk. De 760 gz-opleidingsplaatsen voor 2019 zijn een druppel op de gloeiende plaats: de de sector vraagt er 1.234 aan! Het NIP wil echt alles uit de kast halen om de wachtlijstproblematiek aan te pakken, maar dan hebben we veel meer plaatsen nodig.

Met de viral op YouTube willen wij heel Nederland bereiken. Daarvoor hebben wij uw hulp nodig!

Wilt u de film liken en delen? Lees meer over de campagne op www.psynip.nl/NIPinactie.

COLOFON DIT KATERN IS IN OPDRACHT VAN HET NIP SAMENGESTELD DOOR JOLANDA JANSEN. VORMGEVING: STUDIO JORRIT VAN RIJT. MAIL VOOR SUGGESTIES OVER ONDERWERPEN: COMMUNICATIE@PSYNIP.NL.

Wij geloven dat werk gelukkig maakt... jij ook?

(GZ)psycholoog* m/v

Wij geloven dat psycholoog zijn een ambacht is. Dat jij gelukkig wordt van werken met je hoofd, je hart alsook je handen. Wij zoeken psychologen die kunnen overstijgen en reflecteren, die dit doen vanuit ware empathie en cliënten een stevige hand bieden bij het zetten van moeilijke stappen. Wij hebben er al 90 in dienst. Sluit je aan?

Nieuwsgierig?

Kijk voor meer informatie op
www.skils.nl/vacatures

* Aantal uren en standplaats bepalen we samen.

Mandy Grannetia, psycholoog Skils:

"Doordat we ook zakelijke zorg bieden, komen we als behandelaar echt in aanraking met een breed publiek. Problematiek die normaliter buiten de scope van behandeling zou kunnen vallen, kunnen we bij Skils veelal wel meenemen. Dat brengt mij een gevoel van vrijheid als behandelaar; naadloos kunnen aansluiten op wat iemand nodig heeft om weer goed in zijn vel te komen zitten."

Skils
Werk & Psyche

DE SELF-REPORT SYMPTOM INVENTORY (SRSI)

HARALD MERCKELBACH, THOMAS MERTEN,
BRECHJE DANDACHI-FITZGERALD & IRENA BOSKOVIC

Harald Merckelbach en collega's beschrijven een nieuw instrument voor het opsporen van klachtenoverdrijving: de Self-Report Symptom Inventory (SRSI). Dit instrument bestaat uit een mix van plausibele klachten en nepsymptomen. Achterliggende gedachte is dat mensen die hun klachten willen overdrijven beide soorten zullen aanvinken. Op basis van eigen onderzoek concluderen Merckelbach c.s. dat de SRSI kan helpen om klachtenoverdrijving op de radar te krijgen.

EEN INSTRUMENT VOOR KLACHTENOVERDRIJVING

DE SELF-REPORT SYMPTOM INVENTORY (SRSI)

INLEIDING

Sommige patiënten overdrijven hun klachten. Vaak wordt dat verschijnsel volledig onder de noemer van malingeren geschaard, maar dat is niet terecht. Malingeren veronderstelt dat iemand klachten uit de duim zuigt om zo een financieel of juridisch voordeel in de wacht te slepen. Zoiets komt zeker voor, maar patiënten kunnen ook om andere redenen een overdreven voorstelling van hun klachten geven. Ze kunnen bijvoorbeeld klachtenlijsten slordig invullen en dat kan torenhoge scores opleveren (Meyer et al., 2013). Wat ook de oorzaak, het is belangrijk dat de diagnosticus klachtenoverdrijving onderkent en met zoveel woorden benoemt. Want als klachtenoverdrijving onopgemerkt blijft, kan het leiden tot een verkeerde inschatting van wat de patiënt mankeert (Kirkwood et al., 2012; Merckelbach et al., 2014).

Twee verdere opmerkingen zijn op hun plaats. Om te beginnen: buiten het strafrecht vormen patiënten die klachten overdrijven weliswaar een minderheid, maar het is geen verwaarloosbaar kleine groep. Zo vonden Dandachi-FitzGerald et al. (2011) in hun onderzoek onder ggz-patiënten die waren verwezen voor psychodiagnostiek, dat zo'n 20% van hen een overmaat aan pseudosymptomen aankruiste op de *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS; zie onder). Bij patiënten van algemene ziekenhuizen varieerde dat percentage tussen de 12% en 19% (Dandachi-FitzGerald et al., 2017).

Op de tweede plaats: als clinici op hun intuïtie afgaan om te bepalen of de patiënt klachten aandikt, zitten ze er vaak naast. De foutenmarge beloopt dan in de tientallen procenten (Dandachi-FitzGerald et al., 2017; Merckelbach, 2017). Een beproefde manier om die marge omlaag te krijgen, is door instrumenten zoals de eerder genoemde SIMS in te zetten.

ALTERNATIEF VOOR DE SIMS

De SIMS (zie voor de Nederlandse vertaling Merckelbach et al., 2001) bestaat uit een opsomming van pseudosymptomen zoals: 'Wanneer ik een telefoonnummer noteer, merk ik soms dat de cijfers achterstevoren op papier komen ofschoon ik dat helemaal niet wil.' De patiënt moet telkens zeggen of hij – ja of nee – last heeft van de symptomen. Het instrument stoelt op de aanname dat wie op ruime schaal nepsymptomen aanvinkt, zijn klachten op een ongeloofwaardige manier presenteert.

De psychometrische staat van dienst van de SIMS is redelijk (Merckelbach et al., 2013; Van Impelen et al., 2014) en de lijst wordt in ons land veel gebruikt (Dandachi-FitzGerald et al., 2013). Toch kleven er nadelen aan. Niet de minste daarvan is dat de naam (*Structured Inventory of Malingered Symptomatology*) op riskante wijze verwarring sticht. Wie overmatig veel symptomen op de SIMS aankruist, doet aan klachtenoverdrijving, maar is daarom nog geen *malingerer*. Dat is wel een misverstand dat de SIMS voedt. Voorts: de SIMS

Buiten het strafrecht vormen patiënten die klachten overdrijven weliswaar een minderheid, maar het is geen verwaarloosbaar kleine groep

werd ontwikkeld om in de strafrechtelijke context klachtenoverdrijving op te sporen. Veel van de pseudosymptomen die in de SIMS figureren, maken zodoende toespelingen op psychotische aandoeningen en extreem geheugenverlies. Overdrijving van het soort klachten dat ter sprake komt tijdens bijvoorbeeld letselschadezaken – angst, pijn, vermoeidheid – wordt door de SIMS niet gedekt. En dan: de SIMS bestaat enkel uit een opsomming van hoogst atypische symptomen. Daarmee is het instrument voor ingewijden makkelijk te herkennen als een symptoomvaliditeitstest.

In de afgelopen jaren hebben wij met Duitse en Zwitserse collega's gewerkt aan een alternatief voor de SIMS. Wat ons voor ogen stond, was een lijst van zowel plausibele symptomen als pseudosymptomen, en dan zo geformuleerd dat ze diagnostische problemen bestrijken die opduiken in letselschadezaken en bestuursrechtelijke procedures over uitkeringen. Te denken valt inderdaad aan angst en pijn, maar ook aan de post-traumatische stressstoornis (PTSS). Dat leverde de *Self-Report Symptom Inventory* (SRSI) op.

De SRSI heeft 107 items, die de patiënt moet waarderen met een ja of nee. De SRSI begint met twee items die vragen of de patiënt bereid is de lijst zo goed mogelijk in te vullen. Ook omvat de SRSI vijf over de test verspreide items die controleren of iemand consistent is in zijn antwoorden. De hoofdmoot bestaat uit 100 symptomen, waarvan 50 plausibel zijn en 50 hoogst atypisch (pseudosymptomen). De oorspronkelijke verzameling van 150 symptomen kwam tot stand via een consensusvergadering van artsen en psychologen en een inspectie van bestaande instrumenten. Daarbij werd als stelregel gehanteerd dat kandidaat-items niet mochten overlappen met die van de SIMS.

Met de aldus geconstrueerde oerversie werden gegevens verzameld in een heterogene steekproef van patiënten en studenten (N=239). Sommigen van hen gingen zich te buiten aan symptoomoverdrijving; bij anderen was dat niet het geval. Uit de oorspronkelijke verzameling van 150 symptomen werden de 50 symptomen verwijderd die het slechtst onderscheidden tussen deze twee groepen, zodat de 100 best discriminerende symptomen in de definitieve – Duitse – versie kwamen. Er is inmiddels een Noorse, Franse, Engelse en Nederlandse vertaling van deze versie en de eerste resultaten die daarmee werden verkregen, stemmen optimistisch (Merten et al., 2016). Binnenkort publiceert Hogrefe de handleiding van de Duitse SRSI, waarin ook de Nederlandse vertaling ter sprake komt (Merten et al., 2018). De psychometrische kerngegevens die we hieronder bespreken, komen uit deze handleiding.

HOOFDSCHALEN, SUBSCHALEN EN AFKAPPUNTEN

Tabel 1 geeft een indruk van hoe de SRSI is opgebouwd en laat ook voorbeelden zien van plausibele symptomen en pseudosymptomen. De interne consistentie (Cronbach alpha) van de plausibele symptomen (*Xx*) bedraagt, zo bleek uit eerder onderzoek (N=520), 0.95 en die van de pseudosymptomen (*Yy*) 0.92. Voor de afzonderlijke subschalen werden lagere Cronbach alpha's gevonden. De laagste waarde was die voor motorische pseudosymptomen (0.70). De test-hertest stabiliteit van de SRSI bleek redelijk in een heterogene steekproef van jonge mensen (N=30) die de test tweemaal met een tussenpauze van enkele weken invulden: 0.91 voor de plausibele symptomen en 0.87 voor de pseudosymptomen.

Een *Receiver Operating Characteristics* (ROC)-analyse uitgevoerd op een steekproef van N=367 – waaronder asymptomatische controles, geïnstrueerde studenten en patiënten die afwijkend presteerden op andere symptoomvaliditeitstests – leverde een *area under the curve* (AUC) op van 0.93, 95% CI [0.90, 0.96], wat behoorlijk is.

Voor de kwaliteit van de SRSI pleit ook dat het aantal aangevinkte pseudosymptomen (*Yy*) *positief* bleek samen te hangen met scores op de SIMS. De correlaties cirkelden steeds rond r=0.80. De pseudosymptomen van de SRSI hingen *negatief* samen met taken die onderpresteren meten, waarbij correlaties in de orde van de -0.40 waren. Naarmate mensen meer pseudosymptomen op de SRSI aankruisten, presteerden ze dus beroerder op simpele geheugen- of redeneertaken.

Kijkend naar optimale afkappunten voor het opsporen van symptoomoverdrijving stelden Merten et al. (2018) twee waardes voor: meer dan zes pseudosymptomen (>6) voor

screening en meer dan negen pseudosymptomen (>9) voor diagnostische doeleinden.[1] De effectiviteit van zulke afkappunten wordt uitgedrukt in sensitiviteit – het percentage overdrijvers dat wordt ontdekt – en foutpositieven – het percentage eerlijke respondenten dat als overdrijver wordt weggezet. Merten et al. (2018) vonden voor hun afkappunten sensitiviteitspercentages van 83% (>6) en 62% (>9) en foutpositieven van 9% (>6) en 5% (>9).

Een andere maat die uit de SRSI valt af te leiden, is de ratio (Σ pseudosymptomen) / (Σ plausibele symptomen) (Σ *Yy*/ Σ *Xx*). Hoe lager de ratio uitvalt, hoe selectiever patiënten in hun klachtenpresentatie zijn en hoe meer zij pseudosymptomen vermijden. Een ratio van 0.10 betekent dat de patiënt op elke tien plausibele symptomen slechts een pseudosymptoom aankruist. Hoe hoger de ratio, hoe minder kieskeurig de patiënt is in het aanvinken van symptomen. Zo betekent een ratio van 1.0 dat de patiënt op elk plausibel symptoom ook een pseudosymptoom aankruist. Er is te weinig onderzoek voorhanden om harde uitspraken te kunnen doen over verstandige afkapwaarden, maar een voorlopige vuistregel is dat ratio's die de 0.288 overschrijden – grofweg op elke vier plausibele symptomen meer dan een pseudosymptoom – de verdenking van klachtenoverdrijving oproepen. De ratio kan informatief zijn als de clinicus wil nagaan of klachtenoverdrijving zich afspeelt binnen een afgebakend domein – bijvoorbeeld pijn – terwijl dat domein slechts met een beperkt aantal items (namelijk 10) in de SRSI is vertegenwoordigd.

