

DE PSY- CHO- LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN
JAARGANG 53 • NR 9 • SEPTEMBER 2018

BURN-OUT: FEITEN EN FICTIE • KAN BOKSTHERAPIE BIJDRAGEN AAN HET HERSTEL VAN PTSS? EEN CASE-STUDY •
FORUM: DE WEG NAAR DE ARBEIDSMARKT VOOR PSYCHOLOGEN • PERSOONLIJKHEID IN DRIE PERSPECTIEVEN:
EEN INSTRUMENT • INSPIRATIE: FRANS KOENRAADT • BIJEENKOMST: PSYCHOANALYSE EN NEUROWETENSCHAP
SLAAN HANDEN INEEN • JUNIOR: MARLOES KRÜTER • COLUMN HAROLD BEKKERING: TOERISTISCH SNORKELLEN

FRANS SCHALKWIJK OVER **NARCISME**





Psychische klachten bij ouderen

'Met dit boek wordt zowel het zelfvertrouwen als de interesse om hulp te verlenen aan ouderen met psychische klachten vergroot!'
– Prof. dr. Bas van Alphen



Het pornobrein

'Wilson laat zien hoe veelvuldig internetporno kijken de hersenen verandert.'
– *Psychologie Magazine*



Actie-
prijs

Negatief zelfbeeld

Negatief zelfbeeld biedt een methode om het negatieve denken te doorbreken. Stapsgewijs en met behulp van oefeningen en opdrachten. Toepasbaar binnen een behandeling of om zelfstandig te doorlopen.

De actieprijzen gelden tot en met 31 augustus 2018 o.v.v. wijzigingen.

Benieuwd naar deze en andere boeken, tests en vragenlijsten? Meer informatie via:
www.boompsychologie.nl/actie

BRIEF

Vragenlijst executieve functies voor 5- tot 18-jarigen

Instructies en
verantwoording



Gerard A. Gioia
Peter K. Isquith
Steven C. Gray
Lauren Kenworthy

RBS

Rekenbelevingsschaal

Handleiding



Jolanneke van der Beek
Sylvia Töll
Hans van Luit

hogrefe

Eerste hulp bij onderwijsproblemen

Instrumenten voor schoolgaande kinderen

Executieve functies en rekenbeleving

Executieve functies bij kinderen en jongeren: De BRIEF brengt de executieve functies van kinderen en jongeren snel en effectief in kaart.

Rekenbelevingsschaal: De RBS vormt op snelle en eenvoudige wijze een beeld van de rekenbeleving van kinderen van groep zes tot en met klas drie.

- 10 BURN-OUT: FEITEN EN FICTIE** – Er wordt van alles en nog wat over burn-out beweerd. Maar wat klopt er nu wel en wat klopt er niet? Wat zijn de feiten en wat is fictie? Dit artikel van Wilmar Schaufeli komt voort uit twee gemoedstoestanden: irritatie en verbazing. ‘Veel onderzoek en weinig antwoorden, dat zou men de paradox van het onderzoek naar burn-out kunnen noemen.’
- 34 KAN BOKSTHERAPIE BIJDAGEN AAN HET HERSTEL VAN PTSS? EEN CASE-STUDY** – Bokstherapie lijkt effectief bij het herstellen van PTSS-klachten bij een politieagente met een werk-gerelateerd trauma. Na reeds vijf jaar klachten en een jaar lang psychologische hulpverlening is zij gestart met bokstherapie. In dit geval bleek deze behandeling efficiënt en kosteneffectief, stelt Rob van de Ven.
- 42 FORUM: DE WEG NAAR DE ARBEIDSMARKT VOOR PSYCHOLOGEN** – Er zijn lange wachtlijsten in de ggz en er is een groeiende prevalentie van psychische klachten. Ondanks een grote vraag naar psychologen door deze omstandigheden, zijn er voor recent afgestudeerde basispsychologen weinig mogelijkheden om de arbeidsmarkt te betreden. Nathalie Heijkoop, Carina Post en Tristan Renkema, drie recent afgestudeerde basispsychologen, geven hun kijk op deze paradox. Ingmar Visser reageert.

Bij Pearson Academy staat de vertaling van theorie naar praktijk altijd centraal!

KIJK VOOR HET VOLLEDIGE AANBOD OP
www.pearsonacademy.nl

VRAGEN?

Mail ons via
info@pearsonacademy.nl
of bel 020-5815500



Pearson Academy zet zich in voor het juist toepassen van testinstrumenten en het correct interpreteren van testresultaten.

Trainingen rondom testgebruik:

WISC-V-NL

NEPSY-II-NL

Bayley-III-NL

RAKIT-2

WAIS-IV-NL

Nieuw in trainingsaanbod

Gespreksvoering & psychodiagnostiek bij migrantenkinderen

Op zoek naar verdieping?

Onze opleidingstips:

- Basiscursus Theraplay & MIM: Stap één voor certificatie tot Theraplay therapeut
- Hulpverlening aan kinderen en hun gescheiden ouders, mogelijkheden en valkuilen
- Postmaster opleiding Diagnostiek bij kinderen en jeugdigen
- Diagnostiek en behandeling van gecompliceerde rouw
- Postmaster cursus medische psychologie

Bekijk alle mogelijkheden op www.rinogroep.nl

The logo for RINO GROEP, with 'RINO' in a large, bold, blue sans-serif font and 'GROEP' in a smaller, bold, blue sans-serif font below it. The text is set against a white background within an orange rectangular box.

**RINO
GROEP**

- 6 NIEUWS
- 9 COLUMN: Harold Bekkering
- 21 BOEKEN & MEDIA
- 26 INTERVIEW: Frans Schalkwijk
- 40 INSPIRATIE: Frans Koenraadt
- 50 JUNIOR: Marloes Krüter
- 52 PERSOONLIJKHEID IN
DRIE PERSPECTIEVEN:
Een instrument
- 56 BIJEENKOMST: Psychoanalyse
en neurowetenschap slaan
handen ineen
- 61 GASTCOLUMN: Paul Betgem

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 (hoofddirecteur), 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, Wilmar Schaufeli, Wouter Schoonman, Bart Schutz, Annelies Spek, Giovanni Timmermans (voorzitter), Marcel Veenman, Anneke Vinke, Rolf Zwaan
Eindcorrectie: Else de Jonge **Vormgeving:** Studio Jorrit van Rijt
Basisontwerp: Curve Mags And More, Henk Stoffels. **Bladmanagement, advertenties en abonnementen:** Performis BV, contactpersoon Geert Janus, tel.: 073-6895889, e-mail: depsycholoog@performis.nl. **Uitgave en ledenadministratie:** NIP-bureau, Postbus 2085, 3500 GB Utrecht. Tel. 030-8201500 (keuze 2), 9.00-17.00 uur. IBAN code: NL81INGB00003788 02, SWIFT code: INGBNL2a. www.psynip.nl, e-mail: info@psynip.nl.

Coverfoto: Peter Valckx

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

DE
PSY-
CHO-
LOOG

BOKSEN

Boksen is, als je het mij vraagt, een van de sporten die je als metafoor kan zien voor het leven. In het leven dienen zich immers altijd momenten aan die zo kenmerkend zijn voor deze sport: om verder te komen moet je kunnen vechten, ontwijken, aanvallen, verdedigen, incasseren, provoceren, kansen afwachten en zien, angsten en tegenslagen kunnen overwinnen, er alleen voor durven staan, kunnen dansen soms ook.

Dansen kon Muhammad Ali als geen andere bokser. Het doet me deugd dat een mooie oude foto van hem het artikel van fysiotherapeut Rob van de Ven in dit nummer siert, niet alleen omdat Ali een van de grootste atleten aller tijden is, maar bovenal omdat hij een heel groots mens was. Van de Ven laat in een case-study – waarover een van de reviewers opmerkte dat hij/zij wou dat zij/hij dit zelf had bedacht – zien dat bokstherapie bij een politieagente met een werkge-relateerd trauma kan bijdragen aan het herstel van PTSS.

Wie een burn-out heeft, bokst zich minder goed door het leven. En dat zijn steeds meer mensen, als we de cijfers mogen geloven: zo'n een op de zeven Nederlanders. Psychiater en stressonderzoeker Christiaan Vinkers stelde 27 augustus jl. in een opiniestuk in *de Volkskrant* dat de paradox met burn-out is dat iedereen doet alsof duidelijk is wat het is, terwijl we dat eigenlijk niet precies weten en evenmin goed kunnen vaststellen: 'Ik durf wel te stellen dat veel van wat we denken te weten over burn-out meer mening dan feit is,' aldus Vinkers.

Laat Wilmar Schaufeli, hoogleraar Arbeids- & Organisatiepsychologie aan de Universiteit Utrecht en KU Leuven en lid van de redactieraad van dit periodiek, in dit nummer nu net feit en fictie over burn-out op een rijtje zetten. 'Veel onderzoek en weinig antwoorden, dat zou men de paradox van het onderzoek naar burn-out kunnen noemen,' schrijft Schaufeli, die het door het gebrek aan wetenschappelijke feiten geen wonder vindt dat de fictie rondom burn-out welig tiert. Hij geeft ook een antwoord op hoe we ons uit deze paradox kunnen bevrijden: terug naar de tekentafel en gewapend met de kennis van nu opnieuw nadenken over de conceptualisatie en operationalisatie van burn-out.

Hopelijk dat op die tekentafel ook bokstherapie als behandelingsmethode ter sprake komt.

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

MISBRUIKERVARINGEN MOESTEN ZELF WORDEN AANGEKAART THERAPIE NA SEKSUEEL MISBRUIK

Drie op de vier volwassenen die als kind seksueel zijn misbruikt, geeft zijn of haar therapeut in de ggz een zes of meer. Maar opmerkelijk genoeg zegt bijna de helft van alle respondenten dat de misbruikervaringen tijdens de therapie niet aan bod kwamen.

Dit blijkt uit cross-sectioneel onderzoek van de Open Universiteit en Rutgers, kenniscentrum seksualiteit. Aan dit onderzoek werkten 216 Nederlanders met een misbruikgeschiedenis mee. Alleen hadden ze na 2007 hulp gezocht in de ggz. Eerder, in 1996 en 2003,

hadden onderzoekers geconstateerd dat met name de behandeling van ernstig getraumatiseerde slachtoffers te wensen overliet. Daarop zijn destijds diverse beleidsmaatregelen genomen. Het werd bijvoorbeeld standaard om tijdens de intake naar misbruikervaringen te vragen en er werden vijf gespecialiseerde centra opgericht.

Of deze maatregelen effect hebben, valt te betwijfelen. Enerzijds geeft driekwart van de respondenten de gevolgde therapie een (ruime) voldoende. Maar opvallend genoeg heeft nog steeds ruim de helft van de responden-

ten de misbruikervaringen zelf moeten aankaarten. Een kwart van de cliënten vertelde zelfs helemaal niets over het misbruik. Bijna de helft gaf bovendien aan dat er in de therapie geen aandacht werd besteed aan de verwerking van het misbruik. En hoe minder aandacht daaraan werd geschonken, hoe minder cliënten over hun behandeling te spreken waren. Alles bij elkaar lijkt er dus nog wel ruimte voor verbetering. (ID)

Bron: Brederveld, J. et al. (2018), Seksueel-misbruikslachtoffers: Hoe vergaat het hen in de ggz? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 44(4), 210-227.

TESTOSTERONNIVEAU VAN GROTE INVLOED RELATIE MACHT EN NARCISME

Vaak wordt verondersteld dat narcisten zichzelf in machtsposities manoeuvreren. Uit onderzoek van de Rotterdam School of Management (Erasmus Universiteit) zou blijken dat macht van mensen met veel testosteron narcisten maakt.

In het Erasmus Behavioural Lab werden 206 participanten onderzocht. Bij hen werden speekselmonsters afgenomen om testosteronniveaus vast te stellen. Daarna kregen ze te horen dat ze deelnamen aan een onderzoek naar teamdynamiek. De helft van de deelnemers werd de baas van een groepstaak en had de controle over hun 'ondergeschikten' en over de beloning die de teams kregen. De andere helft werd verteld dat alle

teamleden evenveel beslissingsbevoegdheid hadden. Vervolgens werd narcisme gemeten met de Narcissistic Personality Inventory, gevolgd door een vragenlijst die vaststelde in hoeverre mensen bereid zijn om hun macht te misbruiken.

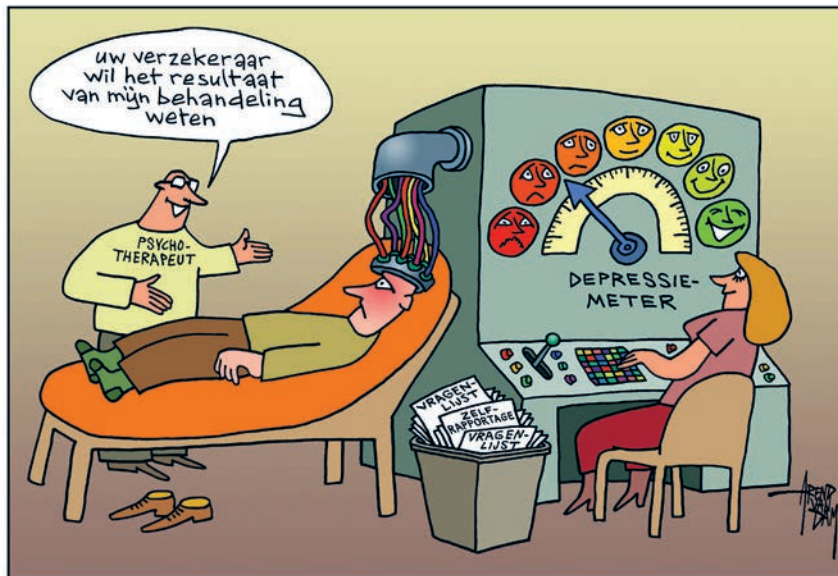
De onderzoekers ontdekten dat mensen met relatief weinig testosteron geen narcist worden als ze in een machtspositie belanden. Maar mensen die veel testosteron hebben, gaan wel narcissistisch gedrag vertonen zodra ze macht krijgen. Organisaties doen er volgens de onderzoekers daarom verstandig aan op hun hoede te zijn als ze leidinggevenden zoeken. Ze zouden geen mensen op leidinggevende posities moeten zetten die gedrag vertonen dat hoort bij een hoog testosteronniveau (denk

aan een dominante houding, verantwoordelijkheid claimen voor successen van anderen, eigen fouten ontkennen, anderen de schuld in de schoenen schuiven). Verstandiger is het te kijken naar daadwerkelijke competenties, talent en vaardigheden. (VB)

Bron: Mead, N.L. et al. (2018). Power increases the socially toxic component of narcissism among individuals with high baseline testosterone. *Journal of Experimental Psychology: General*, 147(4), 591-596. <http://dx.doi.org/10.1037/xge0000427>

SCHAP

METEN IS WETEN



PAY-PER-USE STIMULEERT GEDRAGSVERANDERING

GROTE WASJES, KLEINE WASJES

Onderzoekers van de TU Delft en de Zweedse Lund University hebben aangetoond dat betalen per wasbeurt leidt tot zuiniger gebruik van wasmachine's. Consumenten vertonen duurzamer consumptiegedrag.

Normaal gesproken kopen consumenten een wasmachine en denken verder weinig meer na over het gebruik ervan. Er is ook een alternatief model denkbaar, waarbij iemand een wasmachine huurt van een bedrijf en vervolgens per wasbeurt betaalt. Een dergelijk pay-per-use businessmodel kan een gunstige uitkomst hebben op het milieu. Consumenten worden zich zo immers bewuster van hun consumptiepatroon

en worden bovendien financieel gestimuleerd zuinig te zijn.

Die aanname bleek ook daadwerkelijk op te gaan, zo vonden de onderzoekers onder meer via diepgaande case-study's in de praktijk, in samenwerking met het spin-off bedrijf van de TU Delft HOMIE, dat betalen per wasbeurt aanbiedt. Er is direct gemeten hoe pay-per-use bijdroeg door groepen gebruikers langdurig te volgen. Het bleek dat het aantal wasbeurten per maand significant daalde, evenals de temperatuur waarop gemiddeld werd gewassen (wat energiezuiniger is)

Pay-per-use heeft daadwerkelijk de potentie duurzamer gebruik van producten te stimuleren, concluderen de onderzoekers. Verder onderzoek

moet uitwijzen wat de beste manier is om dit in te zetten in de praktijk om consumenten tot blijvend duurzaam gedrag aan te zetten. (VB)

Bron: Bocken, N. et al. (2018). Pay-per-use business models as a driver for sustainable consumption: evidence from the case of HOMIE. *Journal of Cleaner Production*, 198(10), 498-510. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2018.07.043>

PROMOTIES

SPELEN MET ROBOTS

Kinderen met een ernstige fysieke beperking kunnen problemen ervaren bij het spelen: zij kunnen speelgoed moeilijk vasthouden of bedienen, en de toegankelijkheid van speeltuinen/-pleinen is beperkt. Nieuwe ontwikkelingen op het gebied van technologie en ict bieden nieuwe speelmogelijkheden voor deze doelgroep. In dit onderzoek zijn de gebruiksvriendelijkheid, de haalbaarheid en de potentie van robots voor kinderen met een ernstige fysieke beperking onderzocht. Robots blijken enorme potentie te hebben in het ondersteunen van spelen. Kinderen blijken het ontzettend leuk te vinden om met robots te spelen en te 'werken'. Zorgrobots zullen de professionals nooit vervangen, maar zijn een goede ondersteuning om de zorg leuker, beter en efficiënter te maken.

Renée van den Heuvel, *The next generation of play; Robots to support play in rehabilitation and special education for children*. Maastricht University, 4 juli 2018. (Co-)promotoren: prof. dr. L.P. de Witte, dr. M.A.S. Lexis, dr. G.J. Gelderblom

ONTSTEKING IN DE HERSENEN BIJ DEPRESSIE

Ontstekingsprocessen in de hersenen zijn mogelijk betrokken bij het ontstaan van depressie. Paula Kopschina Feltes onderzocht veranderingen in het gedrag en in de hersenen van ratten die depressie ontwikkelden na stressvolle gebeurtenissen. Feltes toont aan dat activering van het stresssysteem bij ratten ontstekingsprocessen in de hersenen en depressieve symptomen kan veroorzaken. Ook blijkt een stressvolle gebeurtenis bij deze ratten op jonge leeftijd effect te hebben op het individuele gedrag en de ontstekingsreacties in de hersenen. Bij haar studies gebruikte Feltes positron emissie tomografie (PET). Aangezien dezelfde methodologie ook bij mensen kan worden toegepast, heeft PET de potentie belangrijke informatie te verschaffen over veranderingen in het brein van depressieve patiënten en voor hun behandeling.

Paula Kopschina Feltes, *The two sides of the coin of psychosocial stress: evaluation by positron emission tomography*. Rijksuniversiteit Groningen, 11 juli 2018. (Co-)promotoren: prof. dr. R.A.J.O. Dierckx, dr. E.F.J. de Vries, dr. J. Doorduyn, C.M. Moriguchi-Jeckel

HERSENCONNECTIVITEIT BIJ ALZHEIMER

Om meer inzicht te krijgen in behoud en achteruitgang van hersenfuncties, is het van belang interacties en connecties tussen hersengebieden te bestuderen. Een geschikte methode hiervoor is 'resting state functional magnetic resonance imaging' (rs-fMRI). In dit proefschrift is deze techniek gebruikt om de effecten van geneesmiddelen op hersenconnectiviteit in beeld te brengen. De onderzochte geneesmiddelen zijn van invloed op de neurotransmitters serotonine en acetylcholine en worden doorgaans gebruikt ter behandeling van respectievelijk depressie en dementie. Conclusie: de rs-fMRI techniek kan mogelijk gaan bijdragen aan betere differentiatie tussen mensen met en zonder dementie.

Bernadet Klaassens, *Imaging functional brain connectivity: pharmacological modulation, aging & Alzheimer's disease*. Universiteit Leiden, 6 september 2018. Promotoren: prof. dr. S.A.R.B. Rombouts, prof. dr. J.M.A. van Gerven

Maria van Aert, *Meta-analysis: shortcomings and potential*. Tilburg University, 6 juli 2018. Promotoren: prof. dr. M.A.L.M. van Assen, prof. dr. J.M. Wicherts

Fania Dassen, *Training cognitive control; the role of executive functioning in eating behavior and weight loss*. Maastricht University, 11 juli 2018. (Co-)promotoren: prof. dr. A. Jansen, dr. K. Houben, dr. C. Nederkoorn

Patricia Miller, *Couples living with HIV: gatherings, dialogue and community action*. Universiteit Twente, 30 augustus 2018. Promotor: prof. dr. C.P.M. Wilderom

Michael Boissonneault, *Measuring the impact of health on work in a context of delayed retirement*. Rijksuniversiteit Groningen, 12 juli 2018. (Co-)promotoren: prof. dr. L.J.G. van Wissen, dr. J.A.A. de Beer

Gert Kladders, *Can haptotherapy reduce fear of childbirth? Some first answers from a randomized controlled trial*. Tilburg University, 5 september 2018. (Co-)promotoren: prof. dr. A.J.J.M. Vingerhoets, prof. dr. K. Wijma, dr. K.M. Paarlberg

Inge Simons, *Improving family-centered care in Juvenile Justice Institutions*. Universiteit Leiden, 5 september 2018. Promotor: prof. dr. R.R.J.M. Vermeiren

TOERISTISCH SNORKELLEN

De zuidkust van Sri Lanka is prachtig. We surfen door de golven van de Indische Oceaan en snorkelen te midden van vele prachtige vissen, wat een kleurendom en variëteit. Ik probeer de vissen aan te raken, maar hoe ik ook mijn best doe, en terwijl ik werkelijk tussen een school van honderden vissen zwem, het lukt me niet. We zijn slechts vijftig meter van de kust vandaan, maar we voelen ons onderdeel van een andere wereld.

Sri Lanka is sowieso prachtig. De boeddhistische vriendelijkheid lijkt alom te overheersen. In het land leven vele godsdiensten vreedzaam naast elkaar; hindoeïsme, islam en christendom worden uitbundig gevierd en overal zijn tempels en gebedshuizen. Tenminste, zo lijkt het. De afscheidingsoorlog van de voornamelijk hindoeïstische Tamils in het noorden is nog geen tien jaar geleden afgelopen, na een bittere strijd waarbij minstens zeventigduizend mensen in het hele land zijn vermoord. Ook de oceaan is niet altijd zo vredig als het al snorkelend lijkt. De tsunami van 2004 heeft ook in Sri Lanka bikkellhard toegeslagen. Er kwamen ruim achtendertigduizend mensen om bij de ramp, en zeker een miljoen moesten huis en haard verlaten of hadden niets meer door de ramp.

We logeren in het plaatsje Arugam Bay op een zelfgebouwde cabana van Mubarak. Mubarak vertelt ons hoe hij door puur geluk ontsnapt is aan de dood. Zijn fiets was stuk waardoor hij een afspraak aan het strand met zijn beste vriend niet kon nakomen. Velen om hem heen zijn wel omgekomen, onder wie zijn vriend. De schuldgevoelens spatten nog steeds van hem af. Wat nu als hij er wel was geweest, had hij wel ingezien dat er nog een tweede, allesvernietigende golf zou komen? En een restauranthouder in Yala aan de zuidkust vertelt hoe hij zijn hele familie heeft verloren. Ouders, broers en zussen, hij is helemaal alleen over. Wij kunnen alleen maar luisteren, wat een immens verdriet.

We zijn bezig met een reis door het land. We relaxen aan de mooie stranden van Negombo en Arugam Bay. We bekijken de schitterende tempels rondom Kandy, waarbij de uit de rotsen gehakte Boeddhabeelden ook op onze twee tieners veel indruk maken. Een toerist, Nederlander natuurlijk, maakt een foto van de prachtige rotstekeningen, terwijl dit ten strengste verboden is. Een agent houdt hem meteen aan, en terecht. De theeplantages rondom Ella zijn adembenemend mooi. We volgen yogalessen in Galle, een prachtige stad, ooit nog in Nederlandse boevenhanden geweest tijdens de Gouden Eeuw. De lerares is een Duitse dame getrouwd met een Sri Lankaase man. Hoewel ze zich heel zen gedraagt, is ze toch bovenal Duits qua uitstraling. Is het eigenlijk wel mogelijk om een andere cultuur te internaliseren? Zal ik echt meer *mindful* naar de universiteit terugkeren? Ik zie enkele lezers al denken: ik hoop het, hij kan het zeker gebruiken.

Deze vakantie is net één grote snorkeltocht geweest, zegt mijn vrouw na afloop. We hebben zoveel prachtigs gezien, maar we zagen alleen de oppervlakte. Toeristisch snorkelen, ai, dat moet ik even verwerken.



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

Er wordt van alles en nog wat over burn-out beweerd. Maar wat klopt er nu wel en wat klopt er niet? Wat zijn de feiten en wat is fictie? Dit artikel van Wilmar Schaufeli komt voort uit twee gemoedstoestanden: irritatie over allerlei uitspraken over burn-out waar geen wetenschappelijke evidentie voor is en verbazing over het feit dat de wetenschap geen afdoende antwoord heeft op simpele, voor de hand liggende vragen. ‘Veel onderzoek en weinig antwoorden, dat zou men de paradox van het onderzoek naar burn-out kunnen noemen.’

FEITEN EN FICTIE

BURN-OUT

Het is geen sinecure om in kort bestek het kaf van het koren te scheiden over burn-out. Volgens *Google Scholar* zijn er meer dan 94.000 publicaties over burn-out geschreven. *PsyINFO* komt uit op ruim 11.000 tijdschriftartikelen. Er is dus ruim acht keer zoveel over burn-out gepubliceerd wanneer ook boeken, rapporten en niet-Engelstalige publicaties worden meegeteld (*Google Scholar*), vergeleken met *peer-reviewed* Engelstalige tijdschriften (*PsyINFO*). Geen wonder dat er zoveel mythes rondom burn-out bestaan.

Zo'n overstelpende hoeveelheid publicaties noopt tot het hanteren van een brede kwast in plaats van een penseel. Daarbij hanteer ik het perspectief van de professional en de geïnteresseerde leek in plaats van dat van de wetenschapper. Dat betekent ook dat ik niet uitbundig zal citeren maar me beperk tot de belangrijkste bronnen. Het is dus niet de bedoeling om 'alles' wat er in de wetenschap over burn-out bekend is in dit artikel samen te vatten. Dat zou ook onmogelijk zijn. In plaats daarvan zal ik een aantal voor de hand liggende vragen proberen te beantwoorden zoals journalisten die doorgaans aan mij stellen.

Deze vragen kunnen in vijf groepen onderverdeeld worden, die betrekking hebben op het concept burn-out (1-2), de historische en maatschappelijke achtergrond (3-4), epidemiologie (5-6), diagnostiek (7-9), persoon en lichaam (10-11) en interventies (12-13).

1. WAT IS BURN-OUT?

Er zijn veel verhandelingen geschreven over wat burn-out is en meestal wordt er geconstateerd dat de geleerden het er niet over eens zijn. Op de keper beschouwd klopt dat ook, want zoals gebruikelijk in de psychologie bestaan er ook over burn-out verschillende opvattingen. Wel zijn vriend en vijand het erover eens dat het om een *mentale uitputtingstoestand* gaat. Het debat spitst zich vooral toe op de ernst en de aard van de klachten.