1 De handleiding van de SRSI (Merten et al., 2018) staat ook stil bij andere afkappunten, maar om redenen van overzichtelijkheid bespreken we die hier niet.

TABEL 1. DE SRSI: SCHALEN EN VOORBEELDEN VAN VRAGEN

HOOFDSCHAAL	SUBSCHAAL	OMSCHRIJVING (AANTAL ITEMS)	VOORBEELD
Plausibele symptomen	1 XCo	Cognitieve symptomen (10)	Mijn geheugen is zeer achteruit gegaan
	2 XDe	Depressieve symptomen (10)	Ik heb bijna nergens meer zin in
	3 XPa	Pijn (10)	Zonder pijn zou ik een ander mens zijn
	4 XSo	Aspecifieke somatische symptomen (10)	Ik voel me vaak uitgeput
	5 XAn	PTSS/Angst (10)	Ik heb nachtmerries over wat me is overkomen
Subtotaal	*Xx*	*Totaal (50)*	*50 items*
Pseudo-symptomen	6 YCo	Cognitieve symptomen (10)	Ik vind het moeilijk om mijn eigen adres te onthouden
	7 YMo	Motorische symptomen (10)	Soms is mijn linkerbeen erg zwak; soms is mijn rechterbeen erg zwak
	8 YSe	Sensorische symptomen (10)	Soms heb ik de indruk dat de kleuren van de dingen om me heen veranderen
	9 YPa	Pijn (10)	Als ik heel veel pijn heb, zie ik dubbel
	10 YMe	PTSS/Angst/Depressie (10)	Elke dag ontdek ik weer nieuwe dingen waar ik bang voor word
Subtotaal	*Yy*	*Totaal (50)*	*50 items*

TABEL 2. GEMIDDELDE SCORES VAN DE DRIE GROEPEN OP DE SRSI

HOOFDSCHAAL	SUBSCHAAL (RANGE) (CRONBACH'S ALPHA)	CONTROLE (N=51) M (SD)	PIJN (N=54) M (SD)	ANGST (N=53) M (SD)
Plausibele symptomen	1 XCo (0-10) (0.86)	2.0 (2.2)	4.2 (3.0)	6.1 (2.9)
	2 XDe (0-10) (0.80)	2.4 (2.0)	4.5 (2.2)	7.0 (2.5)
	3 XPa (0-10) (0.87)	1.3 (1.3)	8.6 (2.3)	3.7 (3.2)
	4 XSo (0-10) (0.87)	4.5 (2.8)	7.6 (2.6)	9.0 (2.1)
	5 XAn (0-10) (0.88)	2.1 (2.2)	5.4 (2.7)	8.0 (2.5)
Subtotaal	*Xx* (0-50) (0.95)	*12.3 (7.6)*	*30.3 (9.4)*	*33.8 (10.1)*
Pseudo-symptomen	6 YCo (0-10) (0.81)	0.7 (1.1)	2.0 (2.2)	3.8 (2.6)
	7 YMo (0-10) (0.87)	0.3 (0.6)	2.3 (2.7)	2.4 (3.0)
	8 YSe (0-10) (0.83)	0.8 (1.1)	1.8 (2.3)	3.1 (2.9)
	9 YPa (0-10) (0.90)	0.2 (0.4)	4.2 (3.0)	1.9 (3.0)
	10 YMe (0-100) (0.89)	0.7 (1.2)	2.6 (2.7)	6.2 (2.7)
Subtotaal	*Yy* (0-50) (0.95)	*2.7 (2.9)*	*12.9 (10.5)*	*17.4 (12.0)*
Ratio	***Yy/Xx***	**0.20 (0.18)**	**0.40 (0.24)**	**0.46 (0.25)**

PSEUDOSYMPTOMEN: VOORONDERZOEK

Om vast te stellen of nepsymptomen van de SRSI iets anders meten dan haar plausibele symptomen, gaven we de Nederlandse SRSI aan een groep van 29 Maastrichtse studenten (5 mannen). Ze waren proefpersoon in een niet-gerelateerd experiment. Opdracht: vul de papieren versie van de SRSI zo nauwkeurig mogelijk in. De studenten kregen bovendien een Nederlandse vertaling van de *Checklist for Symptoms in Daily Life* (CSDL; Wientjes & Grossman, 1994). De CSDL omvat 39 alledaagse klachten (hoofdpijn, lage rugpijn, koude handen). Ze worden beoordeeld op een schaal die loopt van 1 (nooit last) naar 5 (heel vaak last). Alledaagse klachten correleerden sterker met plausibele symptomen van de SRSI dan met haar pseudosymptomen: 0.63 (p<0.01) versus 0.39 (p=0.03). Gemiddeld kruisten de studenten 7.2 (SD=4.8) plausibele symptomen aan en slechts 1.4 (SD=1.8) nepsymptomen. De ratio, 0.17 (SD=0.24), lag zodoende ver onder de provisorische afkapwaarde van 0.288. Bijna de helft van de studenten kruiste 0 pseudosymptomen aan, geen van de studenten zat boven het afkappunt voor diagnostische doeleinden (9) en één student vinkte acht pseudosymptomen aan en zat daarmee boven het afkappunt voor screening.

EXPERIMENTELE SIMULANTEN Vervolgens voerden we een experiment uit om te bepalen of de afzonderlijke subschalen voor pijn en PTSS gevoelig zijn voor het type klachtenoverdrijving dat mensen nastreven. Anders dan ons vooronderzoek verliep dit experiment via het internet. Proefpersonen vulden dus een elektronische versie van de SRSI in. Aan het experiment deden 158 studenten (gemiddelde leeftijd 21.4 jaar; 83% vrouw) mee.[2] Sommigen kregen de instructie om klachten te overdrijven (simulanten), anderen fungeerden als controle proefpersonen. De controles (N=51) vroegen we om de SRSI eerlijk in te vullen. Bij de simulanten waren er twee groepen. De pijngroep (N=54) las eerst een zorgvuldig samengesteld scenario over een student die tijdens een letselschadeprocedure chronische pijnklachten veinst nadat hij/zij slachtoffer werd van een verkeersongeval veroorzaakt door een arrogante automobilist.[3] Daarna werd deze groep gevraagd om zich te vereenzelvigen met de student in het scenario en in die rol de SRSI in te vullen.

2 Een meer gedetailleerde beschrijving van dit experiment is te vinden in: Boskovic, I., Merckelbach, H., Merten, T., Hope, I. & Jelicic, M. (in voorbereiding). *The Self-Report Symptom Inventory as a screen for over-reporting: An explorative study with instructed simulants.*

3 De scenario's hebben een lengte van circa 1980 woorden; ze zijn op te vragen bij de eerste auteur.

De angstgroep (*N*=53) las eerst een scenario over een jonge politiefunctionaris die een incident meemaakt, waaraan zijn baas nogal achteloos voorbijgaat. De politiefunctionaris besluit te veinzen dat hij/zij een trauma heeft opgelopen om zo enige tijd thuis rustig op adem te kunnen komen. De angstgroep werd gevraagd zich in te leven in de rol van de politiefunctionaris en met dat in het achterhoofd de SRSI in te vullen.

Beide groepen simulanten drukten we op het hart om toch vooral op een gedoseerde manier te werk te gaan: 'Presenteer je symptomen op een manier die geloofwaardig is en kom niet met klachten aanzetten die in de ogen van artsen misschien weinig plausibel zijn. Wees slim in welke symptomen je aankruist en houd het doel voor ogen dat je hiermee hebt. Als je overtuigend bent in hoe je je klachten presenteert, doe je mee in een loterij, waarmee je een bonus van € 20 kunt verdienen!'

RESULTATEN

Tabel 2 vat de uitkomsten van ons experiment samen. Allereerst valt op dat de interne consistenties van de hoofdschalen overeenkomen met wat Merten et al. (2018) eerder vonden (>0.90), maar dat de consistenties van de subschalen gunstiger zijn dan die in voorgaande studies (alle Cronbach alpha's ≥ 0.80). Vervolgens is evident dat de controlegroep relatief weinig – gemiddeld minder dan 3 – pseudosymptomen (*Yy*) aankruist, terwijl dat gemiddelde bij simulanten boven het afkappunt van 9 ligt. Inspectie van de gemiddeldes suggereert dat subschalen gevoelig zijn voor wat simulanten beogen. Zo scoren degenen die werden geïnstrueerd om pijnklachten te overdrijven hoger dan alle anderen op de subschaal die plausibele pijnklachten (XPa) meet [$F(2,155)=125.1$, $p<0.01$], maar ook op de subschaal die pseudopijnklachten (YPa) meet [$F(2,155)=35.2$, $p<0.01$]. De verschillen blijven significant als de vergelijkingen met post-hoc Bonferroni-tests worden beperkt tot de pijngroep en de angstgroep (alle *p*'s<0.01). Iets vergelijkbaars geldt voor de subschalen die plausibele angstsymptomen (XAn) of pseudo-angst/depressie (YMe) meten. Hierop scoren degenen die zijn geïnstrueerd om angst te overdrijven significant hoger dan alle anderen, pijnsimulanten incluis.

De gevonden ratio's (*Yy*/*Xx*) bevestigen de regel dat waardes vanaf 0.288 verdacht zijn. Een eenwegvariantie-analyse maakt duidelijk dat er wat dat betreft significante verschillen tussen controles en simulanten bestaan [$F(2, 155)=17.83$, $p<0.01$, $\eta^2=0.19$], zodanig dat simulanten niet van elkaar ($p=0.40$), maar wel steeds van controles verschillen (*p*'s<0.01). Het 95% betrouwbaarheidsinterval van de ratio loopt bij de controles van 0.14 tot 0.27. Bij de simulanten loop het van 0.33 tot 0.52.

TABEL 3. SENSITIVITEIT BIJ AFKAPPUNTEN VOOR SCREENING (>6) EN DIAGNOSTIEK (> 9) IN PROEFPERSONEN DIE PIJN- (*N*=54) OF ANGSTKLACHTEN (*N*=53) VEINZEN EN 'FOUTPOSITIEVEN' IN CONTROLE PROEFPERSONEN (*N*=80)

	> 6		> 9	
	Pijn	Angst	Pijn	Angst
Sensitiviteit	74%	83%	48%	73%
„Fout-positief"	8%		3%	

TABEL 4. POSITIEVE EN NEGATIEVE VOORSPELLENDE WAARDEN (PVW, NVW) BIJ AFKAPPUNTEN VOOR SCREENING (6) EN DIAGNOSTIEK (9) EN BIJ VERSCHILLENDE PREVALENTIES VAN KLACHTENOVERDRIJVING (5%-45%)

Prevalentie	> 6		> 9	
	PVW	NVW	PVW	NVW
5%	.33	.99	.51	.98
15%	.62	.95	.78	.93
25%	.76	.92	.87	.88
35%	.83	.87	.92	.82
45%	.88	.82	.94	.74

RECEIVER OPERATING CHARACTERISTICS (ROC) We voegden de gegevens van ons vooronderzoek en die van het experiment samen, zodat we een groep van 80 (29 + 51) controles en 107 (54+53) simulanten hadden. Op deze geaggregeerde data voerden we een ROC-analyse uit. Die gaf voor de ratio een *area under the curve* (AUC) van 0.80, 95% CI [0.73, 0.86], wat volgens geldende standaarden redelijk is.

Tabel 3 laat voor de afkappunten van 6 en 9 pseudosymptomen telkens het percentage correct geclassificeerde simulanten (sensitiviteit) en het percentage verkeerd geclassificeerde controles (1-specificiteit; 'fout-positieven') zien. Ze sporen vrij aardig met de percentages die Merten et al. (2018) in een heterogene steekproef van patiënten en asymptomatische respondenten vonden. Een ROC-analyse leverde een AUC van 0.91, 95% CI [0.87,0.95], op. Het duidt op een onderscheidend vermogen dat heel behoorlijk is.

Voor klinische toepassingen zijn AUC, sensitiviteit en specificiteit niet zo informatief. Voor de clinicus is het belangrijker om te weten wat het betekent als deze concrete patiënt boven of juist onder het afkappunt scoort. Hoe groot is de kans dat de patiënt aan symptoomoverdrijving doet als hij *meer* dan 6 of 9 pseudosymptomen aankruist (positief voorspelende waarde; PVW)? En hoe groot is de kans dat de patiënt daar niet op uit is als hij *minder* dan 6 of 9 pseudosymptomen omarmt (negatief voorspellende waarde; NVW)? Zulke kansen zijn sterk afhankelijk van de prevalentie ('*base rate*') waarmee klachtenoverdrijving voorkomt in een populatie. Tabel 4 geeft de positieve en negatieve voorspellende waardes voor prevalenties van 5%-45% uitgaande van de kerngegevens in Tabel 3.[4] Opnieuw komen onze waardes tamelijk goed overeen met die van Merten et al. (2018).

Tabel 4 moet als volgt worden gelezen. Stel dat de prevalentie van klachtenoverdrijving onder patiënten die in letselschade-procedures zijn verwikkeld 35% bedraagt (zie voor een beschouwing over prevalenties: Young, 2015). Stel voorts dat een zo'n patiënt voor psychodiagnostisch onderzoek wordt verwezen en de SRSI invult. Als deze patiënt meer dan 9 pseudosymptomen omcirkelt, is de kans dat hij zich de facto aan klachtenoverdrijving te buiten gaat 92%. Als diezelfde patiënt 9 of minder pseudosymptomen aankruist, is de kans dat hij niet aan klachtenoverdrijving doet 82%. Deze percentages maken een precieze indruk, maar het zijn in werkelijkheid grove schattingen. Ze zijn immers gebaseerd op kleine en nogal homogene steekproeven (studenten). Ons gaat het erom dat ze de bredere geldigheid van de psychometrische kerngegevens in de handleiding van de SRSI (Merten et al., 2018) onderstrepen.

4 Bij de berekeningen zijn we uitgegaan van een gemiddelde (naar beneden afgeronde) sensitiviteit van 75% voor het afkappunt van 6 en een gemiddelde (ook weer naar beneden afgeronde) sensitiviteit van 60% voor het afkappunt van 9. Die gemiddeldes ontlenen we aan Tabel 3.

DISCUSSIE

Om duidelijk te maken wat hen scheelt, kunnen patiënten hun klachten zwaarder aanzetten dan ze feitelijk zijn. Dat is begrijpelijk, maar soms krijgt klachtenoverdrijving zo'n allure dat het aparte aandacht verdient van de clinicus. Dat is aan de orde wanneer klachtenoverdrijving accurate diagnostiek en behandeling in de weg staat.

Clinici die zich enkel op hun intuïtie verlaten om te bepalen of de patiënt klachten overdrijft, slaan nogal eens de plank mis (Dandachi-FitzGerald et al., 2017; Merckelbach, 2017). Het verschijnsel laat zich beter detecteren met speciaal daartoe ontworpen tests, zoals ook het Amerikaanse *Institute of Medicine* (2015) in haar gezaghebbende rapport constateert, een rapport dat overigens vooral betrekking heeft op de context van uitkeringen. Deze zogenaamde symptoomvalidi-

VOORBEELD

We illustreren het gebruik van de SRSI aan de hand van een reëel geval. Een vrouw van middelbare leeftijd heeft een winkel. Ze is al maanden onder behandeling bij de psychiater vanwege aanhoudende klachten na een hersenschudding, waaronder depressie en angst. De behandeling, onder meer met antidepressiva, heeft tot nog toe weinig zoden aan de dijk gezet. De klachten zijn begonnen nadat de vrouw anderhalf jaar geleden in een café is mishandeld door een concurrerende ondernemer. De vrouw is via haar advocaat een letselschadezaak begonnen tegen de concurrent en deze zaak sleept nu al een tijdje voort. Sinds het incident heeft ze niet meer gewerkt. Er is een arbeidsongeschiktheidskeuring aangekondigd. De psychiater overweegt de vrouw te verwijzen naar een EMDR-therapeut, maar wil eerst meer zicht op aard en achtergrond van de klachten en stuurt haar daarom in voor psychodiagnostisch onderzoek. Bij wijze van exploratie wordt tijdens dat onderzoek de SRSI afgenomen.

Op de SRSI kruist de vrouw 39 plausibele - en 11 pseudosymptomen aan. Op alle subschalen met plausibele symptomen scoort ze hoog. Bij de pseudosymptomen is het beeld gedifferentieerd. Hier heeft ze vooral verhoogde scores op de subschalen Cognitieve symptomen, Pijn en PTSS/Angst/Depressie, maar ze kruist niets aan op de subschalen die gaan over sensorische en motorische symptomen. Omdat op de achtergrond twee juridische procedures spelen, mogen we uitgaan van een verhoogde prevalentie van klachtenoverdrijving (≥ 35%). De score van > 9 pseudosymptomen en een ratio in de buurt van de 0.288 rechtvaardigen de differentiaaldiagnose van klachtenoverdrijving. Wijs beleid zou zijn om meer diagnostisch onderzoek te verrichten, met de patiënt te praten over de invloed van de juridische procedures en voorshands niet te starten met een EMDR-behandeling.

Behandelvooruitgang houdt duidelijk verband met de verborgen agenda van secundaire belangen die patiënten erop na kunnen houden

teitstests bestaan er in allerlei soorten en maten. Een vaak gebruikte variant schotelt de patiënt een reeks van extreme, zeldzame of bizarre klachten voor; de patiënt moet aankruisen van welke klachten hij last heeft. Degenen die hun klachten op een disproportionele manier willen presenteren, zullen op ruime schaal zulke symptomen gaan aanvinken. De veel gebruikte SIMS (Merckelbach et al., 2001) is een voorbeeld van dit type test. Een van de beperkingen van dit instrument is dat het vooral sondeert naar extreme psychopathologie: het gaat om pseudosymptomen die toespelingen maken op, bijvoorbeeld, psychose, amnesie en ernstige stemmingsstoornissen. Dat type pseudosymptomen zal zeker een rol spelen in het strafrechtelijke domein, maar letselschadezaken of geschillen over uitkeringen spitsen zich vaker toe op minder opzichtige problemen, zoals pijnklachten en vermoeidheid.

Met deze overweging in het achterhoofd werd de SRSI ontworpen als alternatief voor de SIMS. De psychometrische kwaliteiten van de SRSI zijn ruim voldoende, maar de gegevens terzake werden vooral verzameld met Duitstalige steekproeven (Merten et al., 2018). Daarnaast liet het Duitse onderzoek een paar kwesties links liggen: zijn de afzonderlijke subschalen gevoelig voor verschillende vormen van klachtenoverdrijving en is de ratio van pseudosymptomen en plausibele symptomen inderdaad een goede maat voor hoe aselectief overdrijvers hun klachten presenteren? In ons onderzoek stelden we deze vragen aan de orde; de resultaten laten zich als volgt samenvatten:

1. De psychometrische kwaliteiten van de Nederlandse SRSI – interne consistentie, AUC, sensitiviteit en 'foutpositieve' percentages bij de afkappunten van 6 en 9 pseudosymptomen – zijn bevredigend. We schrijven 'foutpositief' tussen aanhalingstekens omdat we niet zeker weten of het handjevol controles met overmatig veel pseudosymptomen inderdaad *ten onrechte* door de SRSI werd geclassificeerd als klachtenoverdrijvers. Een andere mogelijkheid is dat deze mensen opzettelijk veel symptomen op de SRSI aanvinkten. Proefpersonen die zich actief verzetten tegen de instructie van de proefleider en/of die vragenlijsten opzettelijk slordig invullen komen nu eenmaal voor (Merckelbach et al., 2010) en hun omvang wordt geschat op enkele procenten. Een reden om in deze richting te denken is ook dat de controles die in ons experiment een elektronische versie van de SRSI invulden – en dat in alle anonimiteit en achter hun eigen beeldscherm deden – aanmerkelijk meer symptomen aankruisten dan de controles in ons vooronderzoek. De laatsten vulden een papieren versie in van de SRSI en wel onder het toeziend oog van een proefleider. Deze groep had wezenlijk lagere scores voor plausibele en nepsymptomen dan de controles in het experiment (respectievelijk 7.2 en 1.3 tegen 12.3 en 2.7).
2. De subschalen voor pijn en angst/ PTSS vangen inderdaad op pijn of angst gerichte vormen van klachtenoverdrijving, wat voor de validiteit van deze subschalen pleit.
3. Onze gegevens bevestigen de juistheid van de vuistregel dat een ratio van pseudo- en plausibele symptomen die de 0.288 overschrijdt een rode vlag is voor symptoomoverdrijving.

De Nederlandse SRSI is veelbelovend, maar het laat onverlet dat meer gegevens nodig zijn. Zo is onderzoek naar de gevoeligheid van de andere subschalen (cognitieve symptomen, depressie, somatisatie etc.) wenselijk. Waar vooral behoefte aan is, zijn de SRSI-profielen van diverse patiëntengroepen. Met zulke profielen in de hand, valt er pas met stelligheid iets te zeggen over het informatieve gehalte van de schalen die plausibele symptomen meten en de veiligheid van de vuistregel dat ratio's >0.288 suspect zijn. Ook de foutpositieve percentages die bij de verschillende afkappunten horen, laten zich dan nauwkeuriger bepalen.

In afwachting van zulke gegevens staat een verstandig gebruik van de Nederlandse SRSI wel de volgende conclusies toe. Ten eerste, als de SRSI wordt ingezet in een context waar de prevalentie van klachtenoverdrijving laag moet worden geacht (≤15%), zeggen scores boven de afkappunten niet bijster veel, terwijl scores daaronder des te informatiever zijn: ze wijzen er namelijk sterk op dat de patiënt niet uit is op klachtenoverdrijving. We benadrukken dit aspect van negatief voorspellende waarde, omdat clinici het belang ervan nogal eens over het hoofd zien (Merckelbach et al., 2016). Ten tweede, bij hogere prevalenties van klachtenover-

drijving, zou een score van >9 pseudosymptomen aanleiding moeten zijn om met andere symptoomvaliditeitstests de hypothese van klachtenoverdrijving te toetsen. Dan ook zou het een doel dienen om de patiënt uit te vragen over de aanwezigheid van belangen, voordelen en revenuen en hoe die samenhangen met behandelmotivatie. Dat is iets wat clinici vaak weinig doen, terwijl behandelvooruitgang duidelijk verband houdt met de verborgen agenda van secundaire belangen die patiënten erop na kunnen houden (Van Egmond & Kummeling, 2002).

OVER DE AUTEURS

Prof. dr. Harald Merckelbach is als hoogleraar Rechtspsychologie verbonden aan de Universiteit Maastricht. Dr. Thomas Merten is als neuropsycholoog werkzaam bij de Vivantes Kliniek in Berlijn. Dr. Brechje Dandachi-FitzGerald is gz-psycholoog en klinisch psycholoog in opleiding bij de vakgroep Psychiatrie van het MUMC. Irena Boskovic is promovenda bij de vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit Maastricht. Correspondentie aangaande dit artikel: h.merckelbach@maastrichtuniversity.nl.

Summary

THE SELF-REPORT SYMPTOM INVENTORY (SRSI) AS A MEASURE OF SYMPTOM EXAGGERATION

H. MERCKELBACH, T. MERTEN, B. DANDACHI-FITZGERALD & I. BOSKOVIC

To further test the psychometric qualities of the Self-Report Symptom Inventory (srsi), we carried out an experiment with honest controls (n=51), participants instructed to feign pain symptoms (n=54), and participants instructed to feign post-traumatic stress symptoms (n=53). All were students and the instructed feigners among them were asked to exaggerate their symptoms in a clever way. Overall, results were well in line with those that been obtained with the German version of the SRSI. Cronbach alpha's for scales and subscales were high (all alpha's ≥0.80), and the cut-offs for over-reporting pseudosymptoms – 6 as a screening and 9 as a conservative cut score – yielded false positive percentages below 10%, while sensitivities varied - depending on type of feigning instructions and cut-points – between 48% and 83%. Most importantly, our data indicate that the subscales are differentially sensitive to the type of psychopathology that feigners want to exaggerate and that the so called ratio index is an informative parameter signaling indiscriminant symptom endorsement.

Literatuur

Dandachi-FitzGerald, B., Merckelbach, H. & Ponds, R.W. (2017). Neuropsychologists' ability to predict distorted symptom presentation. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *39*, 257-264.

Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R.W.H.M. & Merten, T. (2013). Symptom validity and neuropsychological assessment: A survey of practices and beliefs of neuropsychologists in six European countries. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *28*, 771–783

Dandachi-FitzGerald, B., Ponds, R.W., Peters, M.J. & Merckelbach, H. (2011). Cognitive underperformance and symptom over-reporting in a mixed psychiatric sample. *The Clinical Neuropsychologist*, *25*, 812-828.

Institute of Medicine. (2015). *Psychological testing in the service of disability determination*. Washington DC: The National Academy Press.