Het feit dat onder burn-out enerzijds tamelijk milde klachten worden verstaan waarvoor men niet noodzakelijkerwijs hoeft te verzuimen van het werk, en anderzijds een langdurige stoornis die het onmogelijk maakt om te werken, zorgt voor de nodige verwarring. Zo worden er vragenlijsten gebruikt die burn-outklachten meten bij in principe gezonde werknemers, bijvoorbeeld in het kader van het wettelijk verplichte *Preventief Medisch Onderzoek*. Het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB) administreert echter het aantal burn-outgevallen door op basis van arbeidsuitval. En dat zijn dus twee hele verschillende dingen.

De achterliggende gedachte is dat burn-outklachten uiteindelijk tot een échte burn-out en daarmee tot arbeidsuitval leiden. Hoe plausibel die gedachte ook moge zijn, harde wetenschappelijke evidentie daarvoor ontbreekt vooralsnog. Zo toont een uniek prospectief cohortonderzoek onder Nederlandse werknemers aan dat een vragenlijstscore

op burn-out het toekomstige langdurige ziekteverzuim weliswaar in statistisch significante zin voorspelt, maar het effect is dermate gering dat het voor de praktijk niet relevant is (Roelen et al., 2015). Kennelijk liggen burn-outklachten en arbeidsuitval niet in elkaars verlengde, wellicht vanwege veelvuldig optredend spontaan herstel.

Waar de geleerden het wél over eens zijn, is dat mentale uitputting de kern van burn-out vormt. Sommigen zijn zelfs van mening dat burn-out *samenvalt* met uitputting, waaraan verschillende aspecten kunnen worden onderscheiden, zoals cognitieve, fysieke, mentale en emotionele uitputting. Anderen daarentegen voegen één of meerdere dimensies toe. De meestgebruikte definitie van burn-out is die van Christina Maslach uit 1981, die behalve emotionele uitputting ook depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid als constituerende elementen van burn-out bevat. Bovendien stipuleerde deze definitie aanvankelijk dat burn-out uitsluitend en alleen voorkomt in sociale beroepen, zoals in de zorg, het onderwijs, het welzijnswerk of bij de politie. Omdat deze definitie de basis vormt van de meestgebruikte vragenlijst – de *Maslach Burn-out Inventory* (MBI), in Nederland bekend als *Utrechtse Burn-out Schaal* (UBOS) – heeft dit ertoe geleid dat burn-out in feite wordt gezien als datgene wat de MBI meet. Dat betekende aanvankelijk ook een inperking tot sociale beroepen; burn-out kon *per definitie* niet voorkomen bij kantoorpersoneel, buschauffeurs of technici. Daar kwam later verandering in met de verschijning van een algemene versie van de MBI, die bij alle beroepen gebruikt kan worden.

Ondanks het feit dat er in de loop van de jaren inhoudelijke en psychometrische kritiek op de MBI is geuit, wordt deze nog steeds in verreweg de meeste wetenschappelijke artikelen gebruikt. Sterker nog, men moet van goede huize komen om een artikel over burn-out gepubliceerd te krijgen *zonder* de MBI. Dat houdt dus in dat de definitie van burn-out feitelijk samenvalt met de operationalisering.

Alles overziend lijkt het erop dat burn-out en depressie sterk overlappen

Conclusie. Burn-out is een mentale uitputtingstoestand, waarvan vermoed wordt dat deze zich geleidelijk uit mildere

klachten ontwikkelt en waarbij het niet helder is uit welke aspecten deze toestand bestaat, behalve dat extreme vermoeidheid er de kern van uitmaakt.

2. HEEFT BURN-OUT ALTIJD MET WERK TE MAKEN?

Burn-out is per definitie werkgerelateerd, al is dat de laatste jaren wel wat opgerekt. Zo wordt burn-out ook onderzocht bij sporters, vrijwilligers, scholieren en studenten. Deze groepen werken weliswaar niet in economische zin, maar hun bezigheden kunnen wel in *psychologische* zin als ‘werk’ worden bestempeld. Dat wil zeggen dat er sprake is van gestructureerde, doelgerichte activiteiten met een verplichtend karakter.

Dat kan niet worden gezegd van huisvrouwen/mannen, gepensioneerden en werklozen. Ergo kunnen deze ook niet opbranden. Toch blijft er iets knagen omdat ook gepensioneerden en werklozen zich doodvermoeid kunnen voelen. Maar dat is niet vanwege de specifieke *activiteiten* die ze verrichten maar vanwege hun *sociale rol*, die gekenmerkt wordt door een gebrek aan doel, structuur en sociale contacten. Ook kunnen mensen uitgeput raken door conflicten met hun partner of door problemen met hun kinderen. Maar wederom raken partners of ouders niet vermoeid vanwege hun specifieke activiteiten maar door de slechte, conflictueuze kwaliteit van hun relaties.

Conclusie. Burn-out heeft altijd met ‘werk’ te maken, zij het niet uitsluitend in economische maar ook in psychologische zin. Bij burn-out gaat het niet alleen om het soort klachten, maar ook om de *activiteiten* waaruit deze voortkomen. Dat laat onverlet dat uitputtingsklachten bijvoorbeeld ook voor kunnen komen bij mensen die in economische noch in psychologische zin arbeid in verrichten.

3. KOMT BURN-OUT VAKER VOOR DAN VROEGER?

De term ‘burn-out’ verscheen voor het eerst op het toneel aan het einde van de jaren zeventig van de vorige eeuw. Er zijn echter tal van voorbeelden van burn-out *avant-la-lettre* die suggereren dat mentale uitputting van alle tijden is. Interessant is de parallel met *neurasthenie* – letterlijk zenuwzwakte (Schaufeli, 2017). Neurasthenie deed opgeld aan het einde van de negentiende eeuw en werd destijds gezien als het gevolg van het moderne, jachtige leven. Door constante overprikkeling – denk aan telefoon, telegraaf, kranten en stoomtreinen – verzwakten de zenuwen. Dit

resulteert in extreme vermoeidheid en een onvermogen om te werken, zo luidde de redenering. Vooral drukke zakenlui hadden er last van. Terugkijkend zou je kunnen zeggen dat de opkomst van neurasthenie verband hield met de overgang van een agrarische naar een industriële samenleving, terwijl burn-out samenvalt met de transformatie van een industriële naar een postindustriële, op dienstverlening gerichte samenleving. Daar waar bij neurasthenie de *zakenman* de belichaming vormt van de dynamische, overprikkelde moderne mens is dit bij burn-out de emotioneel overbelaste *hulpverlener*. De zakenman is het slachtoffer van het jachtige, de hulpverlener van het psychosociaal veeleisende leven.

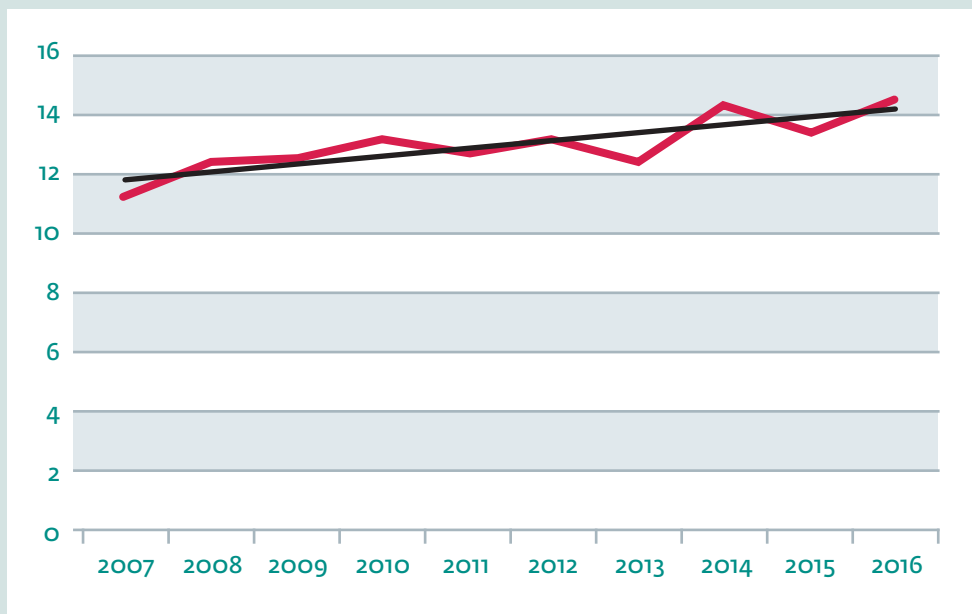
Bestaan er betrouwbare cijfers die een toename van burn-out over de tijd laten zien? Daarvoor kunnen we het beste te rade gaan bij de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA), waarmee TNO en het CBS sinds 1997 jaarlijks burn-outklachten meet bij een representatieve groep werknemers. Voor zover mij bekend is dit uniek in de wereld. De eerste tien jaar schommelde het burn-outpercentage rond de 10%, daarna lijkt er van een lichte stijging via

12% in 2008 naar 14% in 2016 sprake te zijn (zie figuur 1). Tot en met 2006 werd er trouwens een andere methode gebruikt waardoor de cijfers over de afgelopen twintig jaar helaas niet vergeleken kunnen worden.

De NEA gebruikt een aangepaste versie van de uitputtingsschaal van de UBOS om burn-out te meten, waarvan de formulering van vier van de vijf items is gewijzigd. Als afkapwaarde wordt een score van 3.2 op een schaal van 1-7 gebruikt. Deze ligt beduidend *lager* dan de gemiddelde score (4.8) van diegenen met een burn-out diagnose (Schaufeli & Van Dierendonck, 2000; p. 49). Dat betekent dus dat er van een *overschatting* sprake is. Immers, zou een strenger en meer realistisch criterium zijn gehanteerd, dan zou het burn-out percentage lager zijn uitgevallen.

Het is verder goed om te bedenken dat de NEA burn-outklachten, of nog beter uitputtingsklachten meet. Een Belgisch onderzoek schat de prevalentie van burn-out op basis van diagnoses van bedrijfsartsen bijvoorbeeld op slechts 0,8% (Mairiaux et al., 2012). Dit essentiële verschil tussen klachten en diagnose gaat verloren wanneer de media suggereren dat

FIGUUR 1. PREVALENTIE VAN 'BURN-OUT' 2007-2016



Bron: TNO-Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden

één op de zeven Nederlandse werknemers een burn-out heeft.

Het feit dat er gewijzigde uitputtingsitems en een tamelijk mild criterium zijn gebruikt laat overigens onverlet dat er de afgelopen jaren wel van een lichte stijging van de klachten kan worden gesproken. Zoals figuur 1 aangeeft heeft de sterkste stijging zich opvallend genoeg *niet* na de financiële crisis van 2008 voorgedaan maar is pas in 2013 ingezet. Deze stijging blijkt vooral op het conto van vrouwen geschreven te moeten worden.

Conclusie. Burn-out lijkt niet typisch voor onze tijd, getuige de historische parallel met neurasthenie. Anders dan de media ons doen willen geloven is burn-out niet spectaculair gestegen. De afgelopen twintig jaar is het aantal mensen met uitputtingsklachten min of meer constant gebleven, al valt er de afgelopen jaren wel een lichte stijging van te bespeuren, met name bij vrouwen.

Mentale uitputting vormt de kern van burn-out

4. KOMT BURN-OUT VAKER VOOR IN NEDERLAND DAN ELDERS?

Op de keper beschouwd valt er weinig of niets te zeggen over de prevalentie van burn-out in Nederland in vergelijking met andere landen. Om een zinvolle vergelijking te kunnen maken moet hetzelfde betrouwbare en valide instrument in diverse nationaal representatieve steekproeven zijn gebruikt met dezelfde afkapwaarde. Daar voldoet tot nu toe geen enkel onderzoek aan. In Noorwegen, Zweden en Finland zijn weliswaar grootschalige onderzoeken naar burn-out verricht, maar die betreffen bepaalde regio's of beroepsgroepen en gebruiken andere vragenlijsten en afkapwaarden dan de NEA in Nederland. Desalniettemin is het opvallend dat een van de betere studies de prevalentie van burn-out in Noord Zweden op 13% schat, ongeveer even hoog als in Nederland (Norlund et al., 2010).

Conclusie. Er valt niets met zekerheid te zeggen over het voorkomen van burn-out in Nederland in vergelijking met andere landen.

5. BIJ WIE KOMT BURN-OUT HET MEESTE VOOR?

Bij de beantwoording van deze vraag kan wederom gebruik worden gemaakt van de NEA-gegevens. Het is overigens opvallend hoe weinig goede epidemiologische studies naar burn-out zijn verricht. Er zijn weliswaar honderden, zo niet duizenden publicaties verschenen over het vóórkomen van burn-out bij specifieke groepen, zoals leerkrachten op lagere scholen in Sri Lanka, Canadese radiologen, of Palestijnse maatschappelijk werkers. Maar men zoekt vergeefs naar onderzoek met landelijk representatieve steekproeven. Bovendien wordt nagenoeg altijd wordt een willekeurige afkapwaarde gebruikt, die niet is gevalideerd aan de hand van burn-outdiagnoses.

Uit recente cijfers van de NEA blijkt dat uitputtingsklachten iets vaker – ongeveer 1% – bij vrouwen voorkomen dan bij mannen en wel het meest in de leeftijdscategorieën van 25-35 (17%) en van 55-65 jaar (16%) en het minst in de categorie 15-25 jaar (9%). De klachten komen het meest voor in het onderwijs (20%) en het minst in de verhuur en handel van onroerend goed (8%), terwijl de gezondheids- en welzijnszorg in de middenmoot scoort (15%). Een analyse van de NEA uit de periode 2007-2012 (Smulders et al., 2013) toont aan dat uitputtingsklachten relatief vaak voorkomen bij westerse (16%) en niet-westerse allochtonen (23%) in vergelijking tot autochtonen (11%); bij hoogopgeleiden (14%) vaker dan bij laag of gemiddeld opgeleiden (12%); en bij diegenen met uitzendcontracten (16%) vaker dan bij hen met tijdelijke (13%), vaste (12%) en oproep- of invalcontracten (7%).

Conclusie. In Nederland komen uitputtingsklachten vaker voor bij werknemers die hun loopbaan aan het opbouwen of juist aan het afbouwen zijn, en verder bij allochtonen, hoger opgeleiden, uitzendkrachten, en bij diegenen die in het onderwijs werkzaam zijn.

6. HOE LANG DUURT EEN BURN-OUT?

Uit een unieke longitudinale cohortstudie onder ruim 12.000 Nederlandse werknemers die 4,5 jaar werden gevolgd bleek dat burn-out klachten gemiddeld 2,5 jaar aanhouden (Kant et al., 2004). Er werd daarbij trouwens geen onderscheid gemaakt tussen spontaan herstel en een eventueel effect van interventies. Het ging bij dit onderzoek overigens niet alleen om uitputtingsklachten, maar ook om mentale distantie en verminderde competentie.

Conclusie. Burn-outklachten lijken langdurig van aard te zijn.

7. IS BURN-OUT EEN PSYCHISCHE STOORNIS?

Hierover zijn de meningen verdeeld en de scheidslijn loopt ergens in het midden van de Atlantische oceaan. In Noord-Amerika is burn-out destijds expliciet geïntroduceerd om medicalisering te vermijden; het werd gezien als een normale reactie op een abnormale, veeleisende werksituatie. In Europa is burn-out daarentegen een onderdeel gaan uitmaken van het sociaal-medische discours, en wel in de vorm van een diagnose. De reden is dat Europese verzorgingsstaten, anders dan in de Verenigde Staten waar zo'n zorgsysteem niet bestaat, een formele diagnose verlangen als toegangsbewijs voor sociaal-medische voorzieningen.

Burn-out komt niet voor als diagnose in de DSM-5 en wordt slechts zijdelings in de ICD-10 genoemd als *'a state of vital exhaustion'* onder de restcategorie *'problems related to life management difficulty'*. Burn-out is dus geen erkende psychiatrische stoornis. Maar wat te doen als mensen op de deur van de spreekkamer kloppen met burn-outklachten? Eén mogelijkheid is om een alternatieve diagnose te gebruiken, zoals huisartsen doen in de *International Classification of Primary Health Care* (ICPC). Daarin wordt onder code P78 *'neurasthenie/surmenage'* verstaan, overigens zonder dat daar een verdere uitleg bij gegeven wordt. Zo komen we onze oude bekende weer tegen!

Een andere mogelijkheid is het gebruik van de 'Multidisciplinaire richtlijn overspanning en burn-out', die gesanctioneerd is door de belangrijkste Nederlandse organisaties van medische en psychologische professionals. Daarin wordt burn-out opgevat als een vorm van overspannenheid die langer dan zes maanden duurt, waarbij uitputting op de voorgrond staat en het vervullen van de arbeidsrol niet meer mogelijk is. Bij overspannenheid is sprake van tijdelijke en bij burn-out van langdurige arbeidsuitval.

Een soortgelijke oplossing heeft de *Swedish National Board of Health and Welfare* gekozen met de introductie van de *'Stress-related Exhaustion Disorder'* als officiële burn-out-diagnose. De criteria hiervoor overlappen grotendeels met onze multidisciplinaire richtlijn, al hoeven de klachten slechts twee weken te bestaan en moeten ze een reactie vormen op een minstens zes maanden aanwezige stressor.

Conclusie. Alhoewel burn-out oorspronkelijk in Noord-Amerika uitdrukkelijk niet als een medische diagnose is geïntroduceerd, wordt het in Europese verzorgingsstaten zoals Nederland en Zweden *de facto* als een psychische stoornis gelabeld. Dit zorgt voor de nodige miscommunicatie tussen beide zijden van de Atlantische Oceaan.

*Burn-out is per definitie
werk-gerelateerd, al is
dat de laatste jaren
wel wat opgerekt*

8. HOE KUN JE EEN BURN-OUT VASTSTELLEN?

Het is van essentieel belang om een onderscheid te maken tussen burn-outklachten en een burn-outdiagnose. Voor de eerste kan een vragenlijst worden gebruikt en voor het tweede een diagnostisch interview. Er bestaan verschillende burn-outvragenlijsten waarvan de MBI veruit het meeste wordt gebruikt. Maar ook in de vierde versie van de MBI testhandleiding zoekt men vergeefs naar gevalideerde afkapwaarden voor 'hoge' of 'lage' scores (Maslach, Jackson & Leiter, 2017).

Voor de Nederlandse UBOS bestaan dergelijke gevalideerde afkapwaarden wel, maar die zijn volgens de richtlijnen van de COTAN verouderd. Het ontbreken van afkapwaarden van de MBI komt doordat het als onderzoeksinstrument en niet als diagnostisch instrument is ontwikkeld. Immers, geheel in psychologische traditie was de MBI bedoeld om burn-outklachten als continue variabele te meten. In de medische wetenschappen wordt daarentegen in de regel met discrete, categorische variabelen gewerkt: iemand is ziek of gezond, opgebrand of niet. Een beetje zwanger bestaat niet. Een extra complicatie is dat de MBI drie scores oplevert (voor uitputting, mentale distantie en verminderde competentie), die volgens de handleiding uitdrukkelijk niet bij elkaar tot één burn-outscore opgeteld mogen worden. Dat is curieus omdat burn-out een syndroom is, een verzameling klachten die naar één entiteit verwijzen.

De multidisciplinaire richtlijn biedt concrete aanknopingspunten voor een diagnostisch interview om burn-out vast te stellen. Het is niet duidelijk in hoeverre artsen en psychologen zich aan de richtlijn houden en hoe betrouwbaar het diagnostische burn-outinterview is. Omdat burn-out een beroepsziekte is, dienen bedrijfsartsen dit te melden bij het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB). In de periode 2009-2011 betrof het in totaal 20% van de 3883 meldingen van psychische beroepsziekten (Sluiter, De Groene & Nieuwenhuijsen, 2013). Met 58% was overspannenheid veruit de meest voorkomende psychische beroepsziekte. Hierboven zagen we dat het verschil tussen overspan-

ning en burn-out eerder gradueel dan principieel is.

Overigens bestaat er een grote discrepantie tussen het aantal mensen met burn-outklachten – 1,2 miljoen (14% van de beroepsbevolking) – en het aantal jaarlijkse burn-outmeldingen – circa 300 (.00003 % van de beroepsbevolking). Afgaande op deze cijfers is er naar alle waarschijnlijkheid van onderrapportage bij de meldingen sprake.

Conclusie. Burn-outklachten kunnen weliswaar met een vragenlijst worden gemeten, maar het is niet mogelijk de ernst ervan te duiden doordat referentiewaarden ontbreken. Er bestaan richtlijnen voor een diagnostisch interview en bedrijfsartsen worden geacht deze te gebruiken en burn-out als beroepsziekte te melden. Niet alle gevallen van burn-out komen echter bij de bedrijfsarts terecht en het is de vraag hoe consequent bedrijfsartsen burn-out melden.

Burn-out is geen erkende psychiatrische stoornis

9. VERSCHILT BURN-OUT VAN DEPRESSIE?

Vanaf het begin is de relatie tussen burn-out en depressie een punt van discussie geweest en deze discussie is nog steeds niet uitgewoed. Dat is ook niet zo vreemd omdat het kernsymptoom van burn-out – uitputting – ook bij een depressieve stoornis een prominente rol speelt. Andersom wordt een sombere stemming, die de kern vormt van een depressieve stoornis, ook vaak bij burn-out gevonden.

Grofweg staan er twee kampen tegenover elkaar: diegenen die menen dat het bij burn-out en depressie om twee verschillende entiteiten gaat versus diegenen die vinden dat het één pot nat is. De implicatie van het laatste is dat burn-out een overbodig begrip is. Men dient wel te bedenken dat er verschillende depressieve stoornissen bestaan. Zo worden er in de DSM melancholische, catatonische en atypische vormen van depressie onderscheiden en kunnen de symptomen licht, matig of ernstig zijn. Burn-out zou nog het meeste overeenkomen met de atypische variant van depressie (Bianchi, Schonfeld & Laurent, 2014). Hoe het ook zij, beide kampen beroepen zich op wetenschappelijk bewijs. Wat zijn de feiten?

Uit nagenoeg alle psychometrische studies blijkt dat burn-outvragenlijsten iets anders meten dan depressievragenlijsten. Dat wil zeggen dat de items op verschillende

factoren laden. Verder correleren burn-out en depressie in de regel matig tot sterk, variërend van circa .45 tot .70 (Bianchi, Schonfeld & Laurent, 2015). Met andere woorden, burn-out en depressie overlappen voor twintig tot vijftig procent, althans wanneer beide met een vragenlijst worden gemeten. Dat is weliswaar een aanzienlijke overlap, maar niet genoeg om van *identieke* begrippen te spreken. De mate van overlap verschilt overigens niet wezenlijk bij gewone werknemers en diegenen met ernstige burn-outklachten (Plieger, Melchers & Montag, 2015).

Longitudinaal onderzoek bij werknemers toont ofwel aan dat burn-out tot depressie leidt (Hakanen & Schaufeli, 2012), ofwel dat beide elkaar wederzijds beïnvloeden en zich in tandem ontwikkelen (Ahola et al., 2014). De eerste interpretatie sluit aan bij de veel geopperde generalisatiehypothese die stelt dat burn-out de neiging heeft zich uit te breiden van het werkdomein naar alle overige levensgebieden. Dat zou erop kunnen duiden dat burn-out een fase vormt in de ontwikkeling van een depressieve stoornis. De tweede interpretatie sluit aan bij het idee dat burn-out en depressie zeer nauw met elkaar verweven en nauwelijks te onderscheiden zijn. Let wel, dit type longitudinaal onderzoek heeft betrekking op mensen met burn-outklachten.

Maar hoe zit het bij mensen met een burn-outdiagnose? Een onderzoek onder deze groep toonde aan dat 53% van hen ook voldeed aan de diagnostische criteria voor een depressieve stoornis (Ahola et al., 2005). Op het eerste gezicht lijkt een dergelijke co-morbiditeit erg hoog, maar bij nadere beschouwing valt dat mee. Uit een systematisch literatuuronderzoek blijkt namelijk dat de helft van het aantal depressieve eerstelijnspatiënten tevens een angststoornis heeft en *vice versa* (Hirschfeld, 2001).

Conclusie. Alles overziend lijkt het er dus op dat burn-out en depressie sterk overlappen. Deze overlap is zowel in psychometrisch, temporeel als klinisch opzicht echter niet zo sterk dat er van één pot nat gesproken kan worden. Dit komt overeen met persoonlijke mededelingen van talloze behandelaars; voor hen bestaat het onderscheid tussen burn-out en depressie in de praktijk wel degelijk.

10. ZIJN BEPAALDE MENSEN MEER VATBAAR VOOR BURN-OUT?

Er zijn tamelijk veel studies gedaan naar de relatie tussen burn-out en persoonlijkheid. Zo telde een meta-analyse 121 studies waaruit een tamelijk consistent beeld naar voren komt (Alarcon, Eschleman & Bowling, 2009): de Big Five-

persoonlijkheidstreken verklaren tezamen 25-30 % van de variatie in burn-out, afhankelijk van de specifieke trek. Van alle vijf trekken draagt neuroticisme veruit het meeste bij, op afstand gevolgd door respectievelijk gebrek aan extraversie en nauwkeurigheid, terwijl openheid en vriendelijkheid nauwelijks van belang zijn. Diegenen met burn-out klachten zijn dus vooral emotioneel instabiel en weinig extravert.

Ook werd in deze meta-analyse de relatie met *core self-evaluations* onderzocht. Daaruit bleek dat deze tussen de 15-30% van de variatie in burn-out verklaarden. Ook nu weer bleek neuroticisme veruit het sterkste verband met burn-out te hebben. Mensen met burn-out klachten hebben daarnaast ook een gering gevoel van eigenwaarde (*self-esteem*), weinig vertrouwen in hun eigen kunnen (*self-efficacy*) en voelen zich afhankelijk van anderen of van de situatie (*externe locus of control*). Ook zijn er verbanden gevonden met andere persoonlijkheidsaspecten, zoals gebrek aan optimisme en persoonlijk initiatief, en perfectionisme.

Conclusie. Burn-out hangt samen met een aantal persoonskenmerken waarvan neuroticisme verreweg de belangrijkste is: emotioneel minder stabiele personen lopen meer risico op burn-out klachten. Dat geldt trouwens ook voor allerlei andere problematiek zoals verslaving, psychosen, affectieve stoornissen en medisch onverklaarbare symptomen. Er is op gewezen dat neuroticisme in wezen niets anders is dan een indicatie voor de mate van ervaren *distress* over een langere periode, waardoor er eigenlijk sprake is van een tautologie in plaats van een echte verklaring voor psychopathologie (Ormel, Rosmalen & Marmer, 2004).

11. IS BURN-OUT BIOLOGISCH?

Het debat over het al dan niet biologische karakter van burn-out heeft alles te maken met legitimiteit. Pas wanneer burn-out samenhangt met objectieve biologische kenmerken bestaat het écht, zo redeneren veel mensen. Kennelijk is het medisch denken dermate sterk verankerd dat we moeite hebben om te accepteren dat je ook aan iets kunt lijden zonder dat er allerlei metertjes uitslaan.