Kirkwood, M.W., Yeates, K.O., Randolph, C. & Kirk, J.W. (2012). The implications of symptom validity test failure for ability-based test performance in a pediatric sample. *Psychological Assessment*, *24*, 36-45.

Merckelbach, H. (2017). *Intuïtie maakt meer kapot dan je lief is*. Amsterdam: Prometheus.

Merckelbach, H.L.G.J., Giesbrecht, T.M., Jelicic, M. & Smeets, T. (2010). Kretenzers in surveys: het probleem van onzorgvuldige respondenten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *52*, 663-669.

Merckelbach, H., Koeyvoets, N., Cima, M. & Nijman, H. (2001). De Nederlandse versie van de SIMS. *De Psycholoog*, *36*, 586-591.

Merckelbach, H., Langeland, W., de Vries, G. & Draijer, N. (2014). Symptom overreporting obscures the dose–response relationship between trauma severity and symptoms. *Psychiatry Research*, *217*, 215-219.

Merckelbach, H., Rooijakkers, I., Dandachi-Fitzgerald, B. & Niesten, I. (2016). Op een symptoomvaliditeitstest presteert de patiënt normaal: Wat nu? *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, *11*, 264-273.

Merten, T., Giger, P., Merckelbach, H. & Stevens, A. (2018). *Das Self-Report Symptom Inventory (SRSI)*. Handbuch. Göttingen: Hogrefe.

Merten, T., Merckelbach, H., Giger, P. & Stevens, A. (2016). The Self-Report Symptom Inventory (SRSI): A new instrument for the assessment of distorted symptom endorsement. *Psychological Injury and Law*, *9*, 102-111.

Meyer, J.F., Faust, K.A., Faust, D., Baker, A.M. & Cook, N.E. (2013). Careless and random responding on clinical and research measures in the addictions: A concerning problem and investigation of their detection. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *11*, 292-306.

Van Egmond, J. & Kummeling, I. (2002). A blind spot for secondary gain affecting therapy outcomes. *European Psychiatry*, *17*, 46-54.

van Impelen, A., Merckelbach, H., Jelicic, M. & Merten, T. (2014). The Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS): a systematic review and meta-analysis. *The Clinical Neuropsychologist*, *28*, 1336-1365.

Wientjes, C.J.E. & Grossman, P. (1994). Overreactivity of the psyche or the soma? Interindividual associations between psychosomatic symptoms, anxiety, heart rate, and end-tidal partial carbon dioxide pressure. *Psychosomatic Medicine*, *56*, 533–540.

Young, G. (2015). Malingering in forensic disability-related assessments: Prevalence 15±15%. *Psychological Injury and Law*, *8*, 188-199.

Als GZ-psycholoog werk je bij Jellinek!

Werken bij dé expert op het gebied van verslaving? Wij zoeken GZ-psychologen voor onze erkende TOPGGz afdeling in Amsterdam Oud-Zuid. Combineren met promoveren op traumabehandeling en verslaving? Ook dat is mogelijk!

→ ambitieuze GZ-psychologen
→ promovendus / GZ-psycholoog

Jellinek helpt mensen al meer dan honderd jaar om grip te krijgen op risicovol middelengebruik. Wij behandelen niet alleen cliënten met een verslaving, maar ook met co-morbide problemen zoals PTSS en persoonlijkheidsstoornissen. Meer informatie en een uitgebreide functiebeschrijving vind je op:
www.werkenbijarkin.nl/jellinek

Jellinek is een onderdeel van Arkin. Arkin is een overkoepelende stichting die psychiatrische en verslavingszorg biedt.
Werken bij Arkin: 11 specialismen, 1 loopbaan.

Jellinek
Dé expert op het gebied van verslaving

INSPIRATIE – KALMER EN SCHERPER

Maaike van Min, *oprichter 2BeMore*

FOTO: NOWEE

'Na mijn studie klinische psychologie ben ik gaan werken in de ontwikkelingssamenwerking. Ik werkte een aantal jaar in verschillende conflictgebieden. Ik verdiepte me in mindfulness en meditatie werd een vast onderdeel in mijn dagelijks leven. Uiteindelijk ben ik van Afrika naar Londen verhuisd om een opleiding tot mindfulnesstrainer te volgen in Oxford. Dat deed ik puur uit persoonlijke interesse.

HECTIEK

Ik werkte in die tijd voor een internationale non-profitorganisatie in Londen. Ik had mijn opleiding net afgerond toen er op een dag een grote organisatiecrisis ontstond. Door de positie waarop ik zat, kreeg ik daar een belangrijke rol in; ik moest de organisatie er doorheen loodsen. Het was een hectische periode van zeven weken, waarin de hele organisatie moest samenwerken aan één urgent doel. Mijn team en ik werkten elke avond en elk weekend door, we moesten mensen terughalen van vakantie. Ook ik heb mijn vakantie geannuleerd. Er stond veel op het spel, we zouden failliet kunnen gaan.

Ik heb vaker onder hoogspanning gewerkt. Doordat ik in conflictgebieden werkte, ken ik de gevoelens van angst en stress maar al te goed. In eerdere crises hield ik me ondanks de angst en de stress staande. Maar dit keer was het anders, ik was rustig, gefocust en voelde een soort van vertrouwen. Tussen het harde werken door kon ik ook goed voor mezelf zorgen. Ik wist dat ik bepaalde meditaties moest vasthouden en probeerde me zoveel mogelijk bewust te zijn van mijn stresstriggers zodat ik er niet vast in zou komen te zitten. Ik probeerde bovendien zoveel mogelijk oog te hebben voor de anderen en zorgde ervoor dat ze hun werk goed konden doen, dat er ruimte was voor de emoties en de stress, maar dat we wel

gefocust bleven en vooral ook humor niet vergaten.

Zonder mindfulness had ik de klus mogelijk ook wel tot een goed einde gebracht, maar dan was het niet in zo'n goede harmonie gegaan met mijn team en de verdere organisatie. En ik was minder kalm geweest, had minder scherp kunnen functioneren en had ook vast meer fouten gemaakt.

Ze zeggen wel eens: door te mediteren weef je een parachute voor als je het nodig hebt. Ik had voor het eerst het gevoel dat ik mijn parachute aan het gebruiken was.

STERKE ONTWIKKELING

Door die ervaringen maakte ik een sterke ontwikkeling door. Na de high tijdens die spannende periode, raakte ik een beetje in een dip. Nu moest ik weer terug naar mijn oude werk en daar had ik niet zoveel zin in. Ik besprak dat met mijn leidinggevenden, en we onderhandelden over meer en andere verantwoordelijkheden. Toen ik de afspraken uiteindelijk zwart op wit kreeg, realiseerde ik me dat ik het echt niet wilde. Tijdens het onderhandelen rationaliseerde ik dat gevoel dat ik al had, ik kon mij een leven zonder mijn werk bij deze organisatie domweg niet voorstellen. Ik dacht: dit is leuk, ik krijg echt meer verantwoordelijkheid, het plezier komt wel weer terug. Maar eenmaal met de afspraken voor mijn neus, wist ik dat ik het toch niet moest doen. Ik moest ruimte maken om me op andere gebieden verder te ontwikkelen.

Het was raar om het af te zeggen, op dat moment wist ik nog niet precies wat ik verder wilde gaan doen. Ik gaf zekerheid en een organisatie op waar ik jaren met veel passie voor gewerkt had en die een groot deel van mezelf was geworden. En dat alles voor een vage wens om mensen de vaardigheden van mindfulness aan te leren. Door mijn keuze kon ik bovendien niet in Londen blijven wonen, want dat red je niet zonder maandelijks inkomen.

WIJSHEDEN

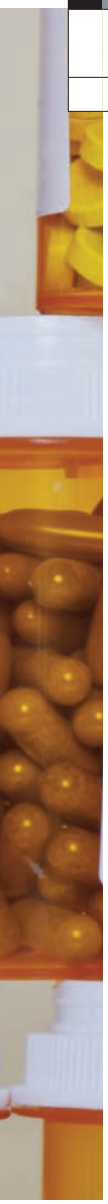
Inmiddels zijn mijn plannen duidelijk. Ik wil psychologische kennis en kennis over mindfulness verspreiden, waar veel mensen volgens mij baat bij kunnen hebben. Mindfulness, Acceptance en Commitment Therapy (ACT) en Compasion Based Therapie (CBT) worden succesvol ingezet voor een klinische populatie. Maar in die therapieën zitten zoveel wijsheden die ook bruikbaar zijn voor wie niet in therapie zit of depressief is. Ik wil die kennis via een online-programma makkelijker beschikbaar maken om mensen te leren goed voor hun geest te zorgen en zo het beste uit zichzelf te halen.

Ik doe nu al wat introductiesessies voor bedrijven. Mijn klanten zitten in België, in Nederland en ook in Engeland. De sessies bied ik voornamelijk online aan, omdat mijn netwerk verspreid zit en opdat mensen het in hun eigen tijd kunnen doen.

De introductiesessies kunnen worden opgevolgd door een online mindfulnesscursus van acht weken of een kortere cursus, waarin vier kernonderdelen van mindfulness, ACT en CBT worden geïntroduceerd. Ik hoop mijn volledige programma binnen een paar maanden online te hebben.

Het was een van de moeilijkste beslissingen van mijn leven om mijn werk op te zeggen, maar het was ook de beslissing die het duidelijkste was toen ik eenmaal durfde te luisteren naar wat ik echt wilde.'

'Na de high tijdens de spannende periode kreeg ik een dip'



FORUM

BESPREEK BIJ SOMATISCHE AANDOENINGEN OOK PSYCHISCHE FACTOREN

In Nederland krijgen veel patiënten van huisartsen de diagnose SOLK: somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Het lijden van deze patiënten is echt, maar de huisarts en/of medisch specialist kunnen/kan geen lichamelijke oorzaak vinden. ‘Een aanzienlijk deel van deze patiënten staat weinig open voor de reële mogelijkheid dat hun lijden mede een psychische en gedragsmatige oorzaak kent,’ betoogt Godfried Westen.

FOTO: SHUTTERSTOCK

Onlangs las ik in een landelijk dagblad over een patiënte die door een psycholoog werd behandeld voor een psychische aandoening. Maar ze had geen vertrouwen in de behandeling. Ze wilde een pil. Dit is een anekdotische illustratie van het geloof in pillen ten koste van het geloof in psychologische interventies. We weten dat problematische overtuigingen en aannames hierbij een rol spelen, zoals dat het tastbare en het lichamelijke belangrijker is voor onze gezondheid dan het ongrijpbare psychische. Wat weten we nog meer?

Allereerst boezemen gemiddeld genomen de arts en de medisch specialist meer vertrouwen in dan de psycholoog. Enerzijds is in onze cultuur de gang naar de huisarts geaccepteerder en wordt deze als minder problematisch beleefd dan de gang naar de psycholoog. Anderzijds wordt aan huisarts en medisch specialist (waaronder de psychiater) over het geheel genomen een hogere maatschappelijke status en meer aanzien toegekend dan aan de psycholoog. Een interessante vraag in dit verband is of dat hogere vertrouwen (zowel in pillen als in artsen) bijdraagt aan het placebo-effect van pillen.

Daarnaast gaat van pillen voor een aanzienlijk deel van de bevolking de suggestie uit van een makkelijke oplossing: je slikt er een poosje wat van en dan gaat het probleem weg. Negatieve bijeffecten wegen niet zwaar en 'slikt' men meestal voor lief (tot ze te ernstig worden). De arts geeft misschien wat tips (eet en drink minder, beweeg meer, et cetera), maar de hoop van zowel arts als patiënt is

gevestigd op de pillen. En toegegeven, het slikken van een paar pilletjes is ook wel erg makkelijk afgezet tegen de inspanning die men zich moet getroosten voor verandering van gedrag en omgang met eigen gevoelens en gedachten.

Daar komt ten derde bij dat de onmiskenbare professionalisering van de medische sector bijdraagt aan een verdere verschuiving van de verantwoordelijkheid van patiënt naar arts. Wat de patiënt zelf kan en zou moeten doen en veranderen in zijn manier van leven om ziekte te voorkomen, risico's te verminderen en te genezen, heeft daardoor niet de volle aandacht, die het verdient.

Een vierde mogelijke oorzaak voor het grote vertrouwen in medicijnen is dat deze vaak intensief onderzocht moeten zijn, willen ze toegelaten worden. Er geldt een strikte toelatingsprocedure voor medicijnen voor ze voorgeschreven mogen worden. Dit alles kan het vertrouwen in medicijnen schragen. Ondanks het feit dat er de laatste jaren veel meer bekend is geworden over de beperkte effectiviteit van veel medicijnen (zie kader 1). Beleving ijlt echter na op 'nieuwe' feiten. De effectiviteit van psychologische interventies wordt veel minder vaak onderzocht en er is geen sprake van een strikte 'toelatingsprocedure'.

Ten vijfde wordt een somatische aandoening beleefd als 'iets dat je overkomt, domme pech'. Dat maakt het acceptabeler. Psychische problemen zitten tussen de oren en dat klinkt minder als een 'echte' aandoening. Er is in het geval van een psychische aandoening ook altijd een zweem van 'het ligt aan jezelf'. En dat is een ongemakkelijke boodschap. Het feit dat dit een foute voorstelling van zaken is, maakt hierbij nauwelijks verschil.

HOE DAN WEL?

Het is wellicht een open deur dit alles te zien als aanwijzing voor de noodzaak anders aan te kijken tegen ziekte en genezing. Bij veel meer aandoeningen, ook somatische, zouden in ieder geval de psychische en de gedragsfactoren die een rol spelen, besproken kunnen worden. In het gezondheidsadvies moet dat ook meer tot uiting komen: een psychische oorzaak vraagt ook om een psychische aanpak. De arts zou de patiënt sterker kunnen motiveren voor een psychologische interventie.

Maar bovenal is het gewenst dat het nog normaler wordt iets van de patiënt zelf te vragen. Er is bijna altijd iets wat de patiënt zelf kan doen (met of zonder begeleiding) in termen van verandering van gedrag en meer effectieve omgang met eigen gevoelens en gedachten. De verantwoordelijkheidsverdeling tussen arts en patiënt kan zo meer in evenwicht komen.

Ook zou het geloof in de werkzaamheid van veel medicijnen best wel wat afgezwakt kunnen worden en meer in overeenstemming met de feiten gebracht. Dit klinkt paradoxaal omdat het geloof in medicijnen de werkzaamheid in het algemeen versterkt. De casus in kader 2 illustreert dat er echt iets voor te zeggen is om de beleving van de werkzaamheid van medicijnen meer in overeenstemming te brengen met de feiten. En dan ten gunste van het geloof in wat de patiënt zelf kan doen en het geloof in psychologische interventies. Het gaat voor wat de psychologische interventies betreft dan wel in de eerste plaats om blijkens goed wetenschappelijk onderzoek *werkzame* interventies.

Dat is misschien nog wel 'een dingetje'. De laatste jaren is er nauwelijks voortgang geboekt in behandeleffectiviteit. Dat komt door de complexiteit van onder meer depressies: biologische, psychologische en omgevingsfactoren spelen een rol, bij iedere cliënt in een wisselende samenstelling. Is er een interdisciplinaire aanpak nodig, zoals op 8 december jl. in *NRC Handelsblad* werd bepleit door een groep psychologen en psychiaters?[1] Een toetsingscommissie voor psychologische interventies is wellicht ook een nuttig idee.

OVER DE AUTEUR

Godfried Westen is psycholoog en publicist. E-mail: info@schoolvoorpsychologie.nl.

REAGEREN?
Wilt u reageren op dit artikel? Dat kan via LinkedIn (http://alturl.com/wz95u) en Twitter (@RedactieDP).

1 https://tinyurl.com/y6w8rkwq

Een psychische oorzaak vraagt ook om een psychische aanpak

KADER 1. CASUS SOLK

Patiënt komt met 'vage' klachten bij de huisarts, onder andere veelvuldig hoofdpijn en afgenomen eetlust. Patiënt denkt zelf dat deze klachten een lichamelijke oorzaak moeten hebben. De huisarts sluit een aantal oorzaken uit door patiënt te onderzoeken en laat ook een bloedonderzoek uitvoeren. Ook vraagt de arts naar omstandigheden: werkdruk, relatieproblemen et cetera. Dat levert geen eenduidige verklaring op. De huisarts meldt dit. De patiënt vraagt om meer specialistisch onderzoek. De huisarts stelt voor eerst een gesprek te voeren met een psycholoog. De patiënt wil eerst juist mogelijke lichamelijke oorzaken uitgesloten zien door nader specialistisch onderzoek.
Dit resulteert uiteindelijk in een SOLK-diagnose: er kunnen geen lichamelijke oorzaken gevonden worden als er geen twijfel is over de echtheid van de klachten. Patiënt voelt zich niet begrepen en staat niet open voor de suggestie van een psychologische interventie. De huisarts probeert het nog met de toevoeging dat patiënten met vergelijkbare klachten er vaak baat bij hebben. Patiënt is daar echter weinig gemotiveerd voor. De huisarts besluit om te voldoen aan de verwachting van de patiënt en de druk die van zijn rol uitgaat – iets doen sluit daar eerder bij aan dan niets doen of doorverwijzen – en schrijft medicijnen voor.

KADER 2. BEPERKTE WERKZAAMHEID MEDICIJNEN

Het huidige systeem van ontwikkeling en toelating van medicijnen is onvoldoende waarborg voor werkzaamheid van die medicijnen. De producent van medicijnen hoeft alleen aan te tonen of het middel beter werkt dan een placebo. Of het nieuwe middel meerwaarde heeft vergeleken met al bestaande medicijnen, is bijvoorbeeld geen criterium. Ook mag men studies met minder positieve resultaten weglaten. Daarnaast is er nauwelijks sprake van onafhankelijke beoordeling door vermenging van belangen.
In de praktijk leidt het systeem van ontwikkeling en toelating ertoe dat de meeste geneesmiddelen vrijwel geen werking hebben en slechts bij een gering deel van de mensen echt iets doen. De Amerikaanse epidemioloog John Ioannidis, die zich heeft gespecialiseerd in onderzoek naar effecten van medicijnen, trekt op basis van uitkomsten van zijn onderzoek de conclusie dat naarmate effecten meer onderzocht worden de gevonden effecten afnemen (*de Volkskrant*, 7 december 2015). Ook het werk van emeritus-hoogleraar Trudy Dehue (Rijksuniversiteit Groningen) is relevant. Het zou zelfs erger dan dit kunnen zijn. Volgens Peter Gøtzsche, hoogleraar Opzet en Analyse van Klinisch Onderzoek in Kopenhagen en auteur van het in 2015 verschenen boek *Dodelijke medicijnen en georganiseerde misdaad*, zijn medicijnen al de op twee na belangrijkste doodsoorzaak in de westerse wereld. Als dit waar is moeten artsen zich gaan afvragen of zij nog steeds als ze medicijnen voorschrijven, handelen in de geest van een onderdeel van hun eed: ik zal aan de patiënt geen schade doen. Met het huidige systeem zal die schade alleen maar meer worden, zo verwacht Gøtzsche. Hij bepleit dan ook dat patiënten veel vaker af moeten zien van pillen. En dat producenten niet langer toegestaan wordt hun eigen middelen te testen, maar dat dit uitsluitend gebeurt door onafhankelijke onderzoekers (bronnen: *One World*, 3 november 2017 en Trouw, 8 november 2015).

SHIRIN SLABBERS

TUCHTRECHT

VERKLARINGEN OPSTELLEN VOOR EEN CLIËNT? DOE HET DOORDACHT

Het gaat in de praktijk nog zo vaak mis met (schriftelijke) verklaringen die door een behandelaar op verzoek van een cliënt worden opgesteld, dat Shirin Slabbers aanleiding zag om in dit artikel te beschrijven wat wel en wat niet mag. Kennis op dit gebied kan een klacht voorkomen. 'In ieder geval moet u als behandelaar geen waardeoordeel over uw eigen cliënt (of een derde) geven.'

FOTO: SHUTTERSTOCK

VERENIGINGSTUCHTRECHT

De leden van het NIP vallen onder het verenigingstuchtrecht. Het NIP kent twee tuchtrechtelijke instanties: het College van Toezicht en het College van Beroep.[1] Deze twee tuchtcolleges toetsen gedragingen van psychologen, naar aanleiding van een klacht, aan de Beroepscode van het NIP. De lichtste disciplinaire maatregel is een waarschuwing (daarna komt de berisping). De zwaarste een ontzetting uit het NIP-lidmaatschap en/of doorhaling van de inschrijving in een NIP -register.[2]

Gz-psychologen vallen daarnaast onder het BIG-tuchtrecht. Dit is een door de overheid geregelde (wettelijke) vorm van tuchtrecht. De tuchtnormen in de Wet BIG zijn meer open dan de normen in de Beroepscode. In de wet staat dat een BIG-geregistreerde is onderworpen aan tuchtrechtspraak ter zake van: 1. enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die hij in die hoedanigheid behoort te betrachten ten opzichte van (a) degene, met betrekking tot wiens gezondheidstoestand hij bijstand verleent of zijn bijstand is ingeroepen, (b) degene die, in nood verkerende, bijstand met betrekking tot zijn gezondheidstoestand behoeft en (c) hun naaste betrekkingen èn 2. enig ander handelen of nalaten in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg. Deze twee BIG-normen worden onder meer ingevuld door regelgeving, gedragsregels en richtlijnen. Voor gz-psychologen wordt de vraag of er tuchtrechtelijk verwijtbaar is gehandeld regelmatig beantwoord met gebruikmaking van de Beroepscode van het NIP. De tuchtcolleges zijn echter niet gebonden aan de Beroepscode. Zij mogen een eigen mening vormen.

Klagers hoeven overigens niet te kiezen tussen het tuchtrecht van het NIP en het BIG-tuchtrecht. Zij kunnen bij beide instanties een klacht indienen, mits de psycholoog onder dat tuchtrecht valt. Het NIP-tuchtcollege is bevoegd een klacht niet in behandeling te nemen als een BIG-tuchtrechter de klacht heeft behandeld, maar mag

1 Bij het College van Toezicht kan worden geklaagd over leden en buitengewone leden van het NIP èn over diegenen die zijn ingeschreven in een van de NIP-registers, maar geen lid zijn van het NIP.
2 De uitspraken worden geanonimiseerd gepubliceerd op de website van het NIP.

dat dus wel. Daarnaast kan een cliënt soms ook een klacht indienen bij een geschilleninstantie (in de zin van de WKKGZ) en bij een andere beroepsvereniging. Om een (gegronde) klacht te voorkomen, is het dus goed om de regels te kennen en te volgen.

EEN GENEESKUNDIGE VERKLARING

Een geneeskundige verklaring is een verklaring die is opgesteld ten behoeve van een cliënt die onder behandeling van de medische beroepsbeoefenaar staat of stond, die een op medische gegevens gebaseerd waardeoordeel over de cliënt en diens gezondheidstoestand bevat en een ander belang dient dan behandeling of begeleiding. De aanduiding 'geneeskundige' en 'medische' is enigszins verwarrend. Het gaat hier namelijk niet alleen om verklaringen van artsen, maar om verklaringen van alle beroepsbeoefenaren die onder het tuchtrecht vallen. Het is dus een term die ook van toepassing is op psychologen.

Het wordt over het algemeen afgeraden om een geneeskundige verklaring af te geven. De reden daarvoor is dat het bij zo'n verklaring vaak gaat om een belang van de cliënt dat buiten de deskundigheid en verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar ligt en een ander doel dient dan de behandeling of begeleiding. Het geven van een waardeoordeel dat dat andere doel dient, moet dan ook gebeuren door een onafhankelijke deskundige. Niet door een behandelaar dus. Deze regels strekken er niet alleen toe rolverwarring en belangenconflicten te voorkomen. Zij zijn er ook om te voorkomen dat een behandelaar een oordeel over zijn cliënt geeft waaraan in het maatschappelijke verkeer een op zijn professionaliteit berustend gezag wordt toegekend, terwijl de neutraliteit en objectiviteit van dat oordeel als gevolg van de behandelrelatie onvoldoende zijn gewaarborgd. Hierdoor kunnen de belangen van derden worden geraakt.

De Beroepscode van het NIP verbiedt niet expliciet het afgeven van geneeskundige verklaringen. Wel wordt bepaald (in artikel 51) dat psychologen zich bij voorkeur niet een positie begeven waarin zij gelijktijdig of opeenvolgend verschillende professionele rollen vervullen ten opzichte van een of meer betrokkenen. Ook bepaalt de Beroepscode (in artikel 52) dat leden geen professionele en niet-professionele rollen mogen vermengen die elkaar zodanig kunnen beïnvloeden dat zij niet meer in staat kunnen worden geacht een professionele afstand tot de betrokkene(n) te bewaren of waardoor de belangen van de betrokkene(n) worden geschaad. Deze artikelen worden door de tuchtcolleges van het NIP gebruikt om het afgeven van verklaringen (in bepaalde zaken) niet goed te keuren.[3]

RAPPORTAGE

Het begrip 'rapportage' in de Beroepscode van het NIP is anders dan het begrip 'rapportage' in het BIG-tuchtrecht. In het BIG-tuchtrecht is de bedoeling van een rapport juist wel dat er uitspraken worden gedaan, waardeoordelen worden gegeven, door een niet behandelende beroepsbeoefenaar. Denk aan een Pro Justitia-rapportage. Zodra het gaat om een verklaring van een behandelaar, wordt het (in het BIG-tuchtrecht) niet meer een rapport genoemd, maar een (geneeskundige) verklaring.