Velen zijn ervan overtuigd dat er bij burn-out sprake is van een verstoring van het biologische evenwicht; er is niet alleen iets psychisch maar ook iets lichamelijks aan de hand. Maar is dat wel zo? Er zijn in grootschalige longitudinale onderzoeken inderdaad aanwijzingen gevonden dat diegenen met burn-out klachten meer risico lopen op bijvoorbeeld hart- en vaatziekten (Toppinen-Tanner et al., 2009) en luchtweginfecties (Mohren et al., 2003). Dit zou op

een onderliggend biologisch mechanisme kunnen duiden, zoals een excessieve aanmaak van bloedlipiden, respectievelijk een minder effectief immuunsysteem. Een meta-analyse waarin 38 verschillende *biomarkers*, waaronder bloedlipiden en immuun-parameters, onder de loep zijn genomen concludeerde echter dat ‘*no potential biomarkers for burnout were found*’ (Danhof-Pont, Van Veen & Zitman, 2011, p. 311). In weerwil van het populaire geloof werd *evenmin* verschil gevonden in het niveau van het stress-hormoon cortisol bij diegenen met en zonder burn-out. Let wel, het gaat in deze meta-analyse – in tegenstelling tot de bovengenoemde bevolkingsonderzoeken – ook om mensen die een burn-outdiagnose hebben gekregen.

Recentelijk zijn er aanwijzingen in enkele fMRI-studies gevonden voor verminderde activiteit van bepaalde hersengebieden bij mensen met burn-out klachten (Tei et al., 2014). Het gaat daarbij met name om gebieden die met empathie of met bepaalde cognitieve functies te maken hebben. Ook wijst een enkele studie op een afwijkend EEG-patroon bij mensen met een burn-outdiagnose (Van Luijcklaar et al., 2010). Afgezien van het feit dat het om weinig studies gaat, is het ook de vraag wat kip en wat ei is. Wordt burn-out veroorzaakt door verslechterde hersenactiviteit of leidt burn-out ertoe dat de hersenen anders gaan werken?

Conclusie. Het is op zijn minst voorbarig ervan uit te gaan dat er een biologisch substraat van burn-out bestaat. Feit is dat burn-out klachten tot bepaalde aandoeningen kunnen leiden. Verder bestaan er enkele aanwijzingen dat burn-out klachten wellicht met verminderde activiteit in bepaalde hersengebieden samenhangt. Maar oorzaak en gevolg zijn, zoals vaak bij dit soort studies, onduidelijk.

12. IS BEHANDELING VAN BURN-OUT EFFECTIEF?

Er is door de jaren heen een ware burn-outindustrie ontstaan met talloze aanbieders van al evenzoveel verschillende, soms zelfs hele exotische interventies. In principe kan burn-out op drie verschillende niveaus worden bestreden: op individueel niveau, op team- en op organisatieniveau. Verreweg de meeste interventies richten zich op het individu, waarschijnlijk omdat beide andere interventies moeilijker uitvoerbaar zijn doordat ze ingrijpen in werkprocessen. Daarnaast valt er nog een onderscheid te maken tussen preventie en curatie, dat wil zeggen interventies bij diegenen met burn-out klachten respectievelijk een burn-outdiagnose. Verreweg de meeste interventies richten zich op de eerste groep. Hoe zit

Wordt burn-out veroorzaakt door verslechterde hersenactiviteit of leidt burn-out ertoe dat de hersenen anders gaan werken?

het met de effectiviteit? Nemen de burn-outklachten ook daadwerkelijk ten gevolge van interventies af?

Wat als eerste opvalt is het relatief geringe aantal deugdelijk opgezette, gecontroleerde studies. Doorgaans worden hoogstens enkele tientallen goede studies opgespoord die voor een meta-analyse in aanmerking komen. Het beeld dat oprijst uit deze meta-analyses is tamelijk eenduidig: burn-outinterventies hebben een statistisch significant, maar gering positief effect (d-waarden rond de .20). Illustratief is een meta-analyse waarbij 47 studies zijn geanalyseerd en waarbij het sterkste effect werd gevonden voor relaxatie, gevolgd door respectievelijk het aanleren van nieuw rolgedrag en cognitief-gedragsmatige interventies (Măticuroiu, Sava & Butta, 2014). In een specifiekere meta-analyse van 23 interventiestudies bij leerkrachten werden positieve effecten gevonden voor een cognitief-gedragsmatige aanpak, mindfulness en stimuleren van de professionele ontwikkeling, en in mindere mate voor het leren organiseren van sociale steun (Iancu et al., in druk). Een meta-analyse van 27 interventiestudies bij werknemers uit de geestelijke gezondheidszorg vond dat het effect van persoonsgeoriënteerde interventies sterker was dan dat van organisatiegeoriënteerde interventies (Dreison et al., 2018). Het gaat bij alle bovenstaande meta-analyses overigens om secundaire preventie, dat wil zeggen om mensen met burn-outklachten die in principe aan het werk zijn.

Hoe zit het met de effectiviteit van de behandeling bij mensen met een burn-outdiagnose? Daarover is slechts één enkele meta-analyse bekend die achttien studies opleverde waarvan slechts vier *Randomized Clinical Trials* (Ahola, Toppinen-Tanner & Seppänen, 2017). Deze vier studies lieten géén significante daling in burn-outklachten zien bij de interventiegroep in vergelijking met de controlegroep. Zonder meer een teleurstellend resultaat, zowel wat betreft het aantal studies als hun effect.

Conclusie. Het lijkt erop dat burn-outklachten afnemen ten gevolge van persoonsgerichte interventies, zoals ontspanning, mindfulness en een cognitief-gedragsmatige aanpak. Dat geldt voor diegenen met relatief milde klachten. Voor mensen met ernstige burn-outklachten ziet het er minder gunstig uit. Het meest opvallend is evenwel dat er zeer weinig, kwalitatief goede interventiestudies zijn uitgevoerd. Bovendien zijn deze vooral op de persoon en niet op het werk, het team of de organisatie gericht.

13. IN HOEVERRE VINDT WERKHERVATTING NA EEN BURN-OUT PLAATS?

Naast een afname van burn-outklachten is het uiteraard ook van belang dat de betrokkene weer aan het werk gaat. Alhoewel beide met elkaar samenhangen, gaat het toch om verschillende zaken. Dit komt tot uitdrukking in het zogenaamde tweesporenbeleid dat sinds ongeveer vijftien jaar in de Nederlandse bedrijfsgezondheidszorg wordt gevolgd. Dat houdt in dat er gelijktijdig aan klachtreductie én re-integratie wordt gewerkt. Dit in tegenstelling tot de traditionele aanpak, waarbij terugkeer naar werk pas in beeld kwam nadát alle klachten verdwenen waren.

Hoe zit het met het empirische bewijs voor werkhervatting? Een recente meta-analyse geeft enigszins een teleurstellend beeld (Perski et al., 2017). Ten eerste konden de auteurs maar acht geschikte studies vinden, en ten tweede werd er géén interventie effect gevonden voor volledige terugkeer naar werk. Of men nu een burn-outbehandeling kreeg of op een wachtlijst stond of 'treatment as usual' kreeg, dat maakte niet uit voor volledige werkhervatting. Wel gingen diegenen die een behandeling kregen iets sneller weer *gedeeltelijk* aan het werk in vergelijking met de controlegroep. Opvallend genoeg daalden burn-out-, angst- en depressieklachten *niet* significant ten gevolge van de behandeling. Dit wijst er op dat werkhervatting en klachtreductie inderdaad twee verschillende sporen zijn.

Conclusie. Behandelingsprogramma's voor burn-out leiden niet vaker tot volledige werkhervatting in vergelijking met *treatment as usual* of het staan op een wachtlijst, maar wel tot een snellere partiële terugkeer naar het werk. Het lijkt er dus op dat interventies slechts gedeeltelijk bijdragen aan succesvol herstel van burn-out. De empirische basis voor arbeidsre-integratie bij burn-out is dus dun.

DE PARADOX VAN HET ONDERZOEK NAAR BURN-OUT

Op lang niet alle bovenstaande, voor de hand liggende vragen over burn-out is een afdoende wetenschappelijk antwoord te geven. Dit in weerwil van de vele tienduizenden wetenschappelijke publicaties. Veel onderzoek en weinig antwoorden, dat zou men de paradox van het onderzoek naar burn-out kunnen noemen. Geen wonder dat bij gebrek aan wetenschappelijke feiten de fictie rondom burn-out welig tiert. Hoe kan het dat er zoveel onderzoek naar burn-out is gedaan en er tegelijkertijd zo weinig over bekend is dat van nut is voor praktijk en beleid? Daar zijn volgens mij minstens drie redenen voor.

Allereerst bestaat er geen overeenstemming over wat burn-out nu eigenlijk is, behalve dat het verwijst naar een mentale uitputtingstoestand. Bij gebrek aan beter is de definitie die vervat is in een bepaald meetinstrument – de MBI – verheven tot dé definitie van burn-out. Maar door deze cirkelredenering is het probleem natuurlijk niet opgelost. Daar komt bij dat de MBI geen totaalscore oplevert als maat voor burn-out. Bij wijze van noodoplossing wordt er soms voor gekozen om alleen uitputtingsklachten te meten als *pars pro toto* voor burn-out. Maar zo eenvoudig kan men er zich niet van afmaken; burn-out is meer dan enkel vermoeidheid of uitputting. Het resultaat is echter wel dat bijna alles wat we over de prevalentie van burn-out weten in feite alleen betrekking heeft op uitputtingsklachten.

Ten tweede heeft praktisch al het onderzoek betrekking op burn-outklachten en niet op burn-out als diagnosticeerde stoornis. En dat zijn twee hele verschillende dingen. In het eerste geval gaat het om werk-gerelateerde spanningsklachten, die vaak vanzelf overgaan. In het tweede geval gaat het om ernstige en langdurige klachten, die gepaard gaan met arbeidsuitval. De eenzijdige onderzoeksbelangstelling voor burn-outklachten ten detrimente van burn-out als gediagnosticeerde stoornis is historisch goed te verklaren. Pas toen het concept de Atlantische oceaan overstak, voltrok zich de metamorfose van klacht naar stoornis. En dat roept vanzelfsprekend andere vragen op die niet met het bestaande vragenlijstinstrumentarium beantwoord kunnen worden.

Ten derde is er ook een pragmatische en wellicht triviale reden waarom bepaalde voor de hand liggende vragen over burn-out tot nu toe niet afdoende beantwoord zijn. Onderzoekers kiezen namelijk vaak voor de weg van de minste weerstand. Prospectief longitudinaal onderzoek bij representatieve steekproeven of gecontroleerd interventieonderzoek

bij mensen met een burn-outdiagnose kost nu eenmaal veel meer tijd en moeite dan cross-sectioneel onderzoek naar burn-out klachten bij een willekeurige groep werknemers. Wat ook niet helpt, is dat veel onderzoeksubsidies bedoeld zijn voor ‘ingewikkeld’, theorie-geleid onderzoek naar onderliggende psychologische verklaringen en niet voor ‘simpel’, praktisch relevant onderzoek dat gericht is op de beantwoording van bovenstaande vragen.

Deze drie verklaringen voor de paradox van onderzoek naar burn-out hangen samen. Immers, omdat de conceptualisering en operationalisatie van burn-out als psychische stoornis niet helder is, kan er ook geen epidemiologisch onderzoek en interventieonderzoek plaatsvinden. Daarmee is tegelijk het antwoord gegeven op de vraag hoe we ons uit deze paradox kunnen bevrijden. Dat kan door terug te gaan naar de tekentafel en gewapend met de kennis van nu opnieuw na te denken over de conceptualisatie en operationalisatie van burn-out. Dit keer niet vanuit het perspectief van burn-out klachten maar van burn-out als stoornis, c.q. diagnose.

En dat is precies wat er op dit moment aan de KU Leuven gebeurt. Er zijn inmiddels enkele tientallen diepte-interviews met huisartsen, bedrijfsartsen, psychotherapeuten en loopbaancoaches afgenomen op basis waarvan een definitie van burn-out is uitgewerkt, die naast uitputting en mentale distantie ook verminderde cognitieve en emotionele controle als kernsymptomen omvat. Op basis daarvan is een vragenlijst geconstrueerd – de Burn-out Assessment Tool (BAT) – die zowel wordt gevalideerd in grote, representatieve steekproeven van de werkende bevolking in Nederland en Vlaanderen, alsook bij mensen met een burn-outdiagnose en met een depressieve stoornis. Naast een uitgebreidere versie die voor individuele diagnostiek gebruikt kan worden, zal er ook een korte versie beschikbaar komen die bij screening in bedrijven en in epidemiologisch onderzoek kan worden ingezet.

Het is de hoop en verwachting dat de BAT in de toekomst zal bijdragen aan het beantwoorden van de vragen rondom burn-out die tot nu toe grotendeels onbeantwoord zijn gebleven.

OVER DE AUTEUR

Wilmar Schaufeli is hoogleraar aan de Vakgroep Sociale- Organisatie- en Gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht en hoogleraar aan de KU Leuven. Tevens is hij lid van de redactieraad van De Psycholoog. Email: w.schaufeli@uu.nl.

Summary

BURN-OUT: FACTS AND FICTION W. SCHAUFELI

A number of questions about burnout are posed that are relevant for the public debate, and it is explored to what extent these questions can be answered by research findings. These questions are: What is burnout? Is burnout work related? Does the prevalence of burnout increase across time? Is the prevalence of burnout higher in the Netherlands than elsewhere? Among what kind of em-

ployees is burnout most prevalent? What is the duration of burnout? Is burnout a mental disorder? How can burnout be assessed? Does burnout differ from depressive disorder? Are some people more at risk of burnout than others? Has burnout a biological basis? Is treatment of burnout effective? In how far do burnout victims return to work? It is concluded that a paradox exists between the extremely large number of scientific publications and our limited empirical knowledge.

As a result, it seems that fiction prevails over facts in the public debate about burnout. Three explanations for this paradox are given: (1) the nature of burnout is still unclear; (2) research focuses predominantly on mild burnout complaints rather than on burnout as a mental disorder; (3) the most relevant kind of research is also the most expensive and cumbersome. The paper closes with a call to return to the drawing board to re-define and re-operationalize burnout.

Literatuur

- Ahola, K., Hakanen, J., Perhoniemi, R. & Mutanen, P. (2014). Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centered approach. *Burnout Research*, 1, 29–37.
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E. et al. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders. Results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 88, 55–62.
- Ahola, K., Toppinen-Tanner, S. & Seppänen, J. (2017). Interventions to alleviate burnout symptoms and to support return to work among employees with burnout: Systematic review and meta-analysis. *Burnout Research*, 4, 1–11.
- Alarcon, G., Eschleman, K. J. & Bowling, N. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress*, 23, 244–263.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S. & Laurent, E. (2015). Burnout-depression overlap: A review. *Clinical Psychology Review*, 36, 28–41.
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S. & Laurent, E. (2014). Is burnout a depressive disorder? A reexamination with special focus on atypical depression. *International Journal of Stress Management*, 21, 307–324.
- Danhof-Pont, M. B., van Veen, T. & Zitman, F. G. (2011). Biomarkers in burnout: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 505–524.
- Dreison, K. C., Luther, L., Bonflis, K. A., Sliter, M. T., McGrew, J. H., & Salyers, M. P. (2018). Job burnout in mental health providers: A meta-analysis of 35 years of intervention. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23, 18–30.
- Hakanen, J. J. & Schaufeli, W. B. (2012). Do burnout and work engagement predict depressive symptoms and life satisfaction? A three-wave seven-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 141, 415–424.
- Hirschfeld, R. M. A. (2001). The comorbidity of major depression and anxiety disorders: Recognition and management in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 3, 244–254.
- Iancu, A. E., Rusu, A., Măroiu, C., Păcurar, R. & Maricuțoiu, L. P. (in druk). The effectiveness of interventions aimed at reducing teacher burnout: A meta-analysis. *Educational Psychology*.
- Kant, I. J., Jansen, N. W. H., van Amelsfoort, L. G. P. M., Mohren, D. C. L. & Swaan, G. M. H. (2004). Burnout in de werkende bevolking. Resultaten van de Maastrichtse Cohort Studie. *Gedrag & Organisatie*, 17, 5–17.
- van Luijckelaar, G., Verbraak, M., van den Bunt, M., Keijsers, G. & Arns, M. (2010). EEG findings in burnout patients. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 22, 208–217.
- Mairiaux, P., Schippers, N., De Cia, J., Panda, J. P., Breackman, L. & Hansez, I. (2012). Prevalence of burnout among Belgian workers assessed through the occupational healthcare system. *30th International Congress on Occupational Health*. Cancún, Mexico.
- Maricuțoiu, L. P., Sava, F. A. & Butta, O. (2014). The effectiveness of controlled interventions on employees' burnout: A meta-analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 89, 1–27.
- Maslach, Ch., Leiter, M. P. & Jackson, S. (2017). *Maslach Burnout Inventory – Test manual* (4th. Ed.). Menlo Park, USA: Mind Garden Inc.
- Mohren D. C., Swaan, G. M., Kant I. J., van Amelsfoort, L., Born, P. & Galema, J. (2003). Common infections and the role of burnout in a Dutch working population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 201–208.
- Norlund, S., Reuterwall, C., Höög, J., Lindahl, B., Janlert, U. & Birgander, L. S. (2010). Burnout, working conditions and gender: Results from the northern Sweden MONICA Study. *BMC Public Health*, 10, 326.
- Ormel, J., Rosmalen, J. & Farmer, A. (2004). Neuroticism: A non-informative marker of vulnerability to psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 906–912.
- Perski, O., Grossi, G., Perski, A. & Niemi, M. (2017). A systematic review and meta-analysis of tertiary interventions in clinical burnout. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58, 551–561.
- Plieger, T., Melchers, M., Montag, C., Meermann, R. & Reuter, M. (2015). Life stress as potential risk factor for depression and burnout. *Burnout Research*, 2, 19–24.
- Roelen, C. A. M., Van Hoffen, M. F. A., Groothoff, J. W., De Bruin, J., Schaufeli, W. B. & Van Rhenen, W. (2015). Can the Maslach Burnout Questionnaire and the Utrecht Work Engagement Scale be used to screen for risk of long-term sickness absence? *International Archives for Occupational and Environmental Health*, 88, 467–475.
- Schaufeli, W. B. (2017). Burnout: A short socio-cultural history. In S. Neckel, A. K. Schaffner & G. Wagner (Eds.), *Burnout, fatigue, exhaustion: An interdisciplinary perspective on a modern affliction* (pp. 105–127). Cham: Springer.
- Schaufeli, W. B. & van Dierendonck, D. (2000) *Handleiding van de Utrechtse Burnout Schaal (UBOS)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Sluiter, J. K., De Groene, J. & Nieuwenhuijsen, K. (2013). Burnout als beroepsziekte. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 29, 279–286.
- Smulders, P., Houtman, I., Rijssen, J. van & Mol, M. (2013). Burnout: Trends, internationale verschillen, determinanten en effecten, *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 29, 258–278.
- Tei, S., Becker, C., Kawada, R., Fujino, J., Jankowski, K. F. et al. (2014). Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity? *Translational Psychiatry*, 4(6), e393.
- Toppinen-Tanner, S., Ahola, K., Koskinen, A. & Väänänen, A. (2009). Burnout predicts hospitalization for mental and cardiovascular disorders: 10-year prospective results from industrial sector. *Stress and Health*, 25, 287–296.



In de veldput

The Well

Regie: Alexandra Broeder

Frascati producties / De Bascule

Recensent: Jeroen van Goor

De grond waarop wij staan hè die ziet er wel heel solide uit, maar er hoeft maar dát te gebeuren of je zakt er doorheen. En dan moet je je in de donkere wereld eronder maar in je eentje zien te redden.' (Uit *After Dark* van Haruki Murakami.)

Regisseur Alexandra Broeder ging samen met theater Frascati in Amsterdam een verbintenis aan met de Bascule, een academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Broeder sprak uitgebreid met een groep meisjes van veertien tot negentien jaar die bij de Bascule in behandeling zijn en werkte met hen aan een voorstelling waarin de meisjes vertellen over hun leefwereld. Niet direct in hun eigen woorden, maar aan de hand van teksten van de Japanse schrijver Haruki Murakami. Het resultaat is een wonderlijke, vervreemdende ervaring waarin je als toeschouwer wordt meegevoerd naar 'de veldput', een verborgen plek waar je, 'als je er eenmaal in gevallen bent, met geen mogelijkheid meer uit komt'.

De zes meiden zitten in tuinstoelen, gekleed in kleurige trainingsbroeken en glittershirts, en houden voortdurend oogcontact met het publiek terwijl ze hun verhaal doen. Soms wordt dat een beetje uitdagend, vooral tijdens lange stiltes waarin je steeds dieper wordt meegevoerd die veldput in. Daar bestaat volgens de meisjes de tijd niet meer, de stilte kan er een eeuwigheid aanhouden. Het effect is confronterend, toeschouwers beginnen nerveus om zich heen te kijken, zenuwachtige lachjes klinken op; het is geen fijne plek, liever klim je er snel weer uit, maar dat gaat dus niet zo makkelijk. De meisjes lijken eraan gewend te zijn en blijven er tamelijk onverschillig onder. Voor

hun is dit maar al te bekend terrein.

Ze vertellen over de wereld in de put om verbinding te maken met hun 'lief publiek', dat op die manier misschien wat meer begrip voor ze op kan brengen. 'Ik voelde me mezelf niet meer,' legt een van de meisjes uit. 'Alsof iemand me, terwijl ik diep lag te slapen, uit elkaar had gehaald en weer opnieuw in elkaar gezet.'

Vervreemding wordt bijna alledaags in deze voorstelling door de wat luchtige vertelstijl van Murakami. De muzikale intermezzo's – waaronder het toepasselijke *People are Strange* van The Doors, gezongen door de meisjes – bieden een tijdelijke uitweg uit de veldput, maar onherroepelijk keren we daar steeds weer terug.

Vervreemding van jezelf, van de wereld, van de ander, dat is wat deze voorstelling invoelbaar maakt. Grappig genoeg zit die ander tijdens de voorstelling recht tegenover de meiden en krijgt hij drie kwartier lang toegang tot hun wereld. Zodoende levert de vervreemding een moment van verbinding op, wat een knappe prestatie is.

The Well van Alexandra Broeder past binnen een nieuwe programmalijs van Frascati: *De (On)vertelde Stad*. Het theater wil hiermee, in nauwe samenwerking met maatschappelijke organisaties, gemeenschappen en ervaringsdeskundigen, een brug slaan tussen het theater en de samenleving. Momenteel werkt theatermaker Elike Roovers van theatergezelschap DEGASTEN aan een voorstelling met Arq Psychotrauma Expert Groep. Deze zal begin november in Frascati te zien zijn.



Emoties zijn als soep

Angstig. Vrees en angst vanuit het brein begrijpen en behandelen

Door J. LeDoux, (2018).

Amsterdam: Nieuwezijds, 464 p.

Recensent: Annemarie Huiberts

Net als woede en vreugde behoort vrees tot de basisemoties die mensen delen met hun dierlijke voorouders. In deze populaire visie wordt vrees gezien als een direct product van het aangeboren neurale circuit dat verdedigingsgedrag als bevriezen, vluchten en vechten reguleert. Klopt als een bus, toch? Niet volgens Joseph LeDoux, een van 's werelds meest toonaangevende angstonderzoekers. In zijn boek *Angstig* ontvouwt hij een nieuwe visie op vrees en angst als aangeleerde emoties: de eerste een reactie op een duidelijk aanwezige bedreiging, de tweede het gevolg van een mogelijk, onzeker gevaar.

LeDoux ziet angst en vrees als bewuste, cognitief samengestelde gevoelens die te maken hebben met het zelf. Als metafoor gebruikt LeDoux kippensoep. Zoals de smaak van soep ontstaat uit een bepaalde combinatie van ingrediënten die niet per se soep-ingredienten zijn (water, uien, kip, wortel, zout, laurierblad etc.), zo ontstaat een specifieke emotie zoals bezorgdheid of paniek uit een combinatie van niet-emotionele ingrediënten. De pan waarin de ingrediënten van bewuste gevoelens worden bereid, is het werkgeheugen. Activiteit van het aangeboren defensieve overlevingscircuit is een belangrijk ingrediënt, maar zeker niet het enige. Ook persoonlijke herinneringen ("Waar is het baasje van die enge hond? Ik moet niet laten merken dat ik bang ben.") vormen een noodzakelijk ingrediënt, net als het labelen van de ervaring als een specifieke emotie op basis van een aangeleerd emotieschema. Deze laatste ingrediënten hebben dieren niet. In tegenstelling tot wat onze intuïtie ons vertelt, is het volgens LeDoux

dus niet waarschijnlijk dat dieren net als wij bewuste emoties als vrees en angst ervaren. Als wetenschapper vindt LeDoux het onwenselijk om bewustzijn aan dieren toe te schrijven zolang je het gedrag van dieren helemaal kunt verklaren uit onbewuste processen. Hier verschilt LeDoux van mening met bekende primatologen als Jane Goodall en Frans de Waal, die beiden wel voorzichtig concluderen dat dieren – net als wij – bewuste gevoelens hebben.

DOORZETTINGSVERMOGEN

Goodall en De Waal blijken niet de enige met wie LeDoux het oneens is. In zijn voorwoord had LeDoux de lezer daarvoor al gewaarschuwd. Omdat een leerboek altijd uitgebreid door vakgenoten wordt gereviseerd, koos LeDoux ervoor een populairwetenschappelijk boek te schrijven waarin hij ongehinderd zijn eigen visie uiteen kon zetten. Daarbij is LeDoux bepaald niet over één nacht ijs gegaan. Om te onderbouwen dat angst en vrees bewuste gevoelens met het zelf als object zijn, wijdt LeDoux afzonderlijke hoofdstukken aan het bewustzijn van neutrale stimuli, het bewustzijn van bedreigende stimuli, en het geheugen. Het zijn hoofdstukken die een groot beroep doen op het doorzettingsvermogen van de lezer. LeDoux neemt uitgebreid de ruimte om aan te geven waarin hij van mening verschilt met andere topwetenschappers op dit terrein, waaronder Jaap Panksepp en Antonio Damasio. Ook benadrukt LeDoux steeds de verschillen tussen mensen en dieren. Zo beschikken mensen over episodische herinneringen: wat-, waar- en wanneer-representaties

LeDoux adviseert therapeuten om tijdens de extinctie zo min mogelijk te praten

die mentaal tijdreizen omvatten. Dieren hebben daarentegen hooguit episodisch-achtige herinneringen. Ze kunnen feiten onthouden, maar alleen feiten die gerepresenteerd worden zonder taal, bijvoorbeeld de vindplaats van voedsel. Door hun taalvermogen zijn alleen mensen in staat om zichzelf bewust te ervaren als een entiteit met een verleden, heden en toekomst. Dit zogeheten auto-noëtische bewustzijn noemt LeDoux tegelijkertijd onze beste vriend en onze ergste vijand. We betalen er namelijk een prijs voor: angst.