Onder het begrip 'rapportage' van de Beroepscode vallen daarentegen zowel (geneeskundige) verklaringen (van een behandelaar) als rapporten, als resultaat van een onderzoek waarin een (waarde)

3 De KNMG-richtlijn Omgaan met medische gegevens is volgens vaste (BIG-) tuchtrechtelijke jurisprudentie, voor wat betreft de regels over geneeskundige verklaringen, de belichaming van de regels die gelden voor alle BIG-ingeschreven beroepsbeoefenaren. Mijns inziens zou het goed zijn die regels ook op te nemen in de Beroepscode van het NIP zodat daarover bij psychologen geen misverstand kan bestaan, te meer omdat ook de tuchtcolleges van het NIP deze regels aanhouden. Er wordt daarmee dan ook in de Beroepscode een duidelijk onderscheid gemaakt tussen verklaringen en rapporten.

Het NIP-tuchtcollege is bevoegd een klacht niet in behandeling te nemen als een BIG-tuchtrechter de klacht heeft behandeld, maar mag dat dus wel

oordeel wordt gegeven door een onafhankelijke psycholoog (niet zijnde een behandelaar dus).

Bij de beoordeling van de vraag of een (onderzoek)rapport voldoet aan de daaraan te stellen eisen, worden (in het NIP-tuchtrecht èn het BIG-tuchtrecht) de volgende criteria in aanmerking genomen: 1. het rapport vermeldt de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop het berust; 2. het rapport geeft blijk van een geschikte methode van onderzoek om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden; 3. in het rapport wordt op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen; 4. het rapport vermeldt de bronnen waarop het berust, daaronder begrepen de gebruikte literatuur en de geconsulteerde personen en 5. de rapporteur blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid.[4] [5] Deze criteria worden bijvoorbeeld gebruikt als u als (onafhankelijke) deskundige door de rechtbank bent benoemd om te adviseren over de omgangsregeling voor kinderen. Zij worden niet gebruikt voor (geneeskundige) verklaringen (van behandelaren). U doet er dus goed aan dit onderscheid goed voor ogen te hebben.

VOORBEELD WAARDEOORDEEL

In de uitspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) van 9 januari 2018[6] klaagde de vrouw, die met haar man in een echtscheidingsprocedure was verwikkeld, de gz-psycholoog aan omdat hij op verzoek van de advocaat van de man in een brief had geschreven:

'Naar aanleiding van uw schrijven van 8 maart 2016, ontvangt u hierbij met toestemming van [de man] informatie over uw vraag of betrokkene in staat is voor de kinderen (...) te zorgen. (...) Betrokkene is in staat gebleken voor zijn kinderen te zorgen en tijdig hulp te vragen op drukke gezinsmomenten door de inzet van zijn moeder en zus. (...) In de psychologische behandeling en ook tijdens een huisbezoek, heb ik hem gezien als een liefdevolle zorgzame vader. Welke zich inzet om PTSS-klachten effectief te hanteren. Daarbij wil ik benadrukken dat er geen reden is tot zorg voor situaties van agressie naar zijn vrouw of kinderen. Betrokkene heeft momenten van geïrriteerdheid of prikkelbaarheid effectief leren hanteren. Het is voor betrokkene en zijn kinderen van belang dat er in de huidige situatie structuur en goede afspraken komen over de verdeling van de zorgtaken en het verblijf van de kinderen. Zodat er rust komt in de huidige situatie en het welzijn van de kinderen en betrokkene niet onnodig wordt verstoord.'

Omdat dit een waardeoordeel over de man bevat (onder meer: 'liefdevolle zorgzame vader' en voor de kinderen is het van belang dat er goede afspraken komen) dat niet een behandeldoel dient en de gz-psycholoog redelijkerwijs had moeten begrijpen dat de verklaring door de man in de echtscheidingsprocedure zou worden gebruikt, heeft de psycholoog tuchtrechtelijk verwijtbaar gehandeld. De vrouw wordt klachtgerechtigd geacht omdat haar belangen door deze verklaring (kunnen) worden geschaad (hoewel dus de verklaring niets over haar zegt). Hier komt bij dat het BIG-tuchtcollege de gz-psycholoog aanrekent dat zij geen eigen onderzoek heeft gedaan naar de thuissituatie, de oordelen niet berusten op eigen observaties van de omgang van de man met zijn kinderen en zij niet met de kinderen en de vrouw heeft gesproken. Het Centraal Tuchtcollege stelt: 'Het opstellen en afgeven van een dergelijke verklaring dient dan ook uitsluitend overgelaten te worden aan een onafhankelijke deskundige.'

4 Het tuchtcollege toetst ten volle of het onderzoek uit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid de tuchtrechtelijke toets der kritiek kan doorstaan. Ten aanzien van de conclusie van de rapportage wordt beoordeeld of de deskundige in redelijkheid tot zijn conclusie heeft kunnen komen.

5 Zie bijvoorbeeld CvT 17/21 van het NIP d.d. 13 december 2017 en RTG Amsterdam d.d. 30 oktober 2017, ECLI:NL:TGZRAMS:2017:118.

6 CTG d.d. 9 januari 2018, ECLI:NL:TGZCTG:2018:3.

De gz-psycholoog krijgt een berisping.

Een gz-psycholoog werd in een uitspraak van 11 april 2017 van het Regionaal Tuchtcollege te groningen[7] op de vingers getikt omdat hij (onder meer) aan de (echtscheidings)mediator had geschreven: 'Mijn cliënte is een optimistische, levenslustige en krachtige vrouw, die momenteel op vrijwel alle gebieden/in al haar rollen, goed tot zeer goed functioneert.'

Weer een waardeoordeel.

FEITELIJKHEDEN

In de uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) te Zwolle van 7 november 2017[8] klaagde de vader erover dat de gz-psycholoog in een brief aan de advocaat van de moeder een schriftelijke verklaring had afgelegd over het welbevinden van de kinderen en zich negatief had uitgelaten over de vader, zonder de kinderen en de vader te hebben gesproken. De psycholoog had (onder meer) het volgende geschreven:

'Met […], de moeder van de kinderen […], had ik een eerste gesprek gehad zoals gebruikelijk om wat meer informatie over de kinderen te krijgen en om af te stemmen: ik vind het nl erg belangrijk dat kinderen weten waarom ze naar de praktijk komen. In dat gesprek bleek dat de kinderen het uitstekend maakten. De informatie die moeder van school had was ook prima. Wel vertelde moeder, hetgeen ook in het rapport van Bureau Jeugdzorg stond, dat beide kinderen – althans voorlopig – geen contact met vader wilden. Ze hadden, zo was mijn indruk, behoefte aan rust en een nieuwe veilige haven. Moeder gaf aan dat de omgangsregeling sinds de scheiding niet verliep zoals was afgesproken tussen de ouders. Ze hoopte met professionele hulp tot een goede oplossing te komen. Moeder wilde graag dat het contact met vader en de kinderen zo normaal mogelijk zou verlopen. Ze deed erg geforceerde pogingen om dit bij de kinderen voor elkaar te krijgen en ik heb haar erop gewezen dat als de kinderen aangaven nu voorlopig geen contact te willen, dat het dan beter was dat zowel vader als moeder dit zouden respecteren, zodat de kinderen vanuit een rustige basis als vanzelf het contact weer op zouden kunnen gaan nemen. Forceren heeft immers meestal alleen maar een averechtse uitwerking. Meer heb ik de kinderen noch de ouders kunnen bieden omdat vader zijn toestemming introk. Meer informatie kan ik u niet geven daar ik de kinderen dus niet mocht ontvangen."

Het RTG toetst of de psycholoog zich heeft beperkt tot de cliënt en feitelijkheden. Het college oordeelt dat dat niet het geval is omdat zij zich uit heeft gelaten over het welbevinden van de kinderen en haar visie op het nut van een behandeling geeft. Hoewel de gz-psycholoog zich niet expliciet negatief uitlaat over klager, lijkt de onevenwichtigheid door alleen met de moeder te hebben gesproken, in het nadeel van de vader te hebben gewerkt. Er is sprake van een eenzijdige, subjectieve informatieverstrekking, aldus het tuchtcollege. Gelet op het feit dat een en ander in 2009 heeft plaatsgevonden en toen het bewustzijn binnen de beroepsgroep met betrekking tot de professionele verantwoordelijkheid minder was, beperkt het college de maatregel tot een waarschuwing.

In een andere tuchtzaak ging het om een brief waarin de gz-psycholoog had geschreven: 'Door de rust die cliënte sindsdien in de opvang heeft gehad, weg van het huiselijk geweld, zijn de depressieve klachten verminderd zonder hulp van de medicatie.'

Ten onrechte heeft verweerder de suggestie gewekt dat het huiselijk geweld vaststond. De psycholoog had geen contact met de klager gehad om een en ander te verifiëren.[9]

OORDEEL OVER DE ANDERE PARTIJ

Zowel in het NIP-tuchtrecht als in het BIG-tuchtrecht volgt een maatregel als een psycholoog een uitlating doet over iemand, met wie niet is gesproken. In een zaak uit 2017 had de vader een klacht ingediend bij het College van Toezicht van het NIP omdat de psycholoog in brieven aan de moeder onder meer het volgende had geschreven: 'Samengevat komt het neer op psychische mishandeling, en betreft het ongezonde grenzen (grensoverschrijdend gedrag van vader).'[10]

7 RTG Groningen d.d. 11 april 2017, ECLI:NL:TGZRGRO:2017:9.
8 RTG Zwolle d.d. 7 november 2017, ECLI:NL:TGZRZWO:2017:175.
9 CTG 22 maart 2016, ECLI:NL:2016:149.
10 CvT 17/21 van het NIP d.d. 13 december 2017, psynip.nl.

Het college benadrukt dat bij het uitbrengen van een dergelijke rapportage de psycholoog de bepalingen van de Beroepscode in acht moet nemen, zoals artikel 96. In dat artikel is bepaald dat een psycholoog bij het uitbrengen van een rapportage geen oordelen of adviezen geeft met betrekking tot een ander dan zijn cliënt. Indien het voor het doel van de rapportage noodzakelijk is over een ander dan de cliënt gegevens te verstrekken beperkt de psycholoog zich zo mogelijk tot die gegevens die hij uit eigen waarneming of onderzoek heeft verkregen. Voor het verstrekken van dergelijke gegevens is gerichte toestemming van betrokkene noodzakelijk. Indien de psycholoog gegevens over een ander dan de cliënt vermeldt die hij niet uit eigen waarneming of onderzoek heeft verkregen, dan is hij daarin uiterst terughoudend en geeft hij steeds de bron en relevantie van de gegevens aan.

Het college heeft geconstateerd dat verweerster zich in haar rapportage niet heeft beperkt tot het weergeven van informatie over de behandeling van haar cliënte, maar dat zij in het rapport ook uitspraken over klager heeft gedaan en dat zij een advies heeft gegeven over de omgang tussen klager en de kinderen. De psycholoog heeft daarmee miskend dat zij zich bij het uitbrengen van een rapportage als de onderhavige diende te houden aan artikel 96.

In de zaak van het RTG te Groningen (11 april 2017)[11] had de gz-psycholoog aan de (echtscheiding)mediator geschreven:

'Zij is echter door haar ex ernstig mishandeld en getraumatiseerd. Ten gevolge hiervan voldoet zij momenteel ook aan de criteria voor een posttraumatische stress stoornis (PTSS). Ik heb haar geadviseerd om hiervoor een behandeling met EMDR te zoeken en recent is zij hiervoor geïndiceerd geacht. De behandeling start volgende week in F.

Ondanks haar overigens zeer stabiele optreden en voorkomen, kan mijn cliënte gemakkelijk zeer heftig emotioneel aroused raken wanneer de mishandeling/ haar ex ter sprake komt. Deze arousal gaat gepaard met herbelevingen en sterke verschijnselen van lichamelijk en psychisch onwelbevinden.