Hoewel dieren dus volgens LeDoux geen bewuste emoties ervaren, is dieronderzoek toch nuttig om de onbewuste aspecten van menselijke angst te begrijpen. Op basis van laboratoriumstudies weten we hoe ratten door middel van pavloviaanse bedreigingsconditionering een verdedigingsrespons (bevrozing) aanleren, en hoe ratten via instrumentele conditionering leren om aan bedreigende prikkels te ontsnappen of deze te vermijden. Deze processen, die bij mensen en dieren hetzelfde verlopen, kunnen verstoord raken. Zo is bij veel mensen met een angststoornis vermijding habitudeel geworden. Zij blijven bepaalde angstwekkende situaties vermijden ook als de omstandigheden al veranderd zijn, en zelfs als dat ten koste gaat van andere levensdoelen. Gelukkig is ook bekend hoe via extinctie een automatische verdedigingsrespons kan worden afgeleerd. Wanneer een toon niet langer wordt gevolgd door een elektrische schok, leert de rat dat de toon veilig is. Exposuretherapie, de meest succesvolle therapie bij angststoornissen die circa 70% van de mensen soelaas biedt, berust op dit principe. De neurale mechanismen van al deze processen zijn inmiddels ook grotendeels bekend en worden door LeDoux gedetailleerd beschreven.

angststoornissen te verbeteren. Zo pleit hij ervoor om onbewuste (impliciete) en bewuste (expliciete) aspecten van menselijke angst afzonderlijk te behandelen. In exposuretherapie is het nu gebruikelijk dat patiënten, terwijl zij worden blootgesteld aan bedreigingen, instructies ontvangen en samen met de therapeut proberen om hun maladaptieve kernovertuigingen te identificeren en uit te dagen. Het brein moet dan tegelijkertijd twee taken uitvoeren die gebruik maken van dezelfde hersengebieden: de amygdala en de mediale prefrontale cortex. Daardoor zullen beide taken, de impliciete gedragsverandering én de cognitieve verandering, minder effectief worden uitgevoerd. LeDoux adviseert therapeuten dan ook om tijdens de extinctie zo min mogelijk te praten. Om de scheiding tussen extinctie en cognitieve processen te optimaliseren onderzoekt LeDoux de mogelijkheid van niet-bewuste extinctie, waarbij de bedreigende stimuli zo kort worden aangeboden dat ze niet bewust worden waargenomen.

Angstig is een fascinerend boek, maar het is duidelijk dat het is geschreven door een dieronderzoeker zonder ervaring als psychotherapeut. Het boek gaat hoofdzakelijk over dieren, over verschillen tussen dieren en mensen, en over hersenen. De lezer moet de vertaalslag van het laboratorium naar menselijk gedrag vaak zelf maken. Meer voorbeelden uit het dagelijkse leven en uit de klinische praktijk hadden het boek wat toegankelijker gemaakt. Voor onderzoekers die zijn ingewijd in de leertheorie is *Angstig* een geweldig naslagwerk, voor lezers die dat niet zijn is het beslist een hele kluif. LeDoux wilde een boek schrijven voor een algemeen publiek, maar stiekem is het toch een boek voor vakgenoten geworden.

KLUIF

Op basis van zijn onderzoek doet LeDoux een aantal interessante suggesties om de behandeling van

Dr. Annemarie Huiberts is verslaggever van De Psycholoog.
E-mail: amphuiberts@gmail.com.



Patronen zoeken

Persoonlijkeidsdiagnostiek in de klinische praktijk

Door W.M. Snellen (2018)

Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 319 p.

Recensent: Karel Soudijn

Dit boek is te lezen als het intellectuele testament van een psycholoog met ruim veertig jaar ervaring. Wim Snellen ziet de hedendaagse klinische diagnostiek met nadruk op DSM-categorieën als veel te oppervlakkig. Belangrijke individuele verschillen verdwijnen in die diagnostiek teveel naar de achtergrond. Snellen vindt het belangrijk om eerst zoveel mogelijk test scores over een cliënt te verzamelen. Vervolgens behoort de diagnosticus alle tijd te nemen om opvallende scores met elkaar in verband te brengen. Is het tegenwoordig mode om met 'big data' te werken? Snellen smult ervan. Hoe meer informatie we over iemand hebben, des te beter. Met zijn sleepnet trekt deze diagnosticus door een oceaan vol gegevens. Het gaat hem daarbij niet om de grote lijn, maar om de nuance.

Wie in het maartnummer van dit tijdschrift het artikel van Jelte Wicherts las over 'meedogenloze methoden', ziet in het boek van Wim Snellen een manier van denken gedemonstreerd waar de methodoloog ernstig tegen waarschuwt. De sleepnetmethode van Snellen levert fantastische verbanden op. Wie hier echter waarde aan toekent, laat zich misleiden door het toeval. De blik van Snellen wordt weliswaar mede bepaald door theoretische opvattingen, maar de theorie voorspelt in concrete gevallen nauwelijks een zoekresultaat. Snellen adviseert om in een diagnostisch onderzoek altijd meer dan één instrument te gebruiken, maar hij gebruikt de uitkomsten van de ene test haast nooit om scores op een andere test concreet te voorspellen. De uitkomsten van diverse tests vloeien samen tot de zee aan

gegevens waar het sleepnet doorheen wordt getrokken. Bovendien prefereert Snellen onbetrouwbare en voor allerlei doelen invalide tests, want die leveren juist de meest verrassende resultaten op.

Waar doet dit boek aan denken? Aan de klinisch-psychologische praktijk van meer dan een halve eeuw geleden. In die tijd schreven psychologen uitvoerige rapporten over patiënten die zij niet zelf mochten behandelen. De echte behandelaars, indertijd psychiaters, trokken zich zelden iets aan van de inhoud van die rapporten. Ze gingen gewoon hun eigen gang. Hebben de diagnoses van Snellen een duidelijke invloed gehad op de behandelpraktijk in de laatste veertig jaar? Dat maakt dit boek niet duidelijk. Wel lijkt het alsof de auteur van mening is, dat de door hem onderzochte personen alleen maar baat kunnen hebben bij een zeer langdurige behandeling. Uitkomsten van diagnostiek laten bij hem altijd een 'gelaagde' problematiek zien. Bovendien lopen die lagen ook nog eens door elkaar. Het leven van cliënten is bij Snellen een hutspot.

De diagnostische praktijk zoals in dit boek beschreven lijkt op een schildersatelier. Was het niet Picasso die te horen kreeg dat zijn portretten zo weinig gelijkenis vertonen met de geportretteerden? De schilder antwoordde dat dit helemaal niet erg was. De geportretteerden zouden op den duur steeds meer gaan lijken op hun portret. Misschien is daar bij deze vorm van diagnostiek ook sprake van. Wie een diagnostisch rapport van Wim Snellen heeft ontvangen, kan eigenlijk maar één ding doen: verder leven zoals hier beschreven staat.

Wij zoeken nieuwe collega's! Binnen de afdeling Psychiatrie en Medische Psychologie is er vacatureruimte ontstaan voor gezondheidszorg-psychologen. Draag jij graag je steentje bij aan patiëntenzorg, opleiding én aan de beleidsmatige ontwikkelingen binnen onze afdeling?

Gezondheidszorg- psychologen

(24 – 36 uur)

Je maakt onderdeel uit van de vakgroep Medische Psychologie vanuit waar je patiënt- en opleidingsgebonden taken uitvoert. Belangrijke aandachtsgebieden zijn: Oncologie, Cardiologie, Psychiatrie en Bariatrie.

Onze psychologen streven naar het leveren van excellente psychologische zorg voor patiënten met zowel somatische als psychische/emotionele problematiek. Je bent BIG-geregistreerd GZ-psycholoog.

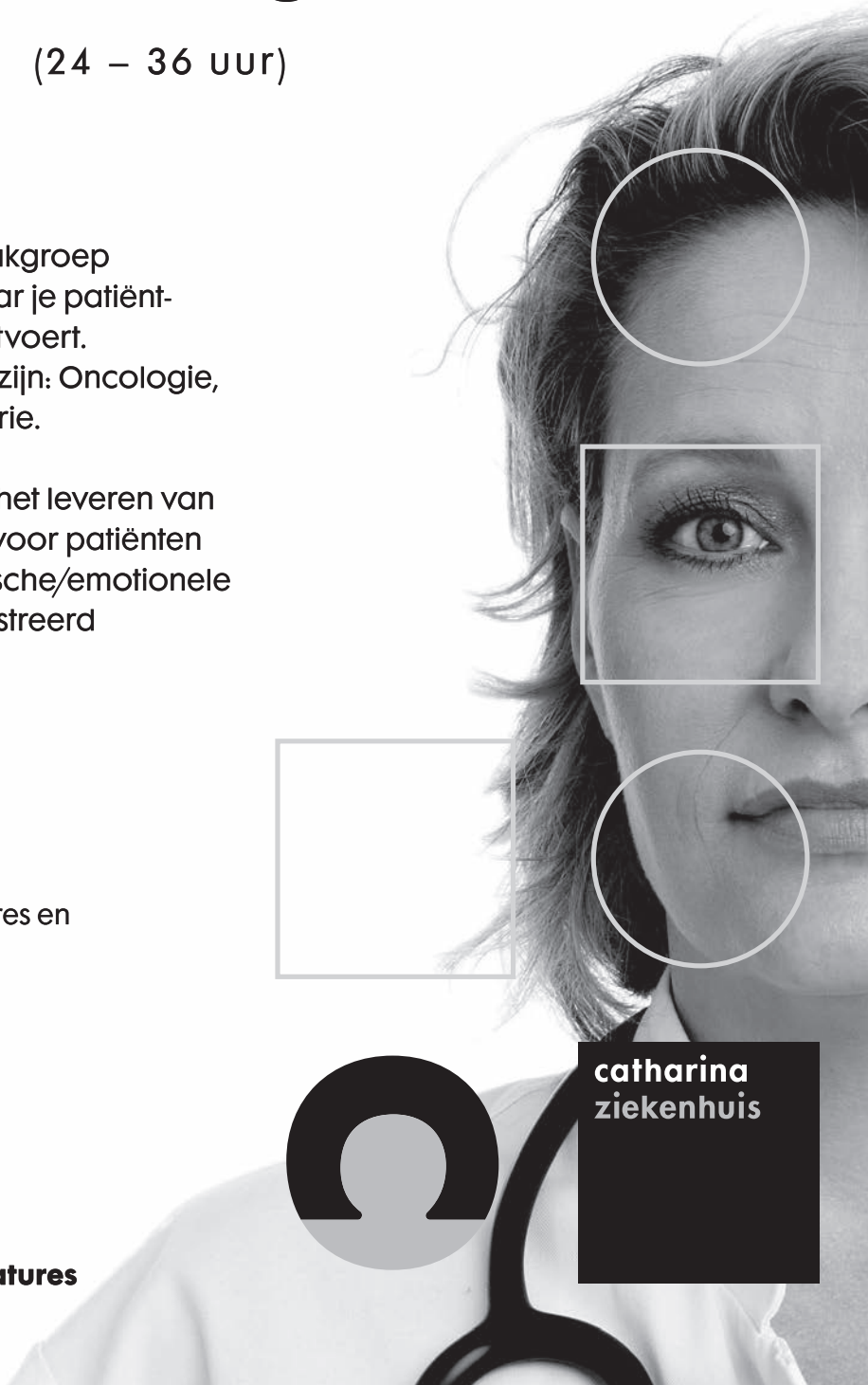
Kijk voor het volledige profiel op www.werkenbijcatharina.nl/vacatures en solliciteer online.



www.werkenbijcatharina.nl/vacatures



**catharina
ziekenhuis**





INTERVIEW MET FRANS SCHALKWIJK OVER NARCISME

IDEALE MENSEN

Frans Schalkwijk heeft het boek *Narcisme* geschreven, en wil wel een interview geven over het onderwerp. Maar het moet niet te persoonlijk worden, hij wil niet te veel kwijt over zichzelf. Opvallend is dat hij in zijn boek een paar heel persoonlijke dingen schrijft. Ernaar gevraagd, blijkt er geen probleem te zijn. 'Of ik zelf narcistisch ben? Maar natuurlijk mag je dat weten!'

Voor bijna alle psychotherapeuten geldt: waar ze zich in specialiseren, daar hebben ze mee te maken gehad.' Dit is een opvallende zin uit zijn boek

Narcisme (uitgegeven bij Amsterdam University Press) en Schalkwijk herhaalt de zin in het begin van het gesprek. De vraag waarom hij gefascineerd is door narcisme, mag daarom wel degelijk gesteld worden. Blijmoedig antwoordt hij: 'Natuurlijk ook omdat ik het zelf wel ken.' Hij doelt dan op de tweede vorm van narcisme die hij beschrijft, de waakzame variant. De eerste variant noemt hij 'het vanzelfsprekende narcisme'. Dat is wat we doorgaans onder narcisme verstaan: iemand die overmatig fantaseert over grenzeloos succes, grenzeloze macht, genialiteit of schoonheid. Anderen zijn niet nodig, behalve als bewonderaar. Maar er is ook een andere variant: het waakzame narcisme, waarbij iemand zich erg op een ander richt en diens behoeften en verlangens aanvoelt of invult. Die vorm herkent Schalkwijk zelf. 'Zoals ik ook in het boek schrijf let ik erg op wat mensen willen. Dat heb ik altijd gedaan en doe ik nog steeds. Ik zie alles wat er om me heen gebeurt en heb de neiging te helpen. Ik laat nooit een deur in iemands gezicht dichtvallen en als iemand de weg zoekt, schiet ik te hulp.'

Niets mis mee, zou je zeggen. 'Het heeft inderdaad iets leuks en wordt sociaal zeer gewaardeerd,' erkent Schalkwijk. 'Maar het gevaar is dat je er een soort rechten aan gaat ontlelen. Dat je het niet meer doet omdat je er lol in hebt, maar dat het een functie voor je heeft. Dat je er een soort krediet mee hoopt op te bouwen, dat je het in een of andere vorm hoopt terug te krijgen. En als dat niet gebeurt, dat je dan chronisch

NARCISTISCHE-PERSOONLIJKHEIDSTOORNIS VOLGENS DSM-5

Classificatiecriteria

Een pervasief patroon van grandiositeit (in fantasie of gedrag), behoefte aan bewondering en gebrek aan empathie, beginnend op jongvolwassen leeftijd en aanwezig in uiteenlopende contexten, zoals blijkt uit vijf (of meer) van de volgende kenmerken:

1. Heeft een opgeblazen gevoel van eigen belangrijkheid (overdrijft bijvoorbeeld de eigen prestaties en talenten, verwacht te worden erkend als superieur zonder de bijbehorende prestaties).
2. Is gepreoccupeerd met fantasieën over grenzeloos succes, grenzeloze macht, genialiteit, schoonheid of ideale liefde.
3. Gelooft dat hij of zij 'bijzonder' en uniek is en alleen kan worden begrepen door of moet omgaan met andere bijzondere mensen of met mensen (of instellingen) met een hoge status.
4. Heeft een excessieve behoefte aan bewondering.
5. Heeft het gevoel bijzondere rechten te hebben (onredelijke verwachtingen over een speciale voorkeursbehandeling, of dat er automatisch wordt voldaan aan zijn of haar verwachtingen).
6. Exploiteert anderen (maakt misbruik van anderen om zijn of haar eigen doelen te verwezenlijken).
7. Heeft een gebrek aan empathie: is niet bereid de gevoelens en behoeften van anderen te erkennen of zich ermee te identificeren.
8. Is vaak afgunstig op anderen of gelooft dat anderen afgunstig zijn op hem of haar.
9. Toont zich arrogant of hooghartig in houding of gedrag.

kwaad wordt. Risico is verder dat iemand vervreemd raakt van zijn eigen gevoelswereld. Zo kan hulpvaardigheid ziekelijk worden en dat zou ik narcisme noemen.'

GROOTHEID EN KLEINHEID

Schalkwijk onderscheidt dus twee vormen van narcisme, maar in DSM-5 wordt alleen de vanzelfsprekende variant van narcisme genoemd. De waakzame variant wordt door therapeuten daarom ook vaak gemist.

De twee vormen van narcisme lijken heel verschillend, maar het mechanisme dat eronder ligt, is hetzelfde, benadrukt Schalkwijk. 'Bij beide zit er een heel kwetsbaar zelfgevoel onder dat schommelt tussen grootheid en kleinheid. En in beide gevallen worden andere mensen gebruikt om het zelfgevoel te stutten.'

Bij grandioos narcisme wil de narcist zelf in de belangstelling staan, bij de waakzame variant zet hij anderen in het middelpunt. Maar in beide gevallen gaat het niet om de ander als mens, maar zijn anderen alleen nodig voor het zelfgevoel.

Een derde overeenkomst is dat de stemming, de emoties en het reguleren van emoties, staat of valt met hoe die instrumentele relaties lopen en wat dit voor gevolgen heeft voor het zelfgevoel. Als iemand met narcisme betekenisvol is in de ogen van anderen, is 'het zelfgevoel gestut' en het humeur goed. En dat kan

dus ook misgaan. Schalkwijk beschrijft in zijn boek een patiënte die in een weekend een aantal afspraken heeft gepland. Zo zou ze naar een vriendin gaan en ze zou iemand helpen met het schilderen van een huis. Toen de een na de ander afhaakte, kieperde haar zelfgevoel om en daarvan werd ze helemaal somber (zie kader 1).

Veel mensen hebben overigens een mengvorm. Schalkwijk: 'Grootheidsfantasieën komen ook bij de waakzame narcist voor. Het gevoel: ik kan alles, ik moet het alleen nog even gaan doen, maar dat hoeft niet, want ik kan het al. Dat leidt tot een kwetsbaar evenwicht, want ieder moment kan blijken dat het niet klopt.'

NARCISME IS NOOIT GEZOND

Schalkwijk herkent zich in de waakzame narcist, loopt hij niet het risico zelf echt narcistisch te worden? Na een korte stilte, lachend: 'Ik verwacht het niet. Ik denk dat anderen over mij zeggen: hij gaat ook genoeg zijn eigen gang. Maar de neiging zit in me en af en toe moet ik tegen mezelf zeggen: blijf in je eigen wereld. Een sterke gerichtheid op anderen en een goed inoelingsvermogen zijn voor een therapeut goede eigenschappen. In mijn werk neem ik vaak het taalgebruik van de patiënt over. Dat is prima, tot op bepaalde hoogte. Want je moet niet met iemand gaan samenval-

len, je moet ook weer afstand kunnen nemen.'

Gezond narcisme bestaat niet, schrijft Schalkwijk in zijn boek. Narcisme is altijd ziekelijk, anders moeten we het geen narcisme noemen. Nu nuanceert hij: 'Ik heb daarover discussie gehad met vakgenoten en moet toegeven: ik heb het wat kras in mijn boek gezet, zo zwart-wit is het nu ook weer niet. Maar ik vind narcisme niet gezond. De basiskenmerken zijn: gebrekkige zelfregulatie, afwijzen van wederkerigheid en een matig empathisch vermogen. En dan heb je echt ziekelijk narcisme in de zin van een narcistische persoonlijkheidsstoornis en je hebt mensen met trekken van narcisme. Dat is een lichtere vorm, maar dat is nog wat anders dan gezond narcisme.'

Het idee van gezond narcisme komt uit de psychoanalyse. Volgens Schalkwijk wordt het dan verward met een gezond, of misschien wel overdreven sterk zelfgevoel en een overdreven zelfwaardering. Volgens de klassieke psychoanalyse is het narcisme een gezonde ontwikkelingsfase. Hoewel Schalkwijk psychoanalyticus is, is hij het op dit vlak niet met zijn collega-psychoanalytici eens. 'Er is een gezonde ontwikkelingsfase waarin je door je ouders gespiegeld en bewonderd wilt worden. Als er in die fase iets misgaat, kan er narcisme ontstaan. Van de term 'gezond narcisme' moeten we af. We spreken toch ook niet over een gezonde borderline-trek? En iemand kan best erg autonoom zijn, maar we zeggen toch ook niet van iemand dat hij gezonde antisociale trekken heeft?'

Ontwikkelingspsycholoog aan de UvA, dr. Eddie Brummelman, is gespecialiseerd in narcisme bij kinderen, en hij legde Schalkwijk uit dat het verschil al bij kinderen te zien is. Schalkwijk: 'Sommige kinderen hebben een wat overdreven zelfgevoel en zeggen openlijk: "Ik ben heel goed." Tegen een ander kind kunnen ze vervolgens zeggen: "Jij bent ook goed, met jou wil ik samenwerken." Narcistische kinderen zeggen daarentegen: "Ik ben heel goed, ik wil beter zijn dan jij, want eigenlijk kan jij niets." Op achtjarige leeftijd kun je kinderen al differentiëren op dit punt. Ik noem het pas narcisme als iemand niet met anderen wilt samenwerken.'

MOEILIJK BEHANDELBAAR

Schalkwijk krijgt veel patiënten met narcisme in zijn praktijk. Misschien komt dat deels omdat hij erop let. 'Er zit mogelijk een vertekening in, zoals een autisme-

expert overal autisme zal zien. Dat moet je proberen te vermijden, maar het zal toch gebeuren. Daarnaast komt het omdat ik mensen langdurig in therapie heb – een keer per week met psychotherapie en met psychoanalyse vaker – en dan kun je de problematiek vol op tafel krijgen.'

Hij heeft veel ervaring met de patiëntengroep. Hoe behandelbaar is narcisme? 'Over het algemeen zijn psychische ziekten moeilijk behandelbaar,' begint hij. 'Zo'n dertig procent van de mensen knapt op, zo'n veertig procent gaat het iets beter doen en zo'n dertig procent verandert niet, ongeacht de therapievorm.' Maar geeft dan toe: 'Narcisme is inderdaad moeilijker dan gemiddeld te behandelen. Menig therapeut begint er niet aan en veel ggz-instellingen evenmin.'

Is hij daarin uitzonderlijk? Lachend: 'Dat moet je niet zeggen tegen iemand die over narcisme schrijft. Maar inderdaad, dat doet niet iedereen en dat zou je dus uitzonderlijk kunnen noemen. Er zijn overigens meer analytici die dit doen, gedragstherapeuten doen het veel minder.'

Schalkwijk is altijd gefascineerd geweest door narcisme en hoe hardnekkig en weerbarstig de problematiek is. 'Patiënten willen niet dat je dichtbij komt. Ze willen wel dat hun leven anders is, maar zelf willen ze niet veranderen.'

Bij narcisme hoort dat anderen niet intiem belangrijk mogen zijn, want anderen zijn alleen belangrijk ter meerdere eer en glorie van de narcist zelf, ofwel om hem te bewonderen of om door hem geholpen te worden. Het verdragen van nabijheid en wederkerigheid is een van de grootste problemen van een narcist. Schalkwijk: 'Daardoor maakt een narcist zijn therapeut tot een soort ingehuurde klusjesman. Samen op zoek gaan naar hoe het met hemzelf zit, wil hij niet.'

Voor al degenen die overtuigd zijn van hun eigen grootheid, iemand met het puur grandiose narcisme, daar is therapeutisch wat minder mee aan te vangen. Die melden zich alleen bij een therapeut als ze even zijn omgekiept. Zodra het weer gaat, stoppen ze met de therapie. Daarbij is er nog een reden waarom ze niet veel behandeld worden. Schalkwijk: 'Veel narcisten lijden niet onder hun narcisme. Ze kunnen binnenkomen met somberheid of ze worden gestuurd door hun partner of werkgever, maar zelf hebben ze er vaak geen last van. Vergelijk het met kleurenblind-

heid. Je weet niet wat je mist, je ziet geen andere kleuren dan je ziet, dus andere kleuren mis je ook niet. Angst en depressie voelen als ik-vreemd, dan wil je anders zijn. Bij borderline kun je last krijgen van de puinhoop die je veroorzaakt. Maar met deze vorm van narcisme kun je oud worden, je bent geweldig, alleen de wereld werkt niet altijd mee.

Waakzaam narcisme is beter behandelbaar. Daaronder lijden mensen soms zelf wel, ze lijden bijvoorbeeld onder de angst om tekort te schieten hun de zorg voor anderen.'

OPEENS WAS DAAR FREUD

Door zich in narcisme te specialiseren, kiest hij niet voor de makkelijkste weg. Door analyticus te worden evenmin. Waarom psychoanalyse? Schalkwijk: 'Het grappige is dat ik het nauwelijks weet. Al toen ik op de vooropleiding van het conservatorium zat, las ik boeken van Freud over massapsychologie. Ik weet niet meer hoe ik daarbij kwam, maar ik vond het gelijk interessant. Aan de Vrije Universiteit Amsterdam, waar ik psychologie ging studeren, werd psychoanalyse onderwezen en er zaten veel psychoanalytici. Dat wilde ik ook, zonder er veel van te weten.'

Schalkwijk voelt zich helemaal thuis in de psychoanalyse, althans: psychoanalyse op zijn manier. Hij legt uit: 'De mainstream psychoanalyse in Nederland gaat uit van het driftmodel: we worden gedreven door seks en agressie. Daar geloof ik niet in en daarmee diskwalificeer ik me voor sommige collega's als echte analyticus. Ik geloof meer in de moderne emotietheorie, ik denk dat we gedreven worden door emoties, zoals behoefte aan hechting, veiligheid en nieuwsgierigheid.'

Los daarvan sluit hij zich wel aan bij de analytici, hij gelooft in het belang van het onbewuste, van relaties in de eerste levensjaren. En hij is overtuigd van de werkzaamheid van langdurende therapie. Ook klassiek is de manier waarop hij behandelt: zijn analysanten liggend op een divan en hij zittend erachter.

Een mooi vak, vindt Schalkwijk. 'Het is fascinerend wat je te horen krijgt over de diepste gedachten van mensen. Hoewel diepste... dat vind ik een rot-term. Het lijkt of de diepste gedachten waardevoller zijn dan de oppervlakkige, ik vind het allemaal waardevol. Het is vooral de gelaagdheid die me interesseert.'

Hij behandelt weinig symptoomgericht, heeft geen patiënten met fobieën, met dwang of met een eetstoornis. Tijdens de therapie gaat hij vooral in op het fantasieleven, waarmee iemand zichzelf klem kan zetten. Het gaat hem om de vastgeroeste overtuigingen die iemand amper meer als een fantasie herkent. Ook met dromen werkt hij graag, want dromen zijn een goede aanleiding om te praten. Daarbij gaat hij er niet vanuit dat symbolen een vaste betekenis hebben. Schalkwijk 'duidt' geen dromen, maar praat over diens beelden en associaties die iemand daarbij heeft.

En hij geeft zijn eigen associaties. 'Je gaat samen op zoek naar welk verhaal de droom vertelt. Op bewust niveau vindt iemand iets bijvoorbeeld geen probleem, maar op grond van een droom blijkt hij razend te zijn. Dan kom je op een andere laag terecht. Niet de echte laag, niet dé waarheid, maar een andere laag. Dan gaat het om wat mensen ook nog voelen. Ook *nog*, dat is het. De oppervlakte is net zo goed een laag als de diepte.'

SCHULD EN SCHAAMTE

Naast narcisme is Schalkwijk altijd geïnteresseerd geweest in schuld en schaamte. Zoals meer psychoanalytici werkt hij ook als forensisch psycholoog. 'Daar ben ik veel bezig met gewetensontwikkeling. Ik onderzoek jeugdige verdachten en die hebben vaak een minder goed ontwikkeld gevoel van schuld en schaamte. In mijn psychotherapiepraktijk daarentegen zie ik cliënten die juist enorm lijden onder die gevoelens van schaamte en schuld. Hoe komt het dat het bij de een zo afwezig is, terwijl de ander eronder gebukt gaat? Dat is een vraag die me fascineert.'

Schaamt hij zich zelf makkelijk? Ook die vraag mag gerust gesteld worden. 'Ik was vroeger een heel schaamtevol kind, een verlegen jongetje. Dat kan ik nog wel hebben, maar gelukkig kan ik mezelf ook stevig neerzetten.'