Ik wil u er dan ook met klem op wijzen dat eventuele heftig emotionele reacties van mijn cliënte tijdens de mediation, niet wijzen op haar persoonlijkheid of functioneren in het algemeen, maar gerelateerd zijn aan de confrontatie met haar ex/dader. Dergelijke reacties vertoont mijn cliënte momenteel niet in haar overige rol functioneren; en ook in het verleden is zij niet bekend met dergelijke reacties. Desgewenst kunnen belangrijke anderen uit haar sociale netwerk hiervan getuigen.'

Het tuchtcollege toetst hier aan artikel 96 van de Beroepscode van het NIP en oordeelt dat de gz-psycholoog zich daaraan niet heeft gehouden. Hij heeft zich alleen maar gebaseerd op uitlatingen van zijn cliënte. Het wordt ook hier de psycholoog zwaar aangerekend dat hij zich niet bewust is geweest van de uit het tuchtrecht en de beroepscode voorvloeiende verplichtingen. Hij krijgt een berisping.

ZORGEN OM DE KINDEREN

In mijn praktijk komt het regelmatig voor dat een verklaring door een beroepsbeoefenaar is afgegeven omdat hij zich zorgen maakt om de kinderen. Het is vaste jurisprudentie dat dit niet een rechtens te respecteren belang is. Met andere woorden; ook als u zich als psycholoog ernstig zorgen maakt om kinderen, moet u zich houden aan de regels voor het afgeven van verklaringen. Het afgeven van een verklaring is dus geen goede manier om iets te doen met die zorgen.

In een zaak voor het RTG te Den Haag uit 2016[12], had de gz-psycholoog een verklaring aan de advocaat van de moeder gegeven waarin het volgende stond:

'Op uw verzoek leg ik hier schriftelijk vast wat ik al telefonisch aan u verklaard heb. [De moeder] heeft onlangs aangifte gedaan van strafbare feiten begaan door [klager] tegen hun kinderen, [namen van de kinderen]. Hoewel sommigen vraagtekens stellen bij wat zij heeft verteld, heb ik geen reden om te twijfelen aan het feit dat zij deze dingen van haar kinderen heeft gehoord. Ik ken [de moeder] vanuit de twee behandelingen van haar dochter [naam dochter] en de ouderbegeleiding van haar zelf enige tijd geleden, die ik in 2014 heb afgesloten. [De moeder] mag dan soms wat verstrooid zijn vanwege een aandachtstoornis, maar

11 RTG Groningen d.d. 11 april 2017, ECLI:NL:TGZRGRO:2017:9.

12 RTG Den Haag d.d. 6 december 2016, ECLI:NL:TGZSGR:2016:125.

zoals ik haar heb leren kennen heeft zij in essentie een betrouwbaar beeld van de realiteit, heeft zij een normaal stabiele persoonlijkheid en beschikt zij over gezond verstand en een gezond gevoel. Verondersteld, dat datgene wat zij vertelt inderdaad waar is – een mogelijkheid waarvan ik de kans niet gering acht – is hier sprake van een mate en soort van geweld, die buitengewoon schadelijk is voor deze kinderen. Vanuit mijn professie en kennis van wat goed en wat schadelijk is voor kinderen in ontwikkeling, gecombineerd met wat mij ter ore is gekomen van de kant van de moeder, voel ik mij verplicht te wijzen op de aanzienlijke risico's, verbonden aan de situatie dat de vader weer in contact komt met de kinderen voordat grondig onderzoek is gedaan naar de feiten waarvan hij verdacht wordt en voordat een gerechtelijke uitspraak gedaan is hierover.'

Het tuchtcollege oordeelt dat de psycholoog een oordeel heeft gegeven over een ander dan zijn cliënt, die hij bovendien niet had gesproken. Als hij zich in een conflict van plichten had bevonden en meende iets te moeten doen ter bescherming van de kinderen, dan stonden er andere wegen open dan zich met een verklaring met deze inhoud op basis van eenzijdige informatie in een juridische strijd tussen de ouders te mengen, aldus het college.

Mijn toevoeging is: overweeg dan een melding te doen bij Veilig Thuis. U dient dan wel het stappenplan van de meldcode te volgen. Dat betekent onder meer dat u in de regel zowel in gesprek moet gaan met de ene ouder als met de andere ouder. Dat dit lastig is, begrijpt iedereen. Dat het gemakkelijker is om een verklaring af te geven ten behoeve van één van de ouders, ook. Maar als u dat doet, dan bent u in een procedure zelf de dupe van die goede bedoelingen. Mijn advies is dus ook bij zorgen omtrent kinderen geen verklaring af te geven.

'Meer informatie kan ik u niet geven daar ik de kinderen dus niet mocht ontvangen'

DE MAATREGEL

Het NIP-tuchtrecht bestraft een psycholoog in de regel met een berisping als een verklaring is afgegeven die in strijd is met de Beroepscode.[13] Soms wordt met een waarschuwing volstaan, met name als er niet meer dingen fout zijn gegaan.[14] De strafmaat op overtreding van de regels voor het BIG-tuchtrecht is niet helemaal te volgen. Hiervoor zijn uitspraken weergegeven die met name tot een berisping hebben geleid. Het verschil tussen een waarschuwing en een berisping is zeer groot. Een berisping wordt namelijk in het BIG-register genoteerd (voor vijf jaar) en dat register is voor iedereen toegankelijk. Een (BIG-)berisping wordt daarnaast regelmatig (met naam en toenaam) gepubliceerd in een lokale krant.

In de uitspraak van het CTG van 22 maart 2015 werd de gz-psycholoog, die een verklaring had opgesteld op verzoek van de zoon van de klaagster (zijn moeder), die in een gerechtelijke procedure met haar was gewikkeld omdat hij een omgangsregeling wilde met zijn jongere broer, 'slechts' bestraft met een waarschuwing. In de verklaring stond (onder meer) het volgende:

'Aangezien hij al een lange tijd bij ons bekend is, kunnen wij u met stelligheid het volgende mededelen. Naast het feit dat het om humanitaire redenen vanzelfsprekend zou moeten zijn dat hij omgang met zijn broer kan hebben, is dit voor [de cliënt] van cruciaal belang juist vanwege de genoemde verliezen en breuken in zijn leven. Het zal zijn ontwikkeling onnodig verder negatief beïnvloeden indien hij noodgedwongen ook het contact met zijn broer moet missen. Het ligt overigens in de lijn van de verwachting dat dit in sterkere mate ook voor zijn jongere broer geldt. [De cliënt] is een zeer consciëntieuze en bedachtzame jongeman met een rustig temperament die in problemen is geraakt door herhaaldelijke kwetsuren tijdens zijn ontwikkeling tot jongvolwassene. Gedurende de periode dat [de cliënt] in behandeling is binnen ons centrum is er geen enkele vorm van impulsiviteit en/of onverantwoordelijk, chaotisch gedrag en/of gebrek aan realiteitszin geconstateerd. [De cliënt] gebruikt geen verdovende middelen, is nooit in overtreding geweest en kan goed

13 Zie bijvoorbeeld CvT 17/20 van het NIP d.d. 13 december 2017.
14 Zie bijvoorbeeld CvT 17/12 van het NIP d.d. 11 oktober 2017.

Zwijgen leren we pas in de loop van ons leven; spreken leren wij al eerder

omgaan met autoriteiten. In die zin zou hij een goed voorbeeld voor zijn jongere broer kunnen zijn. Het is [de cliënts] vurige wens om het contact met zijn jongere broer te herstellen. Hij zal er naar verwachting alles aan doen om dit contact op een prettige manier vorm te geven. Daarnaast hebben wij [de cliënt] als een open en coöperatieve cliënt leren kennen die - indien hij problemen ervaart - dit op openhartige en constructieve wijze tijdens de behandeling bespreekt. Dit kan worden gezien als een beschermende factor.'

Wat er mis is met deze verklaring is dat de psycholoog ook uitspraken doet over een derde (namelijk de jongere broer van zijn cliënt) en niet aangeeft waarop hij baseert dat zijn cliënt geen verdovende middelen gebruikt etc. Hij is waarschijnlijk afgegaan op mededelingen van zijn cliënt zonder die nader te toetsen. Dat wordt de psycholoog aangerekend. Er wordt niet gemotiveerd door de rechters waarom het dit keer tot een waarschuwing leidt.

Ook de psychotherapeut die in een verklaring over zijn cliënt een waardeoordeel had gegeven over haar rol als moeder ontving een waarschuwing. De volgende overweging werd hieraan door het tuchtcollege gewijd:

'Nu de klacht deels gegrond is, dient het college te overwegen welke maatregel dient te worden opgelegd. De ernst van het verwijt dat verweerder moet worden gemaakt, rechtvaardigt in beginsel de maatregel van berisping. Verweerder heeft evenwel in zijn verweerschrift en met name ook bij gelegenheid van het mondelinge vooronderzoek en ter zitting nadrukkelijk spijt betuigd van zijn handelen en voorts gemotiveerd aangegeven dat en in hoeverre in de organisatie waarbinnen hij werkzaam is, de werkwijze is aangepast, zodat herhaling niet meer aan de orde kan zijn. Het college zal daarom volstaan met een waarschuwing.'[15]

De waarschuwing is eerder uitzondering dan regel. Ook al toont een verweerder inzicht in de laakbaarheid van zijn handelen en verklaart hij dat hij nooit meer zo'n verklaring zal afgeven, dan nog wordt over het algemeen geoordeeld dat het tuchtrechtelijk verwijt dat kan worden gemaakt van dien aard is dat de maatregel van berisping gerechtvaardigd is.[16]

AANBEVELINGEN

Voordat u een schriftelijke verklaring op verzoek van een cliënt afgeeft, doet u er goed aan om de regels daarover (nog eens) te bestuderen. Dat kan een tuchtrechtelijke maatregel voorkomen. Het komt zelden voor dat de cliënt zelf over de verklaring klaagt. In de regel doet dat een derde die daarvan (naar zijn mening) nadeel ondervindt. En die derde is klachtgerechtigd in het tuchtrecht.

In ieder geval moet u als behandelaar geen waardeoordeel over uw eigen cliënt (of een derde) geven. U mag feiten weergeven, maar als de bron uw eigen cliënt is, zet daar dan duidelijk bij dat u dit heeft vernomen van de cliënt ("volgens cliënt…", "cliënt vertelde mij…") en dat u niet aan waarheidsvinding heeft gedaan. Bij uitspraken over een ander dan de cliënt dient u artikel 96 van de Beroepscode van het NIP te volgen.[17] Verklaar in ieder geval niet zo maar wat uw cliënt graag wil dat u verklaart.

Zwijgen leren we pas in de loop van ons leven; spreken leren wij al eerder.[18]

OVER DE AUTEUR

Mr. drs. S. (Shirin) Slabbers is werkzaam bij DAS Rechtsbijstand.
E-mail: S.Slabbers@das.nl., gezondheidsrecht@live.com.

15 RTG Eindhoven d.d. 15 mei 2017, ECLI:NL:TGZREIN:2017:53.

16 Zie bijvoorbeeld CTG d.d. 22 maart 2016, ECLI:NL:TGZCTG:2016:149.

17 Ik geef in overweging bij een volgende versie van de Beroepscode een onderscheid te maken tussen verklaringen en rapporten.

18 Lao-Tse, een Chinees filosoof.

Kwintes ziet meer in mensen. En jij?

Kwintes ondersteunt mensen met een psychiatrische of psychosociale kwetsbaarheid. Wij bieden hen hulp bij wonen, werken en leren. Ons Locus programma is gericht op jongeren die door hun psychiatrische kwetsbaarheid problemen ondervinden. Het bestaat uit een combinatie van behandeling, begeleiding en wonen met als doel jongeren optimaal naar zelfstandigheid te ontwikkelen. Binnen dit programma hebben we twee vacatures:

- **Klinisch psycholoog (Zeist)**
- **GZ psycholoog (Veenendaal)**

Wil jij met jouw expertise bijdragen aan een betekenisvoller leven voor jongeren? Ga voor meer informatie over de vacatures en om te solliciteren naar **werkenbijkwintes.nl**.

Werken bij kwintes

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

Algemeen Bestuurslid sectie GGZ

Een mooie kans om direct betrokken te zijn bij nieuwe ontwikkelingen in het werkveld en deel uit te maken van een actief, gezellig en effectief bestuur.

Wilt u als eerste op de hoogte zijn van de nieuwste ontwikkelingen in het GGZ werkveld?