Schaamte hindert erg in therapieën. Mensen kunnen ergens erg onder lijden, maar vertellen het niet, omdat het zo schaamtevol is. Wat nog wel eens

'Alsof diepe gedachten waardevoller zijn dan de oppervlakkige, ik vind ze allemaal waardevol'

gebeurt, is dat de patiënt in de laatste of voorlaatste zitting zegt: 'Weet u wat ik u nog nooit heb verteld...' en dan komt er een heel schaamtevol en belangrijk iets. Misbruik, schaamte over het lijf, pornoverslaving. Schalkwijk: 'Dat schept een probleem, want je was de therapie aan het afsluiten.'

Niet voor niets neemt men in de psychodynamische hoek veel tijd voor de intake. Ook de schaamtevolle dingen moeten bij voorkeur aan bod komen. Schalkwijk: 'En voordat mensen hun therapeut schaamtevolle dingen durven toevertrouwen, moet er eerst een band zijn ontstaan. In de moderne ggz moet je binnen een half uur een diagnose gesteld hebben. Daar ga je mee aan de slag, dus kom je aan de meer verborgen gebieden helemaal niet toe.'

Naar geweten en schaamte doet Schalkwijk sinds enige tijd ook empirisch onderzoek. Hij formuleerde een nieuwe theorie over het geweten en toetste die in een onderzoek bij delinquente jongeren. Anders dan de populaire mening zijn delinquente jeugdigen niet 'gewetenloos', maar blijven ze achter in de ontwikkeling van bepaalde onderdelen van het geweten. Zo ervaren ze minder schaamte. Verder is hij co-promotor bij een door ZonMW gefinancierd neuropsychologisch onderzoek naar de verwerking van schaamte tijdens de slaap.

MUZIEK EN VERBOUWINGEN

Naast zijn werk maakt Schalkwijk muziek. Hij heeft aan het conservatorium orgel gestudeerd en is daarna piano gaan spelen. Muziek is niet weg te denken uit Schalkwijks leven. 'Ik heb nog steeds muzieklus. Ik vind het heerlijk om te doen, maar ik kom er vaak niet aan toe. Afgelopen zondag zat ik in een jazztrio te spelen. Ik improviseer. Het is voor mij geen uitlaatklep, het is vooral studeren. Als het niet goed klinkt, dat is vervelend. Als je ooit op een behoorlijk niveau hebt kunnen spelen, zoals ik, hoor je wat je doet. Vaak denk ik: dit is sáái. Maar als het lukt, is het zo lekker! Tja, de lat ligt hoog. Het is niet anders. Orgel speel ik daarom niet meer, ik haal mijn oude niveau niet meer.'

Naast musiceren heeft hij nog een opmerkelijke activiteit en ook dat mogen we weten. Hij doet zelf verbouwingen en knutselt aan een oude auto. 'Als ik denk: dat kan ik niet, dan denk ik daarna: maar ik wil het wel kunnen. Dus dan pak ik het aan. Ik kan er bij wijze van spreken van wakker liggen omdat ik een



muur wil uitbreken, maar vervolgens doe ik het wel.'

Zo heeft hij zijn eigen huis verbouwd. Hij laat de ruime zonnige keuken zien. Dit waren vroeger twee kinderkamers. Daarnaast heeft hij met zijn zoons zijn huis in Frankrijk verbouwd. Als verbouwer is hij minder streng voor zichzelf dan als muzikant of therapeut. Laconiek: 'Er gaat wel eens wat mis, van het weekend stond ik nog onder stroom. Maar uiteindelijk lukt het wel. Lekker met mijn handen werken, dat is een andere kant van mij.'

*'Er gaat wel eens wat mis,
afgelopen weekend stond ik
nog onder stroom'*



**...naar bijzonder wild met
nog bijzonderere vermogens**

GZ-psychologen en kinder/jeugdpsychologen

voor 24-36 uur per week

Samen met Wilgaarden en LeekerweideGroep bouwen we aan een pracht van een behandelcentrum. We zijn gedreven, eigenzinnig en hebben een warm hart voor al onze klanten. We bieden onderzoek, advies en behandeling op psychosociaal, medisch en paramedisch gebied. Ons doel is versterking, ontwikkeling en zelfsturing realiseren. Zodat iedereen zich weer beestachtig sterk en goed kan voelen.

Geraakt? Bel met Sander Goossen, 06 - 20 40 59 26 of Hulya Kapanci: 06 - 10 02 78 33.

Of geef je gewoon over en solliciteer! Stuur je sollicitatie naar ebc360, postbus 1, 1687 ZG Wognum (NH).

Kijk voor de volledige vacature op www.leekerweidegroep.nl/vacatures



Zaanstreek-Waterland

GEDRAGSWETENSCHAPPER

Veilig Thuis

24 uur per week

Wil je een bijdrage leveren aan een gezonde
en veilige leefomgeving?

Herken je je in onze kernwaarden:
deskundig, proactief, samenwerkend en
ondernemend?

Voor meer informatie

www.ggdzw.nl/werken_bij_de_ggd/vacatures

Vind jij het ook
belangrijk dat
mensen zoveel
mogelijk zichzelf
kunnen blijven?



Ben jij GZ psycholoog en heb je affiniteit met het
werken met ouderen? Solliciteer dan nu via:
www.werkenbijhilverzorg.nl

Wij bieden: een contract voor 24 - 28 uur per week;
arbeidsvoorwaarden conform CAO VVT inschaling in FWG
functiegroep 65 (maximaal € 5.188,29 bij een werkweek
van 36 uur); 8% vakantiegeld en 7,4% eindejaarsuitkering;
goede mogelijkheden voor persoonlijke en professionele
ontwikkeling.

Contact: Voor meer informatie over deze functie
kun je contact opnemen met Ingrid de Bakker,
GZ-psycholoog, via:
ipm.de.bakker@hilverzorg.nl
of 06 31620432.



Franciscusweg 10 D, 1216 SK Hilversum hilverzorg.nl

HET **NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN** IS DE GROOTSTE BEROEPSVERENIGING VAN PSYCHOLOGEN, HOUDT DE ONTWIKKELING VAN HET VAKGEBIED IN HET OOG EN BEHARTIGT DE BELANGEN VAN PSYCHOLOGEN DOOR TE ZORGEN DAT ZIJ GEHOORD EN GEZIEN WORDEN BIJ ALLE PARTIJEN DIE ERTOE DOEN. IEDERE MAAND LEGGEN WE VERSCHILLENDE BETROKKEN NIP-LEDEN EN NIP-MEDEWERKERS EEN VRAAG VOOR: **WAT HOUDT U ZOAL BEZIG EN WAT MERKT U VAN HET NIP?** EEN KIJKJE IN ONS BREDE EN DIVERSE VAK!

"Goed kijken waar de winstkansen liggen"

Wekenlang onderhandelden de partijen in de ggz met VWS over de toekomst. Beleidsmedewerker Bas Wijffels zat namens het NIP aan de onderhandelingsstafel samen met Marnix de Romph van P3NL. Op 3 juli bereikten de 14 onderhandelingspartijen een akkoord.

Tijdens het onderhandelingsproces voerden partijen soms pittige discussies met elkaar. Het is goed dat je het werk dan kunt verdelen met collega's zoals met beleidsmedewerker Matt Schillings die veel gesprekken over bekostiging en contractering heeft gevoerd.

"Tot op het laatst bleef het spannend", vertelt Bas Wijffels. Op de ochtend van de slotonderhandelingen was het nog onzeker of we er wel uit zouden komen. Aan het eind van de dag schoven we aan bij staatssecretaris Paul Blokhuis en directeur-generaal Bas van den Dungen en sloeg de sfeer langzaam om. Ondanks de domper dat de VNG aangaf nog niet mee te kunnen tekenen, ontstond er langzamerhand een constructieve sfeer.

"Dat was zo mooi om te zien", zegt Bas. Langzaam werd iedereen positiever en ontstond meer samenwerking: we wilden er echt uit komen die dag. "Op de avond zelf waren het eigenlijk alleen nog de strafschoppen die we moesten nemen. We kopten in, wat we al die weken hadden

voorbereid. Voor ons waren dat extra opleidingsplaatsen voor GZ-psychologen en bredere inzetmogelijkheden voor aankomend talent. Het is zo gaaf als dat goed uitpakt voor je leden!"

Uiteindelijk heeft vrijwel iedere partij het akkoord getekend. "Blij en opgelucht feliciteerden we elkaar na een lange onderhandelingsdag." Pas na middernacht verliet iedereen het ministerie. Door een stil Den Haag fietste Bas naar zijn logeeradres. Daar wachtte zijn gastheer hem op met een goed glas wijn en volgde de ontlading.

De volgende ochtend kwam de spanning toch weer een beetje terug. Want met zo'n brede achterban als het NIP heeft, weet je dat niet iedereen met je meejuicht. Er staat veel op het spel, de belangen zijn groot en er zijn veel spelers actief in de ggz. Samen met P3NL heeft Bas goed gekeken waar de meeste winstkansen lagen. "VWS wil de lange wachtlijsten echt oplossen. Dat kan

HET NIP WERKT AAN UW BELANGEN

Gedreven medewerkers van het NIP-bureau zetten zich dagelijks in voor uw belangen. Zij volgen ontwikkelingen in het werkveld en zetten zich in voor goede voorwaarden waaronder psychologen hun werk kunnen doen. Daarbij werken ze samen met actieve leden en stakeholders in het werkveld. Bas Wijffels, beleidsmedewerker van het NIP-bureau, vertelt waar hij zich voor inzet.

alleen als wij meer regiebehandelaars kunnen opleiden. Dus daarop hebben we groot ingezet. En dat is gelukt."

Bas benadrukt dat nog niet alles volledig is dichtgetimmerd tot 2022. "Samen met Zorginstituut Nederland gaan we aan de slag met het kwaliteitsstatuut." De inzet van het NIP is dat de Kinder- en Jeugdpsycholoog regiebehandelaar wordt en de masterpsycholoog meer ruimte krijgt voor medebehandeling. Of dat lukt, is nog even spannend.

Houd de NIP-nieuwsbrief in de gaten voor de laatste updates.



Bas Wijffels beleidsmedewerker van het NIP-bureau



SPS: DE KWEEKVIJVER VAN HET NIP

Studenten zijn de toekomst, daarom investeert het NIP in een studentensectie. SPS-NIP floreert en heeft al bijna 3.000 leden. Ook blijkt SPS een waardevolle kweekvijver voor bestuursleden te zijn. Oud-SPS'ers stromen regelmatig door naar NIP-besturen zoals de ledenraad, sectiebesturen en het Algemeen Bestuur.

Zeven studenten vormen het landelijk bestuur van SPS-NIP. Zij werken een jaar lang fulltime op het NIP-bureau in Utrecht. Daarnaast zijn zo'n 140 vrijwilligers actief in het hele land. Zij zorgen dat de stagebank goed gevuld wordt of zetten zich in voor de belangen van psychologiestudenten. Op vrijwel iedere universiteit organiseert een stedelijk bestuur activiteiten voor studenten. Alle besturen vernieuwen ieder jaar, dus relatief veel studenten zijn tijdens hun lidmaatschap een periode actief.

"Actief zijn voor SPS is een leerzame ervaring", vindt SPS-voorzitter Hannah Konings. Je krijgt veel verantwoordelijkheid, wat spannend is maar ook veel ruimte biedt om te ontdekken wat werkt en van daaruit verder te groeien. Je leert je kwaliteiten en zwakke punten enorm goed kennen. Je blijft op de hoogte van de ontwikkelingen binnen het vakgebied en de studie en de aansluiting daartussen. Oud-bestuursleden blijven vaak betrokken bij het NIP. Algemeen bestuurslid Aart Franken en Ledenraadslid Jochem Veerkamp vertellen wat hen aan het NIP bindt.

BESTUUR SKILLS ONTWIKKELEN?

Studeer je en heb je ook interesse in een bestuursjaar? Het SPS-bestuur wisselt twee keer per jaar: in februari en in juli. Houd de vacatures in de gaten of kijk op www.psynip.nl/vacatures-spsnip.





Aart Franken: van SPS naar NIP bestuurslid

Kersvers algemeen bestuurslid Aart Franken startte zijn bestuurscarrière bij SPS en was bestuurslid van de sectie ggz.

Wat was je functie voor SPS en hoe kijk je erop terug?

Tijdens mijn introductietijd in 2004 was het lokale bestuur van SPS-NIP precies wat ik zocht: verbreding en verdieping. Hier zag ik al dat psychologen graag tijd vrijmaken om hun kennis met anderen te delen. Daarna stapte ik in het Landelijk Bestuur van SPS-NIP en werd ik voorzitter van de European Federation of Psychology Students' Associations (www.efpsa.org). Daar merkte ik wat er mogelijk is als gemotiveerde (bijna) psychologen samen de schouders ergens onder zetten. Denk aan jaarlijks een congres van een week (met 250 studenten uit meer dan 25 landen), een academische summerschool (inclusief publicaties) en een eigen Journal. Het waren mooie jaren waar ik vooral ervoer dat het tof is om samen met psychologen (in spe) doelen te bereiken en dat er heel veel inspirerende collega's zijn!

Wat bindt jou aan het NIP?

Het NIP wil het Huis van de Psychologie zijn. De plek waar psychologen elkaar kunnen vinden. Ook ik voel me verbonden met anderen omdat we passie delen voor ons vak. Met andere psychologen van gedachten wisselen is leuk en leerzaam. Daarnaast is het inspirerend hoe hard de actieve leden zich inzetten. Ook geniet ik van de inhoud van psychologie. Een artikel over persoonlijkheid en banenjacht (recent in De Psycholoog) kan ook interessant zijn voor een adolescent die vastloopt. We moeten onze kennis breed delen, niet alleen binnen onze eigen niche. Dit alles bindt me aan het NIP.

Hoe zie jij het NIP in de toekomst?

In het Huis van de Psychologie wil ik in de toekomst meer ontmoeting. Daarom stel ik voor dat we vaker in de woonkamer afspreken. Misschien voor een vakoverstijgende lezing of een congres. Ook wil ik graag een studiekamer. Om na te denken en te discussiëren over eigen projecten, maar ook om samen iets te doen. Dit gebeurt bijvoorbeeld al tijdens het voorzittersoverleg. Natuurlijk kan een eetkamer niet ontbreken, juist tijdens een informele bijeenkomst hoor je achtergrondverhalen waar je energie van krijgt (ik kijk uit naar de NIP-Up!). Tot slot hebben we huisvergaderingen nodig, zodat we weten wat iedereen wil. In de toekomst zie ik een NIP waar we met elkaar praten, van elkaar leren, genieten van het gezelschap en samen de koers uitzetten. Dat lijkt me geweldig!

Maar #hoedan? Wat is er voor jou, beste lezer, nodig om aan te sluiten en mee te denken? Wat zijn je wensen? Ik hoor het graag, stuur je me een berichtje? > Aart.Franken@psynip.nl



Jochem Veerkamp: van SPS-voorzitter naar NIP ledenraad

Jochem Veerkamp deed na zijn voorzitterschap van SPS nog een tijdje projecten voor het NIP-bureau. Als starter stond hij op het punt zijn lidmaatschap op te zeggen. Maar hij koos er juist voor de NIP-toekomst te gaan beïnvloeden als ledenraadslid.

Wat was je functie voor SPS en hoe kijk je erop terug?

Als voorzitter van SPS ontdekte ik dat ik het managen heel leuk vond. Vooral het bedenken van een visie en nieuwe producten en diensten, om die vervolgens samen met de stedelijk besturen uit te voeren. De stagebank kwam ook uit onze koker. Na dit bestuursjaar heb ik het Europese congres georganiseerd voor de EFPSA. Mijn ervaring zorgde zelfs voor een carrièreswitch: van klinische naar Arbeid & Organisatiepsychologie. En het opende deuren voor mij. Ik kreeg de kans om bij Heineken stage te lopen in Rwanda en vond daarna relatief gemakkelijk een baan bij Nestlé.

Wat bindt jou aan het NIP?

Ik ben loyaal. Via mijn netwerk bleef ik het NIP volgen. Doordat ik het visitatietraject mee heb opgezet, weet ik dat het NIP echt goede dingen doet om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te verbeteren. Alleen persoonlijk heb ik niet zoveel aan deze dienst, omdat ik in de commerciële sector werk.

Hoe zie jij het NIP in de toekomst?

Het zou mooi zijn als het lidmaatschap meer concrete waarde krijgt. Bijvoorbeeld bij de ondersteuning van starters op de arbeidsmarkt. NIP-leden hebben die expertise in huis, dus ik zou de starters dit soort producten graag zien aanbieden. Ook vind ik dat het NIP beter moet inspelen op de wensen van de leden. Kruip in de huid van de psycholoog, vraag wat hij wil van het NIP, doe ook peilingen onder niet-leden en ontwikkel nieuwe producten en diensten die aansluiten bij die wensen. Als ledenraadslid zal ik mij hier ook zeker voor gaan inzetten.

HET NIP BREIDT UIT!

Maak kennis met de nieuwe sectie: Sociale & Economische Psychologen

De nieuwe NIP Ledenraad startte 25 juni met een bijzondere mijlpaal: zij stemden in met de oprichting van een nieuwe sectie. Het NIP is blij dat het Huis van de Psychologie nu ook onderdak biedt aan sociale en economische psychologen.

De sectie Sociale & Economische Psychologen richt zich op dé psycholoog anno nu. De psycholoog die werkt aan positieve gedragsbeïnvloeding en -verandering in wetenschap, profit en/of non-profit organisaties. De psycholoog die - vaak met digitale middelen - het gedrag en geluk van grotere groepen mensen onderzoekt en positief beïnvloedt. Denk daarbij aan aandachtsgebieden als sociale psychologie, economische psychologie, consumentenpsychologie, gedragsbeïnvloeding, mediapsychologie, behavioural data science,



De bestuursleden: Bart Schutz, Carla van Lier, Eddy van der Sman, Mischa Coster en Gea Schonewille. Nicole Janssen en Melanie Bouwknecht zijn vanuit het NIP-bureau betrokken bij de sectie.

behavioural economics, culturele psychologie, toegepaste cognitieve psychologie en artificial intelligence.

Psycholoog zichtbaarder maken

De sectie Sociale & Economische Psychologen heeft als doel om het nut en de noodzaak van psychologie binnen profit en/of non-profit organisaties zichtbaarder te maken, en daarmee het belang van psychologen in commerciële organisaties en het sociale domein.

Interesse?

Op de hoogte blijven van wat we doen en waar we meeten, wil je je bij ons aansluiten, of iets anders laten weten? Ga naar www.psynip.nl/sep. Daar vind je ook een filmpje waarin de nieuwe bestuursleden zich voorstellen.

NIP MEETINGS

De volgende bijeenkomsten organiseert het NIP exclusief voor haar leden. Deelname is kosteloos dus meld u snel aan!

PRINSJESDAG NIP-UP

18 september 2018, 16:30 uur bij het NIP

Was u ook aanwezig bij de NIP-Up zomerborrel van het NIP? In september is de volgende NIP-Up. Ontmoet uw collega's en laat u inspireren!

SYMPOSIUM: DE WAARDE VAN PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES

5 oktober 2018, 15:30 - 18:30 uur, Museum Speelklok, Utrecht

Op 5 oktober 2018 neemt het NIP afscheid van oud-voorzitter, dr. Elly Plooi-j-van Gorsel. Als bestuursvoorzitter behartigde zij aan vele tafels de belangen van de psychologie en haar beoefenaren. Sprekers tijdens het afscheidsymposium zijn:

- Reinout Wiers presenteert een vernieuwend model voor de neurocognitieve processen die ten grondslag liggen aan verslavingsgedrag en de

effectiviteit van interventies die op dit model gebaseerd zijn.

- Pim Cuijpers geeft een overzicht van de bijdrage van psychotherapie en psychologische interventies aan de vermindering van de ziektelast van psychische stoornissen, in het bijzonder depressie en angststoornissen.
- Hans Koot reflecteert op het, ook in onze samenleving toenemende belang van grootouderschap vanuit het perspectief van het (klein)kind, maar ook van de ouders en grootouders.



TUCHTRECHT: BOEMAN OF KROONJUWEEL?

2 november 2018, 13:00 - 17:15 uur, De Driehoek - Utrecht

Een symposium over de ontwikkelingen in het tuchtrecht en ter gelegenheid van het afscheid van Mr. Hans Hofhuis als voorzitter van het College van Beroep van het NIP. Sprekers vertellen over de impact van een tuchtrechtelijke maatregel voor de psycholoog, de verborgen structuur van de beroepscode en wat het inhoudt als u voor het Tuchtcollege moet verschijnen.



Cenzo zoekt:

GZ-psychologen én A&G-psychologen

Een sterke combinatie!

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.

Cenzo maakt dit mogelijk! Lift mee op een succesformule waarbinnen jij je richt op optimale hulpverlening en samenwerken met verwijzers. Wij zorgen voor de zakelijke randvoorwaarden, zoals deskundigheidsbevordering, contracten met zorgverzekeraars, samenwerkingsverbanden met verwijzers, bedrijven en arbodiensten, IT-ondersteuning, financiële afwikkeling en acquisitiemateriaal!

BENIEUWD NAAR ONS AANBOD?

Bezoek onze website
www.cenzo.nl
of bel

Anja Pinatsis voor een
vrijblijvend gesprek op
020 - 344 50 47.

**WIJ ZIJN
LANDELIJK OP ZOEK
NAAR VERSTERKING
VAN ONS NETWERK!
EN MET SPOED IN:**

Groningen,
Zaanstad, Breda,
Enschede e.o.,
Venlo e.o.,
Emmen, Assen.

Cenzo B.V. Stationsweg 24 • 1441 EJ Purmerend 020 – 420 29 99 • info@cenzo.nl • www.cenzo.nl



Masterclass Zijnsoriëntatie 9 dagen o.l.v. Chris Kersten

Zijnsoriëntatie combineert in haar levensvisie en begeleidingsaanpak zowel Oosterse als Westerse, psychologische en spirituele inzichten en methoden en dat op een beproefde, praktische manier. Deze Masterclass bied je de kans om zowel persoonlijk als professioneel met dit unieke gedachtegoed kennis te maken.

Deze Masterclass onder leiding van Chris Kersten, oprichter van Centrum Zijnsoriëntatie (in 1995), start op 20 oktober. Als je geïnteresseerd bent vraag de brochure op of neem contact op met Chris via chriskersten@zijn.nu.

Data Masterclass

6 opleidingsdagen: 20 oktober, 7 en 8 december 2018, 19 januari en 9 en 10 maart 2019 van 10.00 uur tot 17.30 uur.

3 persoonlijke sessiedagen in kleiner groepsverband zullen worden gepland zo gauw de groep gevormd is.

Locatie: Centrum Zijnsoriëntatie, Utrechtseweg 133 in Zeist

Voor meer informatie:

www.zijn.nu 030-2621487 centrum@zijn.nu



CENTRUM
Zijnsoriëntatie
jezelf en de wereld tot bloei brengen

psy
ned

Psychologen Nederland

Meer cliënten in je eigen praktijk?

Ben jij (basis)psycholoog of relatietherapeut met een eigen praktijk? Psyned ondersteunt vrijgevestigde behandelaars met het vinden van cliënten, facturatie en secretariaat. Dit betekent voor jou:

**meer cliënten • minder administratie • eigen praktijkassistenten
snel uitbetaald krijgen • en toch zelf ondernemer zijn**

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

"Sinds ik bij Psyned aangesloten ben, heb ik eigenlijk altijd wel een volle praktijk met cliënten die echt bij me passen. Heel fijn dat Psyned zorg draagt voor een goede match en de marketing van me heeft overgenomen."

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

Bokstherapie lijkt effectief bij het herstellen van klachten gerelateerd aan PTSS bij een politieagente met een werkgerelateerd trauma. Na reeds vijf jaar klachten en een jaar lang psychologische hulpverlening is zij gestart met bokstherapie. Door deze gerichte bokstraining zijn haar stresswaarden binnen een termijn van drie maanden genormaliseerd. Haar totaalscore op de 4-DKL daalde van 53 naar 13, en zij heeft gedeeltelijk haar werkzaamheden weer opgepakt. In dit geval bleek deze behandeling efficiënt en kosteneffectief, stelt Rob van de Ven.

EEN CASE-STUDY

KAN BOKS- THERAPIE BIJDAGEN AAN HET HERSTEL VAN PTSS?

INLEIDING

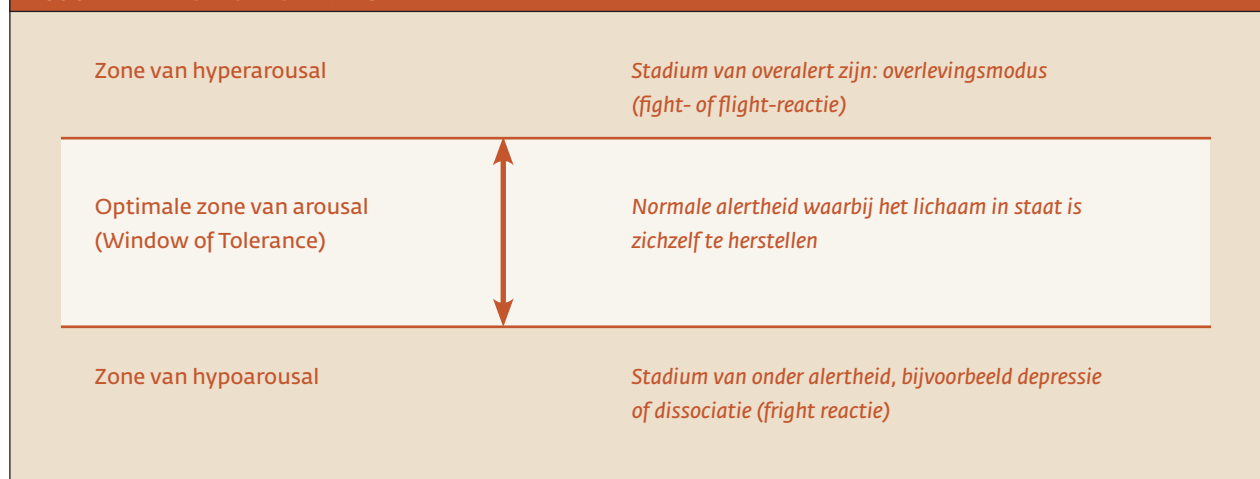
Veel mensen maken in hun leven een schokkende gebeurtenis mee. Na zo'n gebeurtenis kan er sprake zijn van kortdurende stress. Dit is een normale respons en de gebeurtenis wordt in de meeste gevallen goed verwerkt door steun vanuit de omgeving. In ongeveer 10% van de gevallen wordt een posttraumatische stressstoornis (PTSS) ontwikkeld (Vries & Olff, 2009). Klachten gerelateerd aan PTSS kunnen – onder andere – verklaard worden door een verkleining van het Window of Tolerance (WOT). Dit is het optimale spanningsgebied waarin emoties en gebeurtenissen verwerkt kunnen worden (zie figuur 1). Deze zogenaamde bandbreedte kan verkleind raken door het meemaken van een trauma of reeks trauma's. Hierdoor kan een normale gebeurtenis leiden tot abnormale reacties zoals een overreactie (*flight of fight*) of juist geen reactie (*fright*; Corrigan, Fisher & Nutt 2010).

Een van de doelgroepen die dagelijks wordt blootgesteld aan potentiële gevaren zijn politieagenten. Politieagenten maken tijdens hun carrière vaak meerdere traumatische gebeurtenissen mee. Van de agenten die dit meemaken, heeft 34% direct na een trauma kortdurende stress. Zeven procent daarvan ontwikkelt dit op langere termijn, dan wordt dit

PTSS genoemd. Uit de verzuimcijfers bij de politie onder uitvoerend personeel, blijkt dat PTSS verantwoordelijk is voor 42% van de beroepsziekten (Kuijer et al., 2005). Agenten met PTSS worden in principe geacht na re-integratie adequaat om te gaan met dreigende situaties. Hierbij kunnen zij wederom te maken krijgen met fysiek geweld of ernstige misdrijven. Boksen is een vorm van gecontroleerd fysiek geweld en kan mogelijk bijdragen aan het vergroten van de WOT en daarmee de symptomen van PTSS verminderen.

De behandeling van PTSS bestaat in het algemeen hoofdzakelijk uit psychologische hulpverlening. De meest gebruikelijke behandelmethoden hierbij zijn: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), cognitieve gedragstherapie en exposure-therapie, aangevuld met medicatie (Tanev et al., 2014). Naast deze behandelingen zijn er aanwijzingen dat aanvullende fysieke training een bijdrage kan leveren. Er lijkt bewijs te zijn dat fysieke activiteit, zoals fitness en hardlopen, een gunstig effect heeft op het herstel van PTSS. Uit een kwantitatieve review waarbij fysieke training wordt toegepast op een groep proefpersonen met PTSS, blijkt de trainingsgroep minder klachten te ervaren gerelateerd aan PTSS (zoals angst, verstoorde slaap en

FIGUUR 1. WINDOW OF TOLERANCE



Geweld en traumatische gebeurtenissen zijn de gemene deler bij agenten en militairen

herbelevingen) dan de controlegroep. Daarnaast ervaart de groep met fysieke training een afname van klachten gerelateerd aan depressiviteit (Rosenbaum et al., 2015).

Zowel politieagenten als militairen hebben een verhoogd risico op het doormaken van een trauma. In een Amerikaans onderzoek zijn militairen met PTSS behandeld met Virtual-Reality-graded exposure therapie (McLay et al., 2011). Hierbij worden participanten geleidelijk blootgesteld aan virtueel reële situaties. De exacte inhoud van het programma wordt hierbij niet vermeld. Zeven van de tien participanten vertoonden significante verbeteringen op de Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) ten opzichte van één van de negen in de controlegroep. Het onderzoek is gedaan bij een kleine groep, niet-geblindeerd en door slechts één therapeut uitgevoerd. De methodologische kwaliteit is derhalve niet voldoende om op basis hiervan conclusies te trekken, maar de resultaten lijken veelbelovend. Geweld en traumatische gebeurtenissen zijn de gemene deler bij agenten en militairen. Mogelijk kan bokstraining ingezet worden als een vorm van graded exposure en een gelijksoortig effect sorteren als Virtual-Reality graded exposure.

De positieve effecten van vechtsport op PTSS zijn nog niet onderzocht. Er zijn wel positieve effecten aangetoond van vechtsport bij gezonde jongeren tot 23 jaar (Elling & Wisse, 2010). Uit dit onderzoek blijkt dat meer dan de helft van de jongeren die een vechtsport beoefent een afname van agressie en agressie-tolerantie ervaart. Daarnaast heeft vechtsport een positief effect op de zelfwaardering ('Ik ben tevreden over mezelf'), sportieve competenties ('Ik voel me sterk en weerbaar') en pro-sociaal gedrag ('Ik houd rekening met anderen'). De meest prominente bevinding is een toename in zelfvertrouwen (90%) en het zich veiliger voelen op straat (80%). Met name de laatste twee aspecten zijn aanleiding geweest om gerichte bokstraining (hierna bokstherapie genoemd) in te zetten om de symptomen van PTSS te verminderen. Mogelijke verklaringen van deze positieve effecten zijn: een vergroot incasseringsvermogen ('Ik kan best tegen een stootje') en een vergroot competentiegevoel ('Ik kan deze fysieke dreiging aan'). Dit leidt mogelijk tot een vergroting van de wortel waardoor de inadequate fight-, flight- en fright-reacties uitblijven.

CASUS

Patiënt P (vrouw): 40 jaar

Werk: Politieagente

Klachten: Trauma heeft vijf jaar geleden plaatsgevonden.

Patiënte krijgt hiervoor reeds een jaar psychologische hulpverlening.

Sport: Fitness, zes keer per week. Dit geeft haar een tijdelijke ontspanning.

TABEL 1. INTERPRETATIE VAN DE 4-DKL-SCORES

SCHAAL	LAAG	MATIG VERHOOGD	STERK VERHOOGD
DISTRESS	0-10: normale spanningen; in principe geen actie nodig	11-20: verhoogde spanningen met de dreiging van disfunctioneren; stressreductie is wenselijk	21-32: ernstige spanningen met grote kans op disfunctioneren (ziekteverzuim); stressreductie is aangewezen
DEPRESSIE	0-2: waarschijnlijk geen depressieve stoornis	3-5: mogelijke depressieve stoornis; aanzien en na enkele weken herevalueren; eventueel depressiediagnostiek	6-12: relatief grote kans op een depressieve stoornis; depressiediagnostiek is aangewezen
ANGST	0-3: waarschijnlijk geen angststoornis	4-9: mogelijke angststoornis; aanzien en na enkele weken herevalueren; eventueel diagnostiek van angststoornissen	10-24: relatief grote kans op één of meer angststoornissen; diagnostiek van angststoornissen is aangewezen
SOMATISATIE	0-10: relatief normale lichamelijke spanningsklachten	11-20: mogelijke somatisatie met dreigend disfunctioneren; bespreken met patiënt	21-32: grote kans op somatisatie; bespreken met patiënt, overweeg cognitieve gedragstherapie of verwijzing

TABEL 2. SCORES 4-DKL

	NULMETING	6 WEKEN	12 WEKEN	24 WEKEN
DISTRESS	21	12	10	7
DEPRESSIE	3	0	0	0
ANGST	18	7	1	2
SOMATISATIE	10	5	3	4
TOTAAL	52	24	14	13

Patiënte heeft heel veel triggers in het dagelijks leven die frustratie en boosheid bij haar oproepen, waarbij ook een gevoel van falen. Er is sprake van veel fysieke klachten en ziekteverzuim. Patiënte is gediagnosticeerd met fibromyalgie. Haar relatie heeft te lijden gehad onder haar aandoening. Er is bijvoorbeeld sprake van minder vertrouwen in de partner. Haar toegenomen prikkelbaarheid leidt vaak tot ruzies. Patiënte is momenteel niet aan het werk.

Op basis van de beschreven casus is de volgende vraag-

stelling geformuleerd: 'Kan bokstherapie bijdragen aan het herstel van PTSS?'

KLINIMETRIE

Om de ernst van de symptomen in kaart te brengen voor, tijdens en na de bokstherapie is gebruik gemaakt van de Vier-Dimensionale Klachtenlijst (4-DKL). De 4-DKL is een handzame vragenlijst die de hulpverlener kan gebruiken om psychosociale klachten te onderscheiden van depressieve en

angststoornissen. Het kan gebruikt worden om de ernst van het lijden te kwantificeren, om somatisatieklachten te signaleren en om het beloop van de problemen te monitoren (Terluin et al., 2006). In tabel 1 is een interpretatie te vinden van de uitslag van de 50 vragen. Bij aanvang van de therapie is een nulmeting verricht middels de 4-DKL, de resultaten hiervan worden weergegeven in tabel 2.

‘Ik vond het fijn om de woede en frustratie eruit te kunnen slaan’

INTERVENTIE

Bokstherapie is toegepast in een periode van zes maanden. De eerste drie maanden is een vaste frequentie van één keer per week aangehouden. Daarna is de frequentie verlaagd van één keer in de twee weken naar één keer per maand. De 4-DKL is op direct afgenomen en na zes, twaalf en vierentwintig weken.

De bokstherapie is opgebouwd op basis van graded exposure. Hierbij wordt allereerst geleerd de boosheid en frustratie te uiten in de vorm van stoten, hierbij is vooral ook aandacht voor techniek. De patiënt draagt de handschoenen en stoot hiermee op de pads (handkussens) die gedragen worden door de therapeut. Dit met als doel de distress te doen afnemen. In de volgende fases wordt gewerkt aan het opbouwen van zelfvertrouwen, het vergroten van het incasseringsvermogen, het aan leren geven van de fysieke grenzen en het omzetten van een inadequate fright-, flight- of fight-reactie in een adequate reactie. Dit gebeurt op basis van graded exposure, de prikkels nemen in hevigheid toe van stoten op de pads naar het daadwerkelijk sparren (tegen elkaar boksen). De therapeut zal nu bijvoorbeeld proberen de patiënt in een hoek te drijven en op verschillende manieren leren uit deze situatie te komen. Dit vergroot het gevoel van controle in een stressvolle situatie. Dit leidt uiteindelijk tot een transfer van oefensituaties naar de dagelijkse praktijk.

RESULTAAT

De resultaten van de 4-DKL laten een significante afname zien op alle vier aspecten. Dit is het meest uitgesproken na

zes en twaalf weken. Hierna lijkt de afname te stagneren.

Naast het afnemen van de 4-DKL is specifiek gevraagd naar de subjectieve ervaring van de patiënte. Haar is gevraagd wat de therapie voor haar gedaan heeft en hoe zij dit ervaren heeft: ‘Tijdens het boksen heb ik gemerkt dat mijn frustratie en boosheid af begon te nemen, ik kreeg meer zelfvertrouwen en ik schoot niet meer direct in een paniekstand op het moment dat ik de controle dreigde te verliezen. Ik vond het fijn om de woede en frustratie eruit te kunnen slaan. Door het boksen nam mijn hoge stress steeds meer af waardoor de behandelingen bij de psycholoog beter gingen.’

Patiënte werkt inmiddels haar volledige aantal uren op een andere afdeling. Haar originele functie heeft zij neergelegd.

DISCUSSIE

De scores op de 4-DKL zijn klinisch relevant en de patiënte geeft duidelijk aan dat bokstherapie bijgedragen heeft aan haar herstel. Zowel objectief als subjectief is er sprake van vooruitgang. Voor het meetbaar maken van deze vooruitgang is gebruikt gemaakt van de 4-DKL. Bij ontwikkeling van de bokstherapie is hiervoor gekozen om het effect bij meerdere psychische klachten te monitoren. Om deze reden is geen gebruik gemaakt van een specifiek meetinstrument gericht op PTSS. De PCL (PTSS Checklist) of de KIP test (Klinisch Interview PTSS) zijn wel zulke meetinstrumenten. Deze vragenlijsten zouden tot andere resultaten geleid hebben.

Doordat de proefpersoon niet geblindeerd is gekozen maar geselecteerd is voor deze behandeling door de psycholoog, kan dit de uitkomst van de behandeling positief

Summary

CAN BOXING THERAPY CONTRIBUTE IN THE RECOVERY OF PTSD?

R. VAN DE VEN

A female police officer suffering from PTSD for a period of five years was successfully treated by a physiotherapist using boxing as a therapy. The training consisted of 50 minutes of one-on-one training once a week for a period of three months, after three months this frequency was lowered and stopped after six months. Results were measured by the use of the 4-DSQ, a questionnaire scaling Stress, Anxiety, Depression and Somatization. Baseline measurement was extremely high (53) and lowered to a normal level (13) within three months. The police officer was able to resume her work partially. This makes boxing therapy efficient and cost effective.

Vechtsport heeft een positief effect op de zelfwaardering

beïnvloed hebben. Zonder geblindeerde selectie en controle-groep is niet uit te sluiten dat het effect komt door natuurlijk herstel of door veranderingen in haar leven.

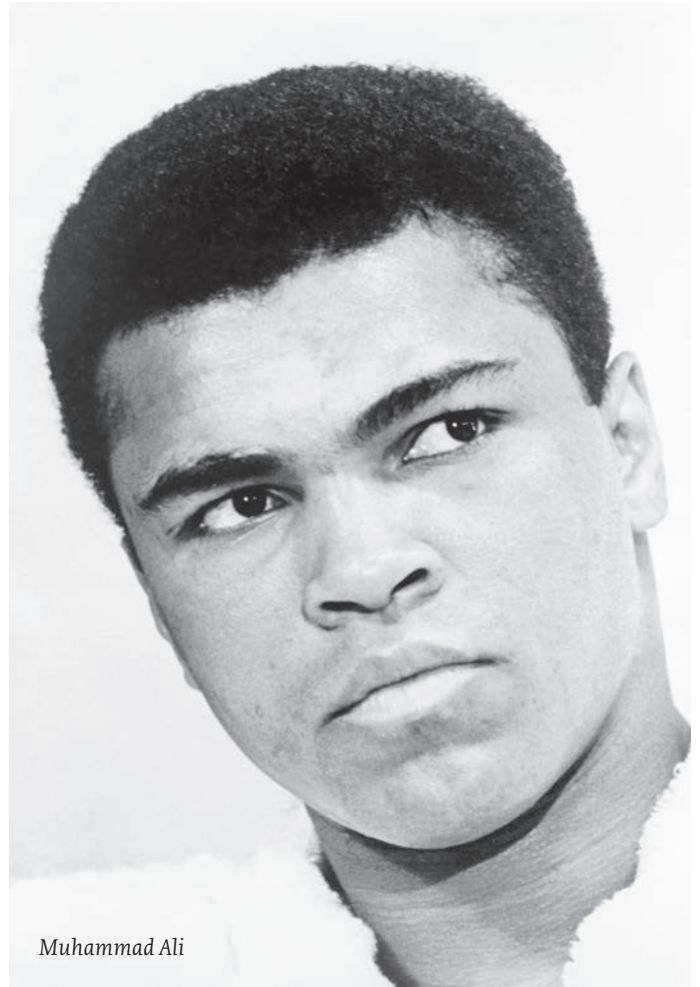
Bokstherapie heeft met name een positief effect op distress en angst. De patiënte ervaart minder frustratie, boosheid en gevoel van falen. Het vertrouwen in haar partner is toegenomen en de patiënte durft weer te werken. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de bandbreedte van haar Window of Tolerance sterk toegenomen is. Naast deze positieve effecten heeft bokstherapie als voordeel dat het laagdrempelig, kosteneffectief en makkelijk toepasbaar is. Iedere therapeut met enige ervaring in het boksen kan dit aanbieden.

De resultaten van deze studie beperken zich logischerwijs tot één patiënt, maar bieden perspectief. Een trial met een grotere populatie is nodig om de effecten van bokstherapie op PTSS overtuigend aan te tonen.

OVER DE AUTEUR

Rob van de Ven, Msc, is sportfysiotherapeut.

Email: rob@fysiotherapiedejongl.nl.



Muhammad Ali

Literatuur

- Corrigan, F.M., Fisher, J.J. & Nutt, D.J. (2010). Autonomic dysregulation and the Window of Tolerance model of the effects of complex emotional trauma. *Journal of Psychopharmacology*, 25(1), 17-25.
- Elling, A. & Wisse E. (2017). *Beloften van vechtsport*. Nieuw eg in Arnhem: Spitsmeda.
- Kuijjer, P., Sorgdrager, B., Schop, A. Braam, I. & Spreeuwiers, D. (2005). Diagnose, incidentie en verzuimduur van gemelde beroepsziekten bij de politie. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde*, 13(11), 328-332.
- McLay, R.N., Wood, D.P., Webb-Murphy, J.A., Spira, J.L., Wiederhold, M.D., Pyne, J.M., Wiederhold, B.K. (2011). A randomized, controlled trial of virtual reality-graded exposure therapy for post-traumatic stress disorder in active duty service members with combat-related post-traumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 14(4), 223-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21332375>
- Reichman, S., Van Ameringen, D., Steel, Z., Newby, J., Ward, B. & Stein, B. (2017). Psychological activity in the treatment of post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 258, 1-10.
- Tanev, K.S., Pentel, K.Z., Kredlow, M.A., Charney, M.E. (2014). PTSD and TBI co-morbidity: scope, clinical presentation and treatment options. *Brain Injury*, 28(3), 261-70.
- Terluin, B., Van Marwijk, H.W.J., Adèr, H.J., De Vet, H.C.W., Penninx, B.W.J.H. et al. (2006). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): A validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry*, 6(34).
- Vries de G.J. & Olff, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22(4), 259-267.

INSPIRATIE – OP KOSTSCHOOL

Frans Koenraadt, forensisch psycholoog,
criminoloog en gerechtelijk deskundige

Mijn fascinatie voor de forensische psychologie is ontstaan door persoonlijke ervaringen. Als student psychologie fascineerden kwesties van gedwongen opnemingsme al. Het heeft vaak te maken met situaties waarin mensen om verschillende redenen noodgedwongen bijeen zijn gebracht en opgenomen in een grootschalige instelling. Dat gegeven loopt als rode draad door mijn werk.

Die fascinatie begint bij mijn eigen ervaringen. Ons gezin woonde vroeger in Bergen op Zoom. Mijn beide ouders zaten in de handel en waren voor hun werk veel afwezig. Daardoor werd ik wat al te vrij gelaten toen ik naar de middelbare school ging. In de eerste klas doubleerde ik. Toen dat in de tweede klas weer dreigde te gebeuren, stuurden ze me naar kostschool, naar het Bisschoppelijk College in Weert, onder de regie van priesters van het bisdom Roermond.

Als je als veertienjarige halverwege het schooljaar op zo'n internaat komt, moet je een plek zien te veroveren. Dat ging moeizaam, maar is uiteindelijk gelukt. Mijn studieresultaten gingen erop vooruit, maar gaandeweg wist ik ook dat ik mijn eigen kinderen nooit naar een internaat zou sturen. Wat me vooral tegenstond was het regime dat op zo'n kostschool heerst: alles is strak gereguleerd: het eten, naar bed gaan. En aan het eind van de middag als we uit school kwamen, was er altijd koffie of thee. Dat heette het gouter, een moment tussen

lunch en avondeten in. Je moest je permanent voegen naar het programma van de instelling.

Zo'n jongensgemeenschap is een aparte omgeving, zeker op een moment dat alles aan het ontluiken is. We hadden geen eigen kamer, we sliepen in een slaapzaal in een chambrette: een bed met ernaast een kast en prullenbak, ertussen stonden schotten die boven en onder open waren en ervoor hing een gordijn. Het was altijd lawaaiig, je kon je niet echt terugtrekken, iets waar ik veel behoefte aan had.

Het internaat werd geleid door priesters, en daar zaten nogal wat hypocriete figuren tussen. Sommigen hadden losse handjes; er werd af en toe behoorlijk gемеpt. Ik bemerkte een zekere machtswellust. De laatste jaren komen er verhalen in de pers die verder gaan dan dat, maar van seksueel misbruik heb ik destijds niets gemerkt, dat speelde op andere internaten. Maar die verhalen verbazen me niet: de beslotenheid van de kostschool vormt er een vruchtbare voedingsbodem voor.

In militaire dienst kwam ik in een vergelijkbare omgeving terecht, veel mannen die elkaar niet hadden uitgekoken en op een klein territorium moeten samenwonen en samenwerken. Bovendien kregen we daar onzinnige opdrachten, zoals het opnieuw overschilderen van militaire auto's die al goed in de lak zaten. Sommige auto's werden zo vaak overgeschilderd, dat je ze bijna zag groeien door de dikke lagen verf.

Later werd ik gegrepen door het werk van Erving Goffman. Deze Amerikaanse socioloog introduceerde de term 'totale

instituten', over organisatietypen als gevangenissen, ziekenhuizen, bejaardenhuizen, psychiatrische inrichtingen en kazernes. En dus ook kostscholen. Zijn werk is een kritische analyse geweest en hij pleitte voor een meer humane behandeling van onder meer psychiatrische patiënten. Goffman had zicht op wat er met mensen gebeurt die langere tijd in instituten verblijven. Dat doen ze over het algemeen niet op vrijwillige basis. En zelfs als het vrijwillig genoemd wordt, zoals bij psychiatrisch patiënten, is het meestal niet hun eerste keuze.

Zo sloot mijn studie naadloos aan bij mijn eigen ervaringen. Ik ben altijd sceptisch geweest over regulering van





FOTO: STIJN RADEMAKER

bovenaf in instituten waar mensen verblijven die in afhankelijke relaties verkeren ten opzichte van het persoon.

Na mijn studies psychologie en sociologie ben ik – vanaf 1980 – in de forensische ggz-sector gaan werken, eerst bij het Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen van de Universiteit Utrecht en na enkele jaren ben ik tevens psychologisch onderzoek gaan doen van gedetineerden die verdacht werden van ernstige strafbare feiten in het Pieter Baan Centrum (PBC). Het Pompe Instituut heeft steeds oog gehad voor het juridisch en humaan gehalte van de detentie; in het PBC staat

de menselijke maat in het gedragskundig onderzoek naar de persoon van de verdachte centraal. In beide instellingen wordt geïnspireerd voortgebouwd op het gedachtengoed van de strafrechtjurist Willem Pompe, de criminoloog Ger Kempe en de forensisch psychiater Pieter Baan.

Toen ik voor het eerst in de tbs-kliniek Veldzicht kwam, sliepen de

gedetineerden daar op een grote slaapzaal in ijzeren kooien. Dat leken de eerdere chambrettes, zij het in een metalen uitvoering. Het was er een enorme herrie, zelfs overdag. Door mijn eigen ervaring kon ik me wel iets voorstellen bij de leefwereld van gedetineerden die daar soms jarenlang verbleven.

Recent heb ik een studie gedaan naar het leefklimaat in justitiële instellingen. Ik herken nog steeds veel van de patronen die ik zelf eerder onderging. De menselijke maat blijft onontbeerlijk.

In mei nam ik na 38 jaar afscheid als medewerker van het Willem Pompe Instituut en daarmee van de Universiteit Utrecht, waarvan de laatste tien jaar als hoogleraar Forensische psychiatrie en psychologie. Dat het vakgebied blijft fascineren, moge blijken uit het feit dat ik onlangs ben benoemd aan de University of Curaçao als bijzonder hoogleraar Forensische Psychiatrie, met inbegrip van de forensische psychologie en klinische criminologie.'

Onlangs kreeg Frans Koenraadt een lintje, vooral voor zijn fundamentele bijdrage aan het op de kaart zetten van het vakgebied van de forensische psychologie.

'Ik ben altijd sceptisch geweest over regulering van bovenaf in instituten waar mensen verblijven'



FORUM

DE WEG NAAR DE ARBEIDSMARKT VOOR PSYCHOLOGEN

Er zijn lange wachtlijsten in de ggz en er is een groeiende prevalentie van psychische klachten. Ondanks een grote vraag naar psychologen door deze omstandigheden, zijn er voor recent afgestudeerde basispsychologen weinig mogelijkheden om de arbeidsmarkt te betreden. Nathalie Heijkoop, Carina Post en Tristan Renkema, drie recent afgestudeerde basispsychologen die zich inzetten om hun medestudenten te helpen met de eerste stap naar de arbeidsmarkt van de psychologie, geven hun kijk op deze paradox. Ingmar Visser reageert.



Veel hulpverleners en cliënten binnen de ggz klagen over de huidige organisatie van de zorg en de condities waaronder die moet worden uitgevoerd. Neem de wachtlijsten waarmee cliënten vaak worden geconfronteerd. De lange wachtlijsten kunnen ernstige gevolgen hebben voor de cliënt. Deze werken demotiverend, waardoor de cliënt veelal in een negatieve spiraal belandt. Dit resulteert vaak in verergering van de klachten op het moment van hulpverlening.

Om de enorme wachtlijsten binnen de ggz tegen te gaan, zou je verwachten dat er veel vraag is naar psychologen. Bij een korte

zoektocht langs websites van psychologenpraktijken komen inderdaad veel vacatures aan het licht. Deze vacatures zijn echter veelal gericht op gz-psychologen of basispsychologen met minimaal drie tot vijf jaar werkervaring. Voor net afgestudeerde psychologen lijkt er dan ook geen ruimte te zijn op de arbeidsmarkt. Dit terwijl er jaarlijks veel nieuwe psychologen afstuderen die maar al te graag aan de slag willen in de ggz.

Kortom, er is sprake van een opmerkelijke paradox, waarbij vraag naar zorg en aanbod aan zorgverleners elkaar niet lijken te vinden. Het is geen uitzondering dat net afgestudeerden genoeg nemen met een onbetaalde werkervaringsplek (WEP). Maar door de geringe vergoeding die hier vaak tegenover staat, lijkt de oplossing hierin niet te schuilen.

Deze forumbijdrage zoomt in op de genoemde paradox waar net afgestudeerde basispsychologen vaak mee worden geconfronteerd. Er zal vanuit de visie van Stichting de Advieswinkel een oplossing worden besproken die een brug slaat tussen het opdoen van praktische ervaring van psychologiestudenten en de zorgvraag.

KLOOF STUDIE EN PRAKTIJK

Psychologiestudenten en (net) afgestudeerde basispsychologen

ondervinden problemen binnen de ggz doordat zij moeilijk de arbeidsmarkt kunnen betreden. Dit wordt onder andere bemoeilijkt doordat de universitaire psychologie-opleiding relatief weinig verplichte praktijkervaring in het lesprogramma opneemt. Over het algemeen dienen masterstudenten één klinische stage te doen tijdens hun studie, waarbij vaak kennis wordt opgedaan op één specifiek vakgebied en/of bij één specifieke doelgroep. Dit kan ertoe leiden dat net afgestudeerden onwetend zijn over welke richting zij met hun carrière op willen gaan. Tevens kan een stageplaats richtinggevend zijn voor de toekomstige carrière, omdat er in sollicitatieprocedures veelal wordt gevraagd naar aantoonbare affiniteit en/of ervaring met een specifieke doelgroep. Doordat er enkel ervaring is opgedaan binnen de richting en doelgroep van de stageplaats, zijn pas afgestudeerden haast genoodzaakt te solliciteren in eenzelfde richting. Het kiezen van de juiste stageplaats is dus van enorm belang, maar wordt bemoeilijkt door het schaarse aantal plekken.

Er kleeft nog een nadeel aan de kloof tussen de veelal theoretische psychologiestudie en het praktische werkveld. Tijdens de opleiding maken studenten kennis met de theorie van verschillende gebieden waar de psychologie deel van uitmaakt, waaronder de psychische stoornissen beschreven in het *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Het lezen over een bepaalde stoornis doet echter niet voldoen-

Om de enorme wachtlijsten binnen de ggz tegen te gaan, zou je verwachten dat er veel vraag is naar psychologen

de recht aan het beeld van hoe het is om daadwerkelijk begeleiding te geven aan mensen met deze stoornis. Leren over stemmingsstoornissen kan bijvoorbeeld veel interesse opwekken bij een student. Ondanks de interesse voor de achtergrondinformatie van stemmingsstoornissen is het mogelijk dat deze zelfde student geen voldoening haalt uit werken met deze doelgroep of dat hij een juiste aansluiting met deze doelgroep mist. Niet alle voetbal-liefhebbers zijn een goede voetbalcoach, en zo zijn ook niet alle psychologiestudenten een goede behandelaar van stemmingsstoornissen. Praktische ervaring opdoen bij verschillende stoornissen is dus een sleutelpunt in het uitvinden waar iemand affiniteit mee heeft.