Meer over de sectie GGZ:

- Een sectie die zich actief inzet voor de psychologen werkzaam in de GGZ.
- Door in te zetten op onder andere thema's als shared decision making, ervaringsdeskundigheid, EVC-traject en het verbeteren van de financiering van de psychologische zorg. Daarnaast zijn er vaak actuele thema's die aandacht vragen.
- De grootste sectie van de 17 secties binnen het NIP waarbij ruim 3500 leden aangesloten zijn.
- Binnen het bestuur werken ervaren collegae, pas afgestudeerde psychologen en studenten enthousiast samen.

Wat bieden wij u:

- De mogelijkheid bezig te zijn met actualiteiten voor uw beroepenveld op het dossier waar uw interesse ligt.
- De kans uw netwerk en beleidsbeïnvloeding
- te vergroten.
- Een interessante functie en een betekenisvolle carrièrestap.
- De mogelijkheid uw bestuurservaring uit te
- breiden in een bestuurlijk interessante omgeving.
- Reiskostenvergoeding en een vacatievergoeding.

Een aantal taken zoals o.a. de verantwoordelijkheid voor de nieuwsbrief, de website, Facebook/LinkedIn/Twitter en organiseren van symposia worden verdeeld over de bestuursleden.

Voor meer informatie over de sectie, kijk op www.psynip.nl/ggz
U kunt voor meer informatie contact opnemen via sectieggz@psynip.nl

Nederlands Instituut van Psychologen NIP

GEERTJE KINDERMANS

EENS PSYCHOLOOG,

HEEL VEEL INTERESSES

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:

Iris Dijkstra, wetenschapsjournalist, stadsgids en reisbegeleider

FOTO VLINDERS: SHUTTERSTOCK

Ik heb psychologie gestudeerd en daarna ben ik gepromoveerd op ouders die een kind verliezen. Vervolgens kreeg ik een postdocplek aangeboden. Dat was een cadeautje, ik hoefde er niet eens om te vragen. Maar na mijn promotie wilde ik eerst een half jaar op reis. Toen ik in Nepal liep, realiseerde ik me: ik moet die baan niet aannemen, onderzoek doen aan de universiteit was het niet voor mij. Ik had tijdens mijn promotieonderzoek al gemerkt dat ik liever tussenrapportages schreef voor de ouders die hadden meegewerkt dan dat ik Engelstalige wetenschappelijke artikelen produceerde. Op een toegankelijke manier schrijven over mijn bevindingen voor mensen die er direct iets aan hebben, dát vond ik leuk.

Vanuit Nepal heb ik laten weten dat ik toch van die postdocplek af zag. Op dat moment wist ik nog niet wat ik wel wilde. Het zou nog anderhalf jaar duren voor ik daar achterkwam. Mijn moeder gaf me voor mijn verjaardag een abonnement op *Psychologie Magazine* en pas toen realiseerde ik me dat ik over psychologie kon gaan schrijven.

Ik ben cursussen gaan volgen. Mijn docent adviseerde ons om alles wat we schreven aan te bieden bij tijdschriften. Niemand vroeg: heb jij wel de school voor journalistiek gedaan? Hoe oud ben je? Wat is je cv? Je moet vooral een goed idee hebben, een beetje brutaal zijn en bij een tijdschrift aankloppen. Tot mijn stomme verbazing kreeg ik al mijn verhalen gepubliceerd.

Dat smaakte naar meer, dus besloot ik van het schrijven mijn beroep te maken. Aanvankelijk dacht ik dat redacties van mij vooral artikelen zouden willen over ouders die hun kind verliezen. Maar ze bleken het veel prettiger te vinden als ik schreef over dingen waar ik zelf ook nog maar weinig van wist. Dan durf je onbevangen vragen te stellen aan hotemetoten en gebruik je niet zoveel jargon in je verhaal. Dat ik me in alle onderwerpen mocht verdiepen, maakte het er alleen maar leuker op.

CRISIS

Ik werk nog steeds als wetenschapsjournalist, schrijf onder meer nieuwsberichten voor *De Psycholoog*. Maar ik heb veel last gehad van de crisis. Tijdschriften vielen om, redacties moesten fuseren en inkrimpen. Als freelancer kwam ik er nauwelijks meer tussen. Ik realiseerde me dat het eng was om helemaal op één paard te wedden, en dat ik een tweede paard moest organiseren.

ALTIJD PSYCHOLOOG...

Als beginnend journalist had ik weinig geld om te reizen, daarom begeleidde ik wel eens reizen. Zo ben ik in Tibet, Nepal, Mongolië, China en Indonesië terechtgekomen. Met aardige mensen in de groep, was dat heel leuk. Maar het kan ook lastig worden. Bijvoorbeeld als iemand ziek wordt, zoals een vrouw die in Tibet hersenoedeem kreeg en terug moest naar Nederland. Of als je een lastpak in je groep hebt. En ik bedacht me: nog leuker dan mensen rondleiden in Tibet of Mongolië, is het als ik ze kan rondleiden in Nederland. Ik heb me bij een evenementenbureau aangesloten en heb de opleiding tot nationaal gids gevolgd. Dat is de tweede pijler geworden.

DOODVERMOEIEND

Vorig jaar kwam ik in contact met iemand die fietsreizen begeleidt. Dat sprak me aan en dat ben ik ook gaan doen. Dit jaar begeleid ik negen reizen. Het is een van de meest uitdagende klussen die ik heb gehad. Ik moet gidsen in steden waar ik nooit kom, zoals Antwerpen, Brugge, Gent en Dendermonde. En dat dan in het Engels én Duits, want het zijn internationale groepen. Vooral het switchen tussen talen vind ik doodvermoeiend. Bovendien is gewoon Duits praten nog wel wat anders dan in het Duits moeten gidsen. Want wat is molenwiek in het Duits? Of gevelsteen? Of kluizenaar? Ik heb net een paar reizen achter de rug en ben kapot. Maar ik ga er wel mee door. Ik hou wel van een uitdaging.

Ik moet natuurlijk ook fietsen kunnen verstellen. En de sfeer in de groep leuk zien te houden. Ik kom ook regelmatig voor verrassingen te staan. Soms kunnen deelnemers nauwelijks fietsen bijvoorbeeld. Ze zeggen dan dat ze thuis hebben geoefend, maar dan blijkt dat ze op een hometrainer hebben gezeten. Dan kun je trappen, maar heb je geen idee hoe je moet op- en afstappen en dan weet je niet hoe je een bocht moet nemen. In dezelfde groep zitten ook sportieve mensen en die moeten ook aan hun trekken komen. Soms is dat een beetje zoeken. Je wilt toch dat iedereen de reis van zijn leven heeft.

Of ik me nog altijd psycholoog voel? Als journalist is psychologie natuurlijk mijn onderwerp. En als stadsgids probeer ik me altijd voor te stellen hoe mensen in Utrecht vroeger leefden, ze dronken water uit de gracht en woonden met het hele gezin in een werfkelder. Maar dat is net zo goed geschiedenis als psychologie.

Ook binnen groepen zie ik psychologie terugkomen. Als een reisgenoot lastig is, komt de Roos van Leary in me op. Ik heb nooit spijt gehad van mijn studie, ik vond het leerzaam en interessant. Maar ik heb meer interesses dan de psychologie alleen. Waarom zou ik me beperken? Ik hou ook van andere culturen, architectuur en geschiedenis. En ik sluit niet uit dat ik over vijf jaar weer iets heel anders doe. Ik heb de afgelopen maanden bijvoorbeeld een aantal cursussen documentaire-maken gevolgd. Mijn handen jeuken om aan mijn eerste documentaire te beginnen. Het onderwerp heb ik al. En dat ligt weer op het vlak van de psychologie.'

Fietsreizen begeleiden is een van de uitdagendste klussen die ik ooit heb gehad

VRAAG & AANBOD

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

VACATURES

GZ-Psycholoog
ALMERE

GZ-Psycholoog
LELYSTAD

GZ-Psycholoog
ZWOLLE

GZ-Psycholoog
DEN HAAG

Systeemtherapeut Kind en Jeugd
HARDERWIJK

GZ-psycholoog KJ / Kind-Jeugd psycholoog NIP / Orthopedagoog generalist
WEST FRIESLAND

GZ psycholoog Gedragsdeskundig
AALTEN

Consultant Assessment & Development
ROTTERDAM EN EINDHOVEN

Psycholoog K&J
VELSERBROEK

Gz-psycholoog Volwassenenzorg
DORDRECHT

Ervaren (basis)psychologen en relatietherapeuten met een eigen praktijk
IN HEEL NEDERLAND

PRAKTIJKRUIMTES

Werkruimte te huur
BROUWERSGRACHT, AMSTERDAM

VieCuri is een opleidingsziekenhuis met locaties in Venlo en Venray. Werken bij VieCuri betekent werken in een ziekenhuis met ruimte voor professionals. VieCuri maakt deel uit van een samenwerkingsverband van zesentwintig grote opleidingsziekenhuizen die hooggespecialiseerde medische zorg verlenen: de Samenwerkende Topklinische opleidingsziekenhuizen (STZ). Als opleidingsziekenhuis investeren wij in onze mensen. Zodat we goede zorg kunnen bieden aan onze patiënten door betrokken en deskundige professionals; medewerkers die de ruimte krijgen om zich te blijven ontwikkelen en die hun ambities waar kunnen maken.

De Medische Psychologie heeft in verband met vertrek van medewerkers en uitbreiding van werkzaamheden op korte termijn vacatures voor de patiëntenzorg voor volwassenen en ouderen:

Klinisch neuropsycholoog

32 – 36 uur

Klinisch psycholoog

28 - 32 uur

Gezondheidszorgpsycholoog

28 – 36 uur

De Medische Psychologie onderzoekt en behandelt patiënten van alle leeftijdscategorieën. Overige taken zijn o.a. advisering, voorlichting en verwijzing. Vanuit de afdeling participeren medewerkers o.a. in de behandelteams van de Cardiologie, Oncologie, Diabetes Mellitus, Geriatrie, Neurologie en Adelante (centrum voor revalidatie).

De Medische Psychologie heeft een formatie van ongeveer 14 fte. Binnen de afdeling is er sprake van complementaire deskundigheden, waarbij collega's gekoppeld zijn aan subspecialisaties.

De afdeling beschikt over opleidingstrajecten voor klinisch neuropsychologen en een gezondheidszorgpsycholoog. Daarnaast wordt wetenschappelijk onderzoek gestimuleerd en gefaciliteerd.

Voor nadere inlichtingen kunt u contact opnemen met dr. H.G.G. van Balen, klinisch psycholoog/klinisch neuropsycholoog, Medisch Leider Medische Psychologie, tel. 06-30093616. Voor overige informatie wordt verwezen naar **www.viecuri.nl/werken-leren/**

Interesse om ons team te komen versterken?
Graag zien wij uw reactie uiterlijk **donderdag 26 juli 2018** tegemoet.

VieCuri
medisch centrum

Cenzo zoekt:

GZ-psychologen én A&G-psychologen

Een sterke combinatie!

WIJ ZIJN LANDELIJK OP ZOEK NAAR VERSTERKING VAN ONS NETWERK! EN MET SPOED IN:
Zaanstad, Groningen, Emmen, Breda, Twente, Venlo en Friesland.

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

Steeds hogere eisen worden gesteld aan de kwaliteit en transparantie binnen de zorg. Om deze eisen te implementeren en steeds veranderende regelgeving bij te houden hebben psychologen steeds minder tijd en middelen om cliënten optimale zorg te leveren.

BENIEUWD NAAR ONS AANBOD?
Bezoek onze website
www.cenzo.nl
of bel
voor een vrijblijvend gesprek
020 – 344 50 47.

Cenzo biedt uitkomst!

Lift mee op een bewezen succesformule waarbinnen jij je richt op optimale hulpverlening en samenwerking met verwijzers. Cenzo faciliteert de zakelijke randvoorwaarden voor zorg binnen zowel **GBGGZ** als **bedrijfszorg** zoals onder andere:

1. Contracten met (zorg)verzekeraars;
2. Samenwerkingsverbanden met verwijzers, bedrijven en arbodiensten;
3. Volledige IT-ondersteuning voor cliëntregistratie, facturatie, ROM en E-health;
4. Financiële afwikkeling van verleende diensten;
5. Deskundigheidsbevordering en intervisie
6. Acquisitiemateriaal.

Cenzo draagt het Keurmerk Basis GGZ en is ISO 9001:2015 gecertificeerd.

Cenzo B.V.
Stationsweg 24 • 1441 EJ Purmerend
020 – 344 50 47 • info@cenzo.nl • www.cenzo.nl