Verder heerst er onvrede over de hoge verwachtingen waaraan een afgestudeerde basispsycholoog dient te voldoen. Basispsychologen worden na het afstuderen al vaak geacht zelfstandig (deel)behandelingen uit te kunnen voeren, terwijl zij daarmee als student tijdens de opleiding en/of klinische stage lang niet altijd in aanraking zijn gekomen. Dit gebrek aan ervaring, gecombineerd met de grote concurrentie, zet een net afgestudeerde basispsycholoog in een onzekere positie.

Deze factoren bij elkaar versterken de neiging/noodzaak om een onbetaalde WEP te accepteren.

WERKERVERINGSPEL Bij een onbetaalde WEP moet er voor gewaakt worden dat dit niet als een verkapte manier van goedkope

arbeidskracht wordt ingezet. Het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP, z.d.) beaamt dit op haar website. Een WEP kan worden gezien als een kans om een kijkje te nemen in het werkveld en om mee te kijken met een ervaren hulpverlener. Om uitbuiting te voorkomen zijn het NIP en NVO (Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen) in gesprek gegaan met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (NIP en NVO, z.d.). Helaas waren deze afspraken enkel gericht op het creëren van bewustzijn en zijn er nog steeds geen regels waar men bij een WEP aan gehouden kan worden. Zaken die worden genoemd waarop moet worden gelet bij het aangaan van een WEP zijn: 1) er is uitzicht op een betaalde baan; 2) taken zijn leerzaam en passend voor je ontwikkeling en 3) er worden leerdoelen opgesteld en geëvalueerd.

Ondanks dat door dergelijke richtlijnen de positie van startende psychologen hopelijk iets verbetert, lijkt de WEP toch een verlengde te zijn van een stage. Bovendien is het niet voor alle net afgestudeerden financieel haalbaar om een WEP aan te kunnen gaan. Eerdere aansluiting op het werkveld voor psychologiestudenten is dan ook wenselijk.

OVERHEIDSOPLOSSINGEN

WACHTLIJSTEN De moeilijkheid voor starters in de ggz is niet te wijten aan een gebrek aan potentiële cliënten. In 2017 verscheen met regelmaat een nieuw bericht in de media wat dit benadrukte. In deze berichten kwamen voornamelijk de lange wachtlijsten, de toename aan stress en burn-outklachten bij met name millennials (mensen geboren tussen 1980 en 2000) en het toenemend aantal verwarde mensen op straat aan bod.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport erkende het onwenselijke bestaan van lange wachtlijsten, en zij bracht in juli 2017 een rapport (vws, 2017) uit met daarin harde afspraken, met onder andere GGZ Nederland en zorgverzekeraars, om de groeiende wachtlijsten aan te pakken. Behandeltrajecten van licht psychische klachten moesten korter worden, zodat er meer ruimte zou komen voor mensen met zware psychische problematiek.

In december 2017 verscheen er evenwel een voortgangsrapport (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017), waaruit bleek dat het probleem van de groeiende wachtlijsten zeer complex is en dat er vooralsnog geen veranderingen in wachttijden zichtbaar zijn. Zo werd

Het lezen over een bepaalde stoornis doet onvoldoende recht aan het beeld van hoe het is om daadwerkelijk begeleiding te geven aan mensen met deze stoornis

Eerdere aansluiting op het werkveld voor psychologiestudenten is wenselijk

aangegeven dat de oorzaken van lange wachttijden divers zijn en dat deze zijn toe te schrijven aan verschillende partijen binnen de zorg. De oplossingen zullen daarom ook vanuit verschillende partijen moeten komen. Samenwerking tussen verschillende partijen is hierbij essentieel. Als deel van het probleem wordt ook over een personeelstekort gesproken in verschillende beroepsgroepen binnen de ggz. Hiervoor is extra geld beschikbaar gesteld door de minister van vws. Hierbij gaat het echter om opleidingsplaatsen voor specialistische beroepen binnen de ggz en is er nog steeds geen ruimte voor pas afgestudeerde psychologen. Doordat veel medewerkers die zich al bewezen hebben binnen het werkveld van ggz in opleiding gaan, ontstaat er nog minder ruimte binnen instellingen voor het opleiden van pas afgestudeerden. Door de afspraken wordt het dus alleen maar moeilijker om het werkveld te betreden en kunnen instellingen alleen maar vissen in de te kleine vijver van deskundigen. Dit terwijl veel afgestudeerden staan te popelen om aan de slag te gaan in de ggz.

Tevens kunnen er vraagtekens worden gezet bij de gemaakte afspraken, als er kritisch naar prevalentiecijfers wordt gekeken. De vraag naar psychische hulpverlening is namelijk erg groot en het

is maar de vraag of er de nadruk moet worden gelegd op zware psychische klachten. Uit onderzoek van GGD Amsterdam blijkt dat in 2016 48,8% van de inwoners van negentien jaar en ouder kampte met matig ernstige tot ernstige psychische klachten. Van de volwassen mensen met psychische klachten krijgt 33,8% op jaarbasis enige vorm van hulp (Trimbos-instituut; Verbeek, Knipsel en Nuijen, 2015). Dit betekent dat ongeveer twee derde van de mensen die psychische hulp behoeft, deze niet ontvangt. Dit zijn schrikbarende cijfers en wijst wederom op een enorm gat tussen de vraag en het aanbod van de zorg. Daarbij komt nog dat het gemiddeld negen jaar duurt voordat iemand met psychische klachten hulp zoekt voor zijn problemen, volgens het eerder aangehaalde rapport van het Trimbos-instituut. Blijkbaar is het nog een enorme drempel te erkennen dat psychische hulp nodig is. Als mensen zover zijn om hier hulp voor te zoeken, belanden zij veelal op een wachtlijst. Het is wenselijk dat mensen worden gestimuleerd in een vroeger stadium aan hun klachten te werken.

BOUWEN AAN EEN OPLOSSING

Het niet tijdig aanpakken van psychische problemen lijkt enkele

aanwijsbare redenen te hebben. Dit zijn hoge kosten voor psychische hulp, onderschatting van de eigen klachten en stigma's rondom psychische hulp (De Graaf, Tuithof & Van Dorsselaer, 2011). Over de problemen rondom het uitstellen van psychische zorg en problemen bij het betreden van de arbeidsmarkt voor basispsychologen is nagedacht door 'De Nationale DenkTank'. De Nationale DenkTank, een stichting die jaarlijks nadenkt over een urgente maatschappelijke kwestie, was in 2013 namelijk gericht op uitdagingen in het Nederlandse zorgstelsel. In het eindrapport van dat jaar schreef zij: 'Miljoenen Nederlanders kampen met psychische problemen. De drempel om professionele hulp te zoeken is dikwijls hoog door angst voor stigmatisering en het hoge prijskaartje. Het niet tijdig aanpakken van deze klachten leidt echter vaak tot een lagere kwaliteit van leven en een verlaagde arbeidsproductiviteit' (Nationale DenkTank p.33).

De leden van de Nationale DenkTank brachten een duidelijke boodschap: er moet iets gaan veranderen in de huidige psychische hulpverlening. Op basis van dit rapport is Stichting De Advieswinkel ontstaan met als doel: laagdrempelige psychische hulp aanbieden en de doorstroom van psychologiestudenten naar de arbeidsmarkt vergroten. In 2014 opende De Advieswinkel haar deuren in Amsterdam-Oost. Door het aanbieden van gratis, anonieme en vrijblijvende consulten, werd er een plek gecreëerd waar

bezoekers laagdrempelig om hulp kunnen vragen.

Masterstudenten psychologie, net afgestudeerde basispsychologen en gz-psychologen werken op vrijwillige basis in de organisatie van De Advieswinkel en onderhouden de contacten met haar bezoekers. Bezoekers kunnen er met diverse hulpvragen terecht, waaronder vragen rondom stressklachten, somberheid, angst, piekeren en wegwijs in de ggz. De gesprekken in De Advieswinkel worden geleid door vergevorderde psychologiestudenten (psycholoog-vrijwilligers) die op hun beurt ervaring opdoen met professionele gespreksvoering. De kwaliteit van de hulpverlening wordt gewaarborgd middels een uitgebreide training voordat de psycholoog-vrijwilligers aan de slag gaan en middels intervisie, supervisie en thema-avonden. De psycholoog-vrijwilligers werken volgens het 5-fasen-model (Fukkink & Hermanns, 2007), waardoor zij gestructureerd en doelgericht te werk leren gaan. Dit model stimuleert om kleine (deel) problemen aan te pakken, waardoor uitvoering hiervan voor bezoekers zeer haalbaar en laagdrempelig is. Tijdens supervisie en intervisie kunnen de psycholoog-vrijwilligers met gz-psychologen en klinisch psychologen, en met elkaar, reflecteren op de gesprekken die zij gevoerd hebben. Hier krijgen de psycholoog-vrijwilligers handvaten aangereikt om hun gespreksvoering nog meer te verbeteren. Met deze werkwijzen beoogt De Advieswinkel allereerst een kwetsbare groep te bereiken van

mensen die wel tegen problemen aanlopen, maar die niet tijdig hulp zoeken.

De Advieswinkel gaat dus preventief te werk door problemen in een vroeg stadium aan te pakken. Hierdoor wordt getracht kleinere problemen ook daadwerkelijk klein te houden. Hierbij wordt uitgegaan van het idee dat ieder individu zelfstandig kan nadenken en oplossingen kan bedenken voor zijn of haar probleem. Anderzijds krijgen psychologiestudenten nog voor de studie is afgerond de kans waardevolle werkervaring op te doen. Anders dan bij menig wew is de werklust van De Advieswinkel goed te combineren met betaald werk en studie. De Advieswinkel zorgt ervoor dat psychologiestudenten meer voorbereid de

arbeidsmarkt kunnen betreden en dit maakt hen dan ook interessanter voor ggz-werkgevers. Zo biedt De Advieswinkel de studenten een eerste stap naar de arbeidsmarkt. Bovendien maken de studenten gebruik van het netwerk waarvan De Advieswinkel deel uitmaakt. Zo creëert De Advieswinkel een plek waarin vergevorderde psychologiestudenten kennis kunnen maken met diverse aspecten van het werkveld waarin zij zich later willen begeven.

CONCLUSIE

Alles overziend zijn er diverse forse problemen die het voor startende psychologen moeilijk maken om in de ggz aan de slag te gaan. Zo zijn er problemen wat betreft de aansluiting van de opleiding psychologie op wat er





qua vaardigheden van basispsychologen wordt verwacht in het werkveld, en is het voor studenten niet duidelijk welke richting zij na het voltooien van hun studie kunnen of zelfs willen ingaan. Vanuit werkgevers wordt er (te) veel verwacht wat betreft zelfstandigheid in het uitvoeren van diagnostiek en behandeling. Door dit soort scheefgroei is er nog steeds een enorme stijging in het aantal werkervaringsplekken, die ondanks aanbevelingen van het NIP, niet altijd voor een betere arbeidspositie zorgen.

Hoewel er plannen worden gemaakt vanuit het ministerie van vws om wachtlijsten in de ggz terug te dringen, wordt in deze plannen vreemd genoeg niet gerekend op de inzet van pas afgestudeerde psychologen. Er wordt alleen geld vrij gemaakt voor opleidingsplaatsen voor specialistische zorg. De aandacht gaat uit naar zware psychische klachten, terwijl het belang van preventie onderbelicht blijft.

Om net afgestudeerde psychologen makkelijker aan het werk te krijgen zou er idealiter binnen de opleiding psychologie meer aandacht moeten komen voor praktische vaardigheden voor het uitvoeren van het werk in de ggz. Daarnaast zouden psychologiestudenten de mogelijkheid moeten krijgen om met meer werkrichtingen in aanraking te komen tijdens de studie. Hoewel aansluiting op de praktijk bij menig universiteit hoog op de agenda staat, kost het tot stand brengen van dergelijke veranderingen veel tijd.

Om psychologiestudenten nu toch al de kans te geven meer praktijkervaring op te doen, en zodoende hun positie op de arbeidsmarkt te verbeteren, is een initiatief als De Advieswinkel opgericht. Tegelijkertijd probeert De Advieswinkel een rol te spelen

in de vroeg-detectie en aanpak van lichte psychische klachten door laagdrempelig en kosteloos zorg aan te bieden. Zo probeert De Advieswinkel haar steentje bij te dragen in het ontstane gat tussen de studie psychologie en de ggz. Helaas kan De Advieswinkel maar voor enkele studenten een plekje bieden. Vrijwilligers van De Advieswinkel menen dat het gat tussen studie en werk in de ggz uiteindelijk volledig gedicht zou moeten worden.

OVER DE AUTEURS

Nathalie Heijkoop, Msc, is Voorzitter stichting De Advieswinkel. E-mail: Voorzitter@de-advieswinkel.nl.
Carina Post, Msc, is Secretaris stichting De Advieswinkel. E-mail: secretaris@de-advieswinkel.nl. Tristan Renkema, Msc, is Penningmeester stichting De Advieswinkel. E-mail: penningmeester@de-advieswinkel.nl.

Literatuur

Fukkink, R. G. & Hermanns, J. M. A. (2007). *Ervaringen met de Kindertelefoon: een vergelijking tussen de ondersteuning bij de chat en de telefoon*. SCO-Kohnstamm Instituut.
De Graaf, R., Tuijthof, M., Van Dorsselaer, S. & ten Have, M. (2011). Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2) [Absence due to psychological and somatic disorders in the working population. Results of the 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2' (NEMESIS-2)]. Utrecht: Trimbos-instituut.
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS; 2017). *Stevige afspraken Schippers en sector tegen GGZ-wachtlijsten*. Geraadpleegd op 16 februari 2018, van <https://tinyurl.com/yaaev99>

Nationale DenkTank. (2013). *Uitgedokterd. 10 oplossingen voor veerkrachtszorg*. Eindrapport 2013 de Nationale DenkTank. Nederlands Instituut voor Psychologen (z.d.). *Werkervaringsplaatsen*. Geraadpleegd op 18 februari 2018, van <https://www.psynip.nl>
Nederlands Instituut voor Psychologen en Nederlandse Vereniging van Pedagogogen en Onderwijskundigen (z.d.). *Handreiking werkervaringsplaatsen voor psychologen en pedagogogen*. Geraadpleegd op 18 februari 2018, van <https://tinyurl.com/ydhehel3>
Nederlandse Zorgautoriteit. (2017). *Voortgangsrapportage in de ggz*. Geraadpleegd op 18 februari 2018, van <https://tinyurl.com/y9gdhql>
Veerbeek M., Knispel, A. & Nuijen, J. (2015). *GGZ in tabellen 2013-2014*. Trimbos-instituut.



REACTIE

Nathalie Heijkoop, Carina Post en Tristan Renkema beschrijven de moeizame weg die psychologen moeten bewandelen om aan de slag te komen. Zij stellen dat een deel van de oorzaak ligt bij de gebrekkige aansluiting tussen de psychologie-opleidingen en de eisen van de ggz-instellingen waar zij aan de slag gaan. Middels De Advieswinkel, een plek waar studenten op vrijwillige basis laagdrempelig advies geven, willen zij deze aansluiting verbeteren. De weg naar de arbeidsmarkt voor psychologen kan inderdaad soms ingewikkeld en kronkelig zijn, tegelijkertijd is er op de analyse van de oprichters van De Advieswinkel wel een en ander af te dingen.

Ten eerste ontbreken er cijfers over hoe het nu staat met de toegang tot de arbeidsmarkt van afgestudeerde psychologen. Het voornaamste cijfer dat hier relevant is, is het percentage van afgestudeerden met een baan op niveau anderhalf jaar na afstuderen in de master; voor psychologen is dat percentage 55% (zie bijvoorbeeld de jaarlijkse rapporten Studie en Werk van SEO Economisch Onderzoek of informatie op <https://www.studiekeuze123.nl/>). Op zichzelf zegt dat cijfer niet zoveel, het krijgt betekenis in vergelijking met de cijfers van andere opleidingen. Het beeld is als volgt: technisch/beta

en medisch opgeleiden doen het goed (70% voor bijvoorbeeld kunstmatige intelligentie, bijna 100% voor medisch opgeleiden); gamma-opleidingen doen het minder goed op de arbeidsmarkt en dat geldt nog veel sterker voor de alfa-opleidingen (20% is geen uitzondering). Binnen de gamma-opleidingen geldt dat psychologen de beste baankansen hebben en die kansen zijn vergelijkbaar met andere grote/populaire opleidingen zoals rechten en economie die ook beide op de 55% zitten. Met andere woorden: de toegang tot de arbeidsmarkt voor veel academisch opgeleiden is niet eenvoudig en vanzelfsprekend maar psychologen doen het vergelijken-derwijs behoorlijk goed.

Ten tweede, de geschetste paradoxale situatie dat het voor basispsychologen moeilijk is om werk te vinden in de ggz terwijl de vraag naar psychische hulpverlening onverminderd hoog is, herkennen wij ook. Wel is het zo dat slechts een minderheid van onze studenten uiteindelijk in de klinische master programma's terechtkomt: de psychologie is een veelzijdig vak en psychologen komen ook op heel veel andere plekken terecht dan in de ggz.

Ten derde betogen Heijkoop c.s. dat de aansluiting tussen opleiding en arbeidsmarkt inhoudelijk evenmin optimaal is. Onze bachelor- en master-opleidingen hebben expliciet tot doel om scientist-practitioners op te leiden. Dat betekent dat we voortdurend

een balans moeten zoeken tussen het leggen van een theoretische fundamenteel en het bijbrengen van allerhande praktische (beroeps-) vaardigheden. Binnen het huidige stelsel van eenjarige masterprogramma's betekent dat dat er ruimte is voor een stage van circa zes maanden. De sleutel voor betere aansluiting tussen opleidingen en klinische arbeidsmarkt ligt bij de driehoek van opleidingen, instellingen en ministerie. Stages of werkervaringsplaatsen, al dan niet vrijwillig, bij bijvoorbeeld de Advieswinkel, kunnen voor studenten en pas-afgestudeerden een interessante manier zijn om meer ervaring op te doen. Maar ze ondermijnen wel het principe dat er tegenover verrichtte werkzaamheden ook een gepaste beloning zou moeten staan. Als deze werkervaringsplekken daadwerkelijk alleen een opleidingsdoel dienen zouden ze onder controle moeten staan van de daartoe aangewezen opleidingsinstituten. Dat is nu niet het geval. Graag ga ik met betreffende partijen het gesprek aan om verandering in deze situatie te brengen.

OVER DE AUTEUR

*Dr. Ingmar Visser is onderwijsdirecteur bij de afdeling psychologie aan de Universiteit van Amsterdam en tevens universitair hoofddocent Ontwikkelingspsychologie.
E-mail: i.visser@uva.nl.*

JUNIOR – MARLOES KRÜTER

Toen ik jong was, leek archeoloog worden me wel wat. Op latere leeftijd ben ik criminaliteit interessant gaan vinden, omdat ik niet kon begrijpen wat misdadigers beweegt. Aanvankelijk kwam ik in mijn studiekeuze uit bij rechten. Maar na een paar maanden wist ik dat het niets voor mij was, want ik wilde vooral weten waarom iemand iets gedaan had.

Daarom switchte ik naar psychologie. Vanaf dag één vond ik het erg leuk, vooral het forensische gedeelte. Tegen de tijd dat ik de master Psychology and Law had afgerond, had ik nog geen cliënt gezien. Ik wilde praktijkervaring, dus studeerde ik verder. Ik kon vrij soepel de master Mental Health erachteraan doen, inclusief een stage van negen maanden.

Die stage deed ik als basispsycholoog in een instelling voor verslavingszorg. Heel interessant, want mensen worden niet wakker op een dag en denken: zoek het maar uit, ik ga drugs gebruiken. Meestal speelt er een heel verhaal achter. Die puzzelstukjes bij elkaar zoeken, daar had ik plezier in.

Na mijn stage vond ik een functie als woonbegeleider van onder andere gedetineerden, maar behandelen was er niet bij. Daarom was mijn volgende stap een werkervaringsplek als basispsycholoog binnen een verslavingsinstelling. Helaas ging die na drie maanden failliet.

KLEINE SIGNALEN

Ik vond een baan als sociotherapeut in tbs-kliniek De Voorde in Amersfoort. Ik werkte er op een long care-afdeling voor mensen met chronische problematiek, zoals schizofrenie. De meeste patiënten

hadden meerdere diagnoses en de kans was niet heel groot dat ze snel weer terug de maatschappij in konden. Er zaten mensen die een gevaar waren voor anderen, maar ook mensen die meer een bedreiging voor zichzelf vormden. Die twee groepen zaten bij elkaar op de afdeling.

Het was wennen om daar rond te lopen. Zeker de eerste maand was ik alerter. Het is belangrijk om niet alleen het delict te zien. Uiteindelijk heb je te doen met mensen en moet je ze proberen te begrijpen. Ze hebben vaak een leven geleid waar hun (mis)dadens min of meer uit voortkomen.

In zo'n kliniek zijn heel veel checks, alles draait om veiligheid. Je werkt er nauwer samen met je collega's dan waar dan ook. Je staat met z'n tweeën op een afdeling en hebt ongeveer twaalf patiënten onder je hoede. Daarom is het ook zo belangrijk om goed samen te werken en situaties in te kunnen schatten. Om gevaarlijke situaties voor te zijn, leer je bewust te worden van kleine signalen. Bijvoorbeeld als iemand 's ochtends meer moeite heeft met opstaan, of gaat vervuilen, als zijn kamer rommelig wordt en hij niet meer gaat douchen. Of als hij ongepaste opmerkingen gaat maken. Het is belangrijk hem te blijven behandelen als mens, te kijken hoeveel verantwoordelijkheid je iemand kan geven. Want als je iets samen maakt, kun je iemand ook op zijn of haar afspraken aanspreken.

INGESLOTEN

Ik heb me één keer bedreigd gevoeld. Ik stond alleen in de gemeenschappelijke



ruimte en een man werd boos over het eten. Hij stond tegenover me te schreeuwen. Andere patiënten bleven eromheen staan, sommigen hadden vast ingegrepen als er iets was gebeurd, maar dat weet je nooit zeker. Ik ben in contact gebleven en heb hem uiteindelijk naar zijn kamer gekregen, waar ik hem ingesloten heb. Wat ik ervan geleerd heb? Dat ik misschien wel stressbestendiger was dan ik dacht, omdat ik dit soort incidenten in goede banen wist te leiden.

Na een jaar bij De Voorde begon echter het besef in te dalen dat dit werk me niet genoeg voldoening gaf. Ik hou ervan als je met een cliënt behandeldoelen kan stellen en stappen kan zetten. Dat was niet mogelijk binnen deze setting, door de problematiek ligt de focus meer op kleine



FOTO: STIJN RADEMAKER

‘Ik was juist aangenomen omdat ik me kwetsbaar opstelde’

stapjes. Na een jaar ben ik in goed overleg gestopt.

THUISKOMEN

Via een oud-collega belandde ik ergens waar ik wel echt aan de slag kon met cliënten, als psycholoog-NIP bij een revalidatiecentrum voor mensen met psychosomatische klachten. Ik had een sollicitatiebrief gestuurd waarin ik heel transparant over mezelf was: dat ik bij De Voorde erachter kwam dat de forensische zorg niks voor mij was, en dat ik dus op zoek was naar iets anders. Achteraf zei mijn leidinggevende dat

ze me juist hadden aangenomen omdat ik me kwetsbaar had opgesteld, wat voor hen aangaf dat ik dat durfde, dat ik dicht bij mezelf sta. Dat moet je ook uitstralen naar cliënten.

Eindelijk werkte ik echt als psycholoog! Ik zat niet alleen tegenover cliënten aan tafel maar ging ook met ze sporten. Ik kon echt stappen maken met mensen. De cliënten waren gemotiveerd, wat ook voor mij aanstekelijk werkte. Het mooiste is het als een cliënt zelf vooruitgang opmerkt en vertelt dat hij beter in zijn vel zit, daar doe je het uiteindelijk voor. Maar

wegens financiële redenen binnen die organisatie kon ik er helaas niet blijven

Mijn volgende werkgever was een relatief kleine instelling voor cliënten in de generalistische basis-ggz of in de specialistische ggz. Hierdoor zag ik veel verschillende problematiek en dat veelzijdige vond ik erg leuk. Helaas ging ook dat bedrijf failliet, dat begon wel een beetje de rode draad van mijn loopbaan te worden. Ik besloot toen alleen nog op functies te solliciteren die me echt aanspreken en waar ik ook uitzicht heb op een gz-opleidingsplaats.

En dat wierp vruchten af. Per 13 augustus ben ik aan de slag gegaan als basispsycholoog in de generalistische basiszorg bij Indigo Woerden. Een leuke nieuwe uitdaging!

EEN INSTRUMENT

PERSOONLIJKHEID IN DRIE PERSPECTIEVEN

Wim Hofstee, Ineke Mosterman, Jolijn Hendriks, Henk Kiers en Frank Brokken hebben een nieuw instrument ontwikkeld ten dienste van de psychologische beroepspraktijk: de 3PPQ, die dient voor het bepalen van persoonlijkheidspercepties in sociaal verband. De 3PPQ is vrij te gebruiken door psychologen NIP.

De Drie Perspectieven Persoonlijkheids Questionnaire (3PPQ) is een instrument

voor het in kaart brengen van:

- het perspectief van de *cliënt* op diens persoonlijkheidseigenschappen, zoals gebruikelijk bij persoonlijkheidsvragenlijsten;
- het perspectief van *anderen* die de cliënt goed kennen, op diezelfde eigenschappen, zoals bijvoorbeeld via de Five Factor Personality Inventory (FFPI-II, Hendriks et al., 2011; zie ook

- Mosterman & Hendriks, 2011);
- en specifiek: het *metaperspectief* van de cliënt, dat wil zeggen diens inschatting van het anderenperspectief (zie bijv. Carlson & Oltmanns, 2015).

De 3PPQ dient om de individuele cliënt te attenderen op eventuele discrepanties tussen de perspectieven, speciaal metaperspectief en anderenperspectief. Zulke discrepanties wijzen op mogelijke fricties in de relatie tussen de cliënt en diens sociale omgeving. De veronderstelling daarbij is dat de cliënt door inzicht in die

discrepanties, en door vorming van een realistischer metaperspectief, beter in staat is de relatie met die omgeving te hanteren.

Uitspraken over iemands persoonlijkheid zijn onvermijdelijk evaluatief. Confrontatie met andermans beoordelingen kan daarom in eerste instantie een negatieve ervaring zijn. Het vereist professioneel-psychologische expertise om te beslissen of toepassing van de 3PPQ in een concrete casus überhaupt in aanmerking komt, en zo ja, om het gesprek over de uitkomsten in constructieve banen te leiden. De

3PPQ is daarom bestemd voor psychologen die gebonden zijn aan relevante artikelen uit hun beroepscode.

De 3PPQ bestaat uit een betrekkelijk korte persoonlijkheidsvragenlijst in drie versies, een scoringsprogramma, en een rapportagemodule. De online implementatie, tevens geschikt voor schriftelijke afname, is te vinden onder <https://3ppq.nl>, auteurs: Brokken & Hofstee.

Vragenlijst Uit de itemverzameling die ten grondslag lag aan de constructie van de FFPI (Hendriks, 1997) zijn voor de 3PPQ items geselecteerd met een lage zelf-ander correlatie (in tegenstelling tot de FFPI waar het accent ligt op hoge overeenstemming). Met het oog op aansluiting bij de big-five structuur zijn de items maximaal gespreid over de segmenten van de Abridged Big Five Circumplex taxonomie (Hofstee, De Raad, & Goldberg, 1992) waarin ze waren ingedeeld. Aanvullende criteria bij de itemselectie waren (a) hoge begrijpelijkheid, zoals destijds beoordeeld door vmbo-studenten en (b) vermijden van extreem sociaal onwenselijke items, die hoofdverantwoordelijk zijn voor response sets (Hofstee, 2010). De vragenlijst bestaat aldus uit 42 items.

De antwoordinstructie voor de drie versies luidt: *Deze vragenlijst gaat over hoe u bent (hoe anderen vinden dat u bent / hoe <naam> is), bijvoorbeeld:*

Bent u (Vinden anderen u / is <naam>) iemand die:

- makkelijk vrienden maakt?

ja O-----O-----O-----O nee

De cliënt vult de zelf- en vervolgens de metaversie van de 3PPQ in. De door de cliënt gevraagde drie anderen, aan wie van tevoren is verzekerd dat zij anoniem zullen blijven en dat alleen het gemiddelde van hun beoordelingen met de cliënt zal worden besproken, krijgen de anderversie om in te vullen.

SCORING De itemantwoorden worden gescoord op de biproportionele schaal (Hofstee & Ten Berge, 2004), dus als [1, .5, 0, -.5, -1]. De Algemene Persoonlijkheidsfactor (APF), waarvan de relevantie in de perspectivische context is aangetoond door Mosterman (2013), is de eerste principale component van de ruwe itemscores. De big-five scores (hier: Spontaan vs. Teruggetrokken, Mild vs. Ontoegankelijk, Voorspelbaar vs. Onvoorspelbaar, Onverstoorbaar vs. Instabiel, en Kritisch vs. Onkritisch) zijn eveneens gewogen sommen van de itemscores. De gewichten zijn gebaseerd op Hendriks' (1997) onderzoek naar de structuur van de FFPI. Voor elk van de factoren zijn de gewichten w genormeerd op $\sum |w| = 1$, zodat de schaa scores op dezelfde biproportionele schaal staan als de itemscores.

RAPPORTAGE De keuze voor rapportage in biproportionele termen, in plaats van de gebruikelijke relatieve schaal, is primair gebaseerd op de overweging dat persoonlijkheidseigenschappen bipolair worden verstaan, en dat dus het middelpunt van de schaal een nulpunt is waarbij de eigenschap omslaat in zijn tegenstelling. Aangezien de gemiddelde persoon,

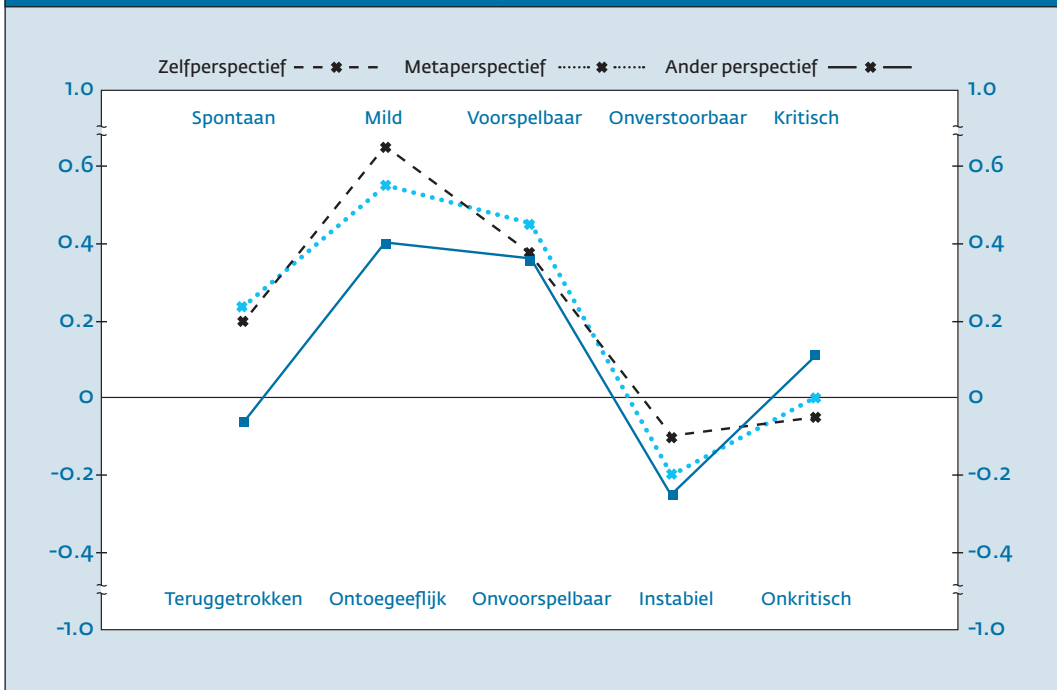
ongeacht of het zelf- of anderoordelen betreft, aan de positieve kant scoort, heeft scoring ten opzichte van het populatiegemiddelde het oneigenlijk effect dat bijvoorbeeld een matig vriendelijke persoon als onvriendelijk wordt afgeschilderd (voor een uitgebreide argumentatie, zie Hofstee & Hendriks, 1998). De bipolaire schaal voorkomt dat.

De keuze voor een begrensde, [-1,...+1] schaal is gebaseerd op de overweging dat rapportage in termen van standaarddeviaties ten opzichte van het middelpunt kan leiden tot onwaarschijnlijk hoge scores. De begrensde, biproportionele schaal valt te interpreteren als een kans- of frekwentiesaldo: een score van bijvoorbeeld +0,2 betekent dan dat de persoon zich in 60% van de voorkomende gevallen vriendelijk en in 40% onvriendelijk gedraagt (zie Hofstee & Ten Berge, 2004).

Voor het gesprek met de cliënt worden de drie scoreprofielen op de big-five schalen samen weergegeven in een grafiek zoals op de volgende pagina.

INTERPRETATIE De professionele interpretatie, in interactie met de cliënt, focust op discrepanties tussen meta- en anderenperspectief, met op de achtergrond het zelfperspectief. Het doel is stimulering van reflectie door de cliënt op de aard en de richting, positief of negatief, van die discrepanties, en op de betekenis ervan voor de relatie tot diens sociale omgeving. De interpretatie heeft drie niveaus: (1) de APF, die geen specifieke inhoudelijke interpretatie toelaat, maar meer of minder positief (en bij uitzonde-

FIGUUR 1. PREVALENTIE VAN 'BURN-OUT' 2007-2016



trouwbaarheid van de schalen voorop staan, komen langere vragenlijsten zoals de FFFI eerder in aanmerking.

OVER DE AUTEURS

Wim Hofstee is emeritus-hoogleraar Psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. E-mail: w.k.b.hofstee@rug.nl. Ineke Mosterman is vrijgevestigd klinisch psycholoog-psychotherapeut in Zwolle.

E-mail: i.mosterman@psychologen-praktijkelf.nl. Jolijn Hendriks is assistent professor in Psychology/Psychometrics aan de London School of Hygiene & Tropical Medicine. E-mail: jolijn.hendriks@planet.nl. Henk Kiers is hoogleraar Methoden en Technieken van Gegevensverwerking bij de afdeling Psychologie van de Rijksuniversiteit Groningen. E-mail: h.a.l.kiers@rug.nl. Frank B. Brokken is docent informatica, verbonden aan de Rijksuniversiteit Groningen. E-mail: f.b.brokken@rug.nl.

ring negatief) kan zijn; (2) de big-five scores, met op de achtergrond de items met een relatief hoog gewicht die nadere inhoud leveren; en (3) de items zelf, met het oog op sterke discrepanties tussen de perspectieven in een bepaald itemprofiel.

BEPERKINGEN VAN DE 3PPQ De 3PPQ is niet bedoeld voor onderzoek van een cliëntsysteem, waarbij naast de cliënt ook de anderen als voorwerp van onderzoek fun-

geren en dus ook hun metapercepties zouden worden opgevraagd. Dat zou afbreuk doen aan hun rol als anonieme en verwisselbare informant. Om diezelfde reden is het ook niet de bedoeling te focussen op onderlinge verschillen in de percepties van de anderen. Aan de orde is wat daar gemeenschappelijk aan is.

Voor persoonlijkheids-diagnostische doeleinden, waarbij juist hoge overeenstemming tussen beoordelaars en hoge alpha-be-

Literatuur

- Carlson, E.N. & Oltmanns, T.F. (2015). The Role of Metaperception in Personality Disorders: Do People with Personality Problems Know How Others Experience Their Personality? *Journal of Personality Disorders*, 29, 449-467.
- Hendriks, A.A.J. (1997). *The construction of the Five-Factor Personality Inventory (FFPI)*. Dissertatie, Rijksuniversiteit Groningen.
- Hendriks, A.A.J., Hofstee, W.K.B., & De Raad, B. (2011). *Five-Factor Personality Inventory II (FFPI-II)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hofstee, W.K.B. (2010). Litotes response set. Notitie, DOI: 10.13140/RG.2.2.20965.29922.
- Hofstee, W.K.B., De Raad, B. & Goldberg, L.R. (1992). Integration of the Big Five and circumplex approaches to trait structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 146-163.
- Hofstee, W.K.B. & Hendriks, A.A.J. (1998). The use of scores anchored at the scale midpoint in reporting individuals' traits. *European Journal of Personality*, 12, 219-228.
- Hofstee, W.K.B. & Ten Berge, J.M.F. (2004). Personality in proportion: A bipolar metric for personality assessment, and its consequences for trait structure. *Journal of Personality Assessment*, 83, 120-127.
- Mosterman, R.M. (2013). Normal People in Clinical Practice: A General Factor of Personality in Biproportional Scaling and Its Practical Relevance. *Journal of Personality Assessment*, 95, 13-25.
- Mosterman, R.M. & Hendriks, A.A.J. (2011). Self-other Disagreement in Personality Assessment: Significance and Prognostic Value. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 159-171.



APANTA-ACADEMY: NÉT EVEN ANDERS

*“KWALITEIT, KLEINSCHALIGHEID &
EEN PERSOONLIJKE AANPAK
STAAN CENTRAAL”*



Meer informatie?

Neem vrijblijvend
contact op via
info@apanta-academy.nl
of 040-2545759.

Apanta-academy - hét opleidingsinstituut voor Persoonsgerichte Experientiële Psychotherapie & Emotion Focused Therapy

Steeds vaker wordt binnen diverse therapiestromingen onderkend dat de therapeutische relatie en experiëntieel werken essentiële aspecten zijn van een geslaagde behandeling. Dit is bij uitstek het gedachtegoed van de Persoonsgerichte Experientiële Psychotherapie en Emotion Focused Therapy (EFT): deze aspecten worden niet slechts als een voorwaarde gezien, maar juist als dé werkende en helende aspecten binnen het therapeutisch contact. Empathie, onvoorwaardelijke acceptatie, echtheid en 'presency' zijn centrale begrippen en essentiële vaardigheden om experiëntieel te kunnen werken en een helende relatie op te bouwen. Beide opleidingen liggen in elkaars verlengde: ze zijn apart te volgen of te combineren.

“KIJK NAAR DE PERSOON, NIET ALLEEN NAAR ZIJN KLACHT”

Persoonsgerichte Experientiële Psychotherapie

VPEP-erkende opleiding

Persoonsgerichte Experientiële Psychotherapie, is een evidence based methode waarin de persoon centraal staat en die gericht is op groei en ontwikkeling. Vanuit de drie basiscondities empathie, echtheid en onvoorwaardelijke acceptatie leer je jezelf in te zetten als instrument, een helende relatie op te bouwen en procesgericht en experiëntieel te werken.

Basisopleiding

Start jaarlijks in januari (7 dagen)

Voortgezette opleiding

Start jaarlijks in september (7 dagen)

Inclusief 2-daagse Masterclass Focusing (ook los te volgen)

Specialisatie

EFT level I geldt binnen de VPEP als erkende specialisatie

Masterclass Focusing

Deze masterclass wordt meerdere keren per jaar gegeven. Vanwege grote belangstelling, werken we met wachtlijsten waar u zich vrijblijvend voor kunt inschrijven.

Kijk voor meer informatie op onze website.

Emotion Focused Therapy (EFT) for Individuals

Door ISEFT internationaal erkende opleiding

EFT is een evidence based behandeling ontwikkeld door Greenberg, Elliot, Watson en Goldman. Experientiële Psychotherapie en Gestalttherapie worden geïntegreerd en vernieuwd met de hedendaagse psychologische kennis, met name de emotietheorieën. Kenmerkend voor EFT zijn een hoge mate van procesdirectiviteit en het werken met processtaken bij gestagneerde processen, het zogenaamde stoelenwerk.

EFT level I - Jeanne Watson

10 t/m 13 oktober 2018 (4 dagen)

De data voor 2019 volgen z.s.m. op onze website

EFT level II - Robert Elliott, Jeanne Watson & Juliette Becking

Drie modules: 18 t/m 20 februari, 16 t/m 18 mei en 3 t/m 5 juni 2019 (9 dagen), waaronder de Masterclass Empathy & Empathic Attunement

EFT level III - Juliette Becking

Start 11 januari 2019 (10 dagen), waaronder de 2-daagse Masterclass Focusing

Los te volgen modules & masterclasses EFT

- **EFT for Complex Trauma**
15 en 16 maart 2019 (2 dagen) door Antonio Pascual Leone
- **Empathy & Empathic Attunement**
16 t/m 18 mei 2019 (3 dagen) door Jeanne Watson
- **EFT for Social Anxiety**
6 en 7 juni 2019 (2 dagen), door Robert Elliott

BIJEENKOMST

EEN NIEUW BEGRIJPEN

PSYCHOANALYSE EN
NEUROWETENSCHAP SLAAN
HANDEN INEEN

Nog geen vijf minuten binnen en al getrakteerd op een mooie uitspraak: 'Wanneer de eilanden van kennis groeien, groeien ook de stranden van onwetendheid'. En een leestip: *Reading Freud* van Jean-Michel Quinodoz. Het middagsymposium Neuropsychoanalyse: onderzoek en praktijk belooft een inspirerende bijeenkomst te worden.



Tijdens dit symposium worden de resultaten gepresenteerd van de eerste twee onderzoeken die gefinancierd zijn door het Neuropsychoanalyse Fonds, dat in 2012 tot stand is gekomen dankzij bioloog in rust Frits Bienfait. Het fonds heeft als doel het stimuleren en ondersteunen van wetenschappelijk onderzoek naar wat zich in het menselijk brein



FOTO: SANNAZ PHOTOGRAPHY

Vlnr: Henk Smid (directeur ZonMw), Frits Bienfait (financier fonds Neuropsychoanalyse) en Jeroen Geurts (voorzitter ZonMw)

afspeelt, in samenwerkingsverbanden van psychoanalytici met onderzoekers in experimenteel georiënteerde disciplines. In het onderzoek wordt kennis en theorie op het grensgebied van psychoanalyse en neurologie getoetst.

De keynote wordt verzorgd door professor Patrick Luyten. Hij is zowel verbonden aan de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, KU Leuven als aan het Research Department of Clinical,

Educational and Health Psychology, University College London. Luyten vertelt ons waarom psychoanalyse en de neurowetenschappen samen moeten werken. Hij geeft aan dat het niet de bedoeling is dat deze samenwerking wordt gebruikt om vanuit de neurowetenschappen de ideeën uit de neuropsychoanalyse te bevestigen dan wel te ontkrachten. De twee vakgebieden zouden juist de handen ineen moeten slaan om samen onderzoek te doen, om zo tot nieuwe theorie-

vorming te kunnen komen; een nieuw begrijpen van het menselijk functioneren.

Hij illustreert dit aan de hand van een voorbeeld van de borderline persoonlijkheidsstoornis. Toen psychoanalytische therapeuten tussen 1940 en 1950 geconfronteerd werden met patiënten die noch duidelijk neurotisch, noch psychotisch waren, maar zich op de grens daarvan bevonden, is de term 'borderline persoonlijkheidsstoornis' ontstaan. Problemen met het reguleren van emoties, impulsregulatieproblemen en het principe van aantrekken en afstoten zijn enkele kenmerken die gezien kunnen worden bij patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Het steeds zoeken naar stabiliteit heeft een forse impact op het dagelijks leven en het aangaan en onderhouden van relaties met anderen.

‘Zelfbewuste emoties ontstaan altijd in aanwezigheid van anderen’

VAN ONDERZOEK NAAR PRAKTIJK

Door de samenwerking tussen psychoanalytici en neurowetenschappers is het duidelijker geworden wat er gebeurt wanneer patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis in contact treden met andere mensen. Er komt op de verschillende niveaus (brein, psychologie, gedrag en omgeving) meer zicht op de relatie tussen stress, het hechtingssysteem en de mogelijkheid om reflectief te functioneren. Dit heeft tevens implicaties voor de behandeling. Zo wordt naast de effectiviteit van sommige vormen van psychotherapie nu ook de ondersteunende waarde van farmacotherapie meer onderkend. Als in de samenwerking tussen de beide vakgebieden de persoon en niet de stoornis voorop staat, en er steeds een vertaling zal worden gezocht van onderzoek naar praktijk, dan zal de prognose van bijvoorbeeld patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis steeds rooskleuriger zijn.

Nu niemand meer hoeft te twijfelen aan het belang

van voornoemde samenwerking, is het tijd voor de presentatie van het eerste project. Prof. dr. Eus van Someren, werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Neurowetenschappen, vertelt ons over slapeloosheid en de verwerking van zelfbewuste emoties. Hij begint zijn presentatie met het delen van de kennis over slaap die vanuit de neurowetenschappen bekend is. Zo is gebleken dat bij mensen die last hebben van slapeloosheid de biologische klok wel goed lijkt te werken. Tevens liggen zij niet de gehele nacht wakker, wel wordt hun slaap vaak onderbroken. Door de vraag te stellen waarom een brein in rust toch wakker en alert blijft, koos Van Someren een nieuw pad binnen zijn onderzoek. Het lijkt erop dat slapeloosheid ontstaat als iemand waakzaam blijft, als een duikboot waarvan de periscoop steeds even boven water komt. Er lijkt sprake te zijn van hyperreactiviteit.

KARAOKE

Van verstoorde slaap is bekend dat het een risicofactor is voor het ontwikkelen van een depressie. Tevens weten we dat een goede slaap helpt bij het verwerken van emoties en stress. Het onderzoek van Van Someren gaat in op de rol van verstoorde slaap bij problemen met de verwerking van emotionele ervaringen. Hij vertelt dat hij door samen te werken met psychotherapeut en psychoanalyticus Frans Schalkwijk zijn aandacht heeft gericht op de zelfbewuste emoties (waaronder schaamte en schuld) omdat deze meer relevant voor de klinische praktijk lijken te zijn. Met behulp van een origineel experiment (hij liet proefpersonen met een koptelefoon op karaoke zingen en liet hen de opname daarvan later terug horen) en diverse metingen kwam hij erachter dat mensen met een verbrokkelde droomslaap emoties minder goed verwerken. Deze gebrekkige verwerking leidt tot de al eerder genoemde hyperreactiviteit die ook kenmerkend is voor depressie en een post-traumatische stressstoornis. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of het mogelijk is om een rusteloze droomslaap rustiger te maken en wat het effect daarvan is op het verwerken van emoties.

Nelleke Nicolai, psychiater en psychoanalytica, kiest tijdens een co-referaat de psychoanalytische invalshoek over zelfbewuste emoties en de verwerking daarvan. Zij vertelt dat zelfbewuste emoties altijd ontstaan in aanwezigheid van anderen. Zelfbewuste

emoties hebben te maken met wat en wie je bent. Toxische zelfbewuste emoties lijken geworteld te zijn in een onveilige hechting en kunnen het gevolg zijn van het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis. Het idee dat er iets fundamenteel mis met je is en dat je het gebeurde zelf veroorzaakt hebt kan zich vastzetten in het brein. In contact met anderen kan de ervaring optreden uitgestoten te zijn, een ervaring die ook een lichamelijke reactie oproept. Het vermogen tot zelftroost wordt ondermijnd en mensen kunnen zich gaan terugtrekken uit het contact met anderen. Nicolai vertelt dat het praten met patiënten over hun dromen deze kleurrijker kan maken en het verwerken van emoties zou kunnen versterken.

Zo komen ook hier de neurowetenschappen en de psychoanalyse steeds meer op hetzelfde terrein terecht. Na de presentatie en het co-referaat volgt een discussie met het panel en de zaal om deze samenwerking verder te onderzoeken en te bevragen. Het panel bestaat uit Arthur Eaton (onderzoeker, publicist en illustrator), Victor Beffers (ervaringsdeskundige) en Bas de Mol (psychotherapeut). Waar de professionals zich met name buigen over de theoretische principes, vraagt Beffers zich eerder af hoe een elitair en selectief gezelschap zoals hier aanwezig haar kennis zal gaan vertalen naar de praktijk, zodat ook de patiënten zelf bereikt worden. Zo ontstaat het idee dat niet alleen de verbinding tussen verschillende vakgebieden van belang is, maar ook die tussen professional en patiënt.

WOORDELOZE BEZWERINGEN

Later in de middag volgt de tweede presentatie. Onderzoeker Wieke van Leeuwen, verbonden aan het Academisch Medisch Centrum, vertelt ons over de plek van neuropsychanalyse in de triade van stress, gehechtheid en een obsessief-compulsieve stoornis. Van Leeuwen vertelt dat zij tijdens het werken met patiënten met een obsessief-compulsieve stoornis geïnteresseerd raakte in hun onderliggende kwetsbaarheid. Zij illustreert hiermee dat een ervaring in het werken een mooie aanleiding kan zijn om neurowetenschappelijk onderzoek te doen. Middels fMRI onderzoekt zij de rol van stress in de relatie tussen een obsessief-compulsieve stoornis en onveilige hechting. Zij hoopt zicht te krijgen op de breincircuits die bij patiënten met een obsessief-compulsieve stoornis

betrokken zijn en wat het effect is van verhoogde stress op de functionaliteit van deze circuits. Tevens onderzoekt zij of verschillende vormen van onveilige gehechtheid hierin een mediërende rol spelen. Als hier meer over bekend is, zal dit ook implicaties hebben voor de diepgang van de behandeling van deze problematiek.

Het co-referaat van Daniël Helderma, psychotherapeut/psychoanalyticus, geeft op een prachtige manier de onderliggende kwetsbaarheid van een patiënt met een obsessief-compulsieve stoornis weer. Hij kiest voor het narratief dat hij de titel 'woordeloze bezweringsen van onbenoembare angsten' heeft gegeven. Hij omschrijft hoe dwangmatige handelingen kunnen helpen bij het bezweren van grote, (psychologisch althans) levensbedreigende angsten, als de grens tussen het zelf en de ander en tussen de binnen- en buitenwereld vervaagd is. Wanneer hij spreekt over de angst om een ander iets aan te doen, wordt de uitdrukking 'je handen in onschuld' wassen plots in een ander perspectief geplaatst. Andere angsten lijken te worden 'weggepoetst'. Tevens geldt dat het voortdurend bezig blijven voorkomt dat je blijft stilstaan bij dat nare gevoel. Het doel van psychotherapie kan zijn om het mentaliseren te bevorderen en daarmee te bereiken dat iemand kan denken over gevoel en kan voelen over gedachten.

Tijdens de afsluitende discussie met het panel en de zaal wordt duidelijk dat de wens en de bereidheid er zijn om met elkaar mee te denken en de kennis uit de verschillende vakgebieden te integreren. Daarmee streven we naar een behandeling op maat met aandacht voor denken, voelen en doen. Om dit te bereiken is een vertaalslag gewenst, zowel tussen de meer technische benadering vanuit de neurowetenschappen en de meer verhalende benadering van de psychoanalyse. Maar ook de wetenschapper en de clinicus en de clinicus en zijn patiënt zullen nader tot elkaar moeten komen.

Als dit lukt zal er niet langer sprake zijn van afzonderlijke eilanden van kennis met stranden van onwetendheid, en kunnen we gezamenlijk voet aan wal zetten.

Rianne van de Weitgraven is gz-psycholoog en werkzaam bij de PEP-groep te Noordwijk. E-mail: rweitgraven@gmail.com.



Radboudumc
Centrum voor Mindfulness

Mindfulness



**START
NIEUWE
OPLEIDING
8 februari
2019**

*Een 1,5-jarige
postacademische opleiding
tot mindfulnesstrainer*

Voor professionals in de gezondheidszorg,
welzijn, onderwijs en management

www.radboudcentrumvoormindfulness.nl

De Lange Wei zoekt

**een enthousiaste,
ondernemende en
ervaren GZ-psycholoog.**

Voor onze woonzorgcentra in **Hardinxveld-Giessendam** en **Hoornaar** zoeken wij een GZ-psycholoog die zorgdraagt voor de behandeling en begeleiding van cliënten, onderzoek verricht en collega's van de ZIP-teams adviseert en ondersteunt in het omgaan met onbegrepen gedrag. Daarnaast verzorg je scholingen en schrijf je mee bij beleidsitems.

Het betreft een nieuw vorm te geven **solofunctie**. Zie jij het als een uitdaging om een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van de rol van GZ-psycholoog binnen onze organisatie dan vragen we jou om te solliciteren.

Nieuwsgierig geworden?

Bekijk dan de
uitgebreide vacature op

www.delangewei.nl

**De
Lange
Wei**

Meditatie voor Psychologen

- Geestelijke en lichamelijke ontspanning
- Optimaler functioneren in werk en privé
- Stressreductie en meer energie
- Persoonlijkheidsontwikkeling

Deze niet-restrictieve, niet-directieve meditatietechniek is een effectieve en nuchtere mind-wandering methode (Kohnstam & Daselaar, De Psycholoog, juni 2017) en bestaat al ruim 50 jaar. In Nederland hebben duizenden deelnemers deze in Noorwegen ontwikkelde psychologisch onderbouwde meditatievorm geleerd.

Info-lezing Amsterdam: 21 sept. 16-17, Spuistr. 12). **Cursus:** 29-09 en 06-10.
Docent: persoonlijkheidspsycholoog Willem Oud Ammerveld. **Opgave:** Info@acem.nl

[www.](http://www.acem.nl) **ACEM** .nl

RINO • amsterdam

opleiding en inspiratie voor professionals in de GGZ

→ Een greep uit ons aanbod

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

DC: 0 – 5TM training
www.rino.nl/061 | 25, 26, 27 oktober

Kinderen met onbegrepen lichamelijke klachten
www.rino.nl/286 | 31 oktober en 14 november

Diagnostiek met FEAS
www.rino.nl/503 | 3, 10 en 24 november

Psychodiagnostiek bij jeugdigen en jong volwassenen
www.rino.nl/521 | 6, 13 en 20 november

Systeemtherapie en psychiatrie
www.rino.nl/485 | start 7 november

Leesproblemen en dyslexie
www.rino.nl/509 | 19, 26 november en 3 december

Psychopathologie bij jonge kinderen
www.rino.nl/502 | start 23 november

www.rino.nl

BENCHMARKEN MET ROM EN DE BETUWESPOORLIJN

Te veel psychologen staan nog altijd achter het idee dat benchmarking gaat leiden tot kwaliteitsverbetering in de ggz. En dan te bedenken welke waardevolle methodologische inzichten over kwaliteitsverbetering ons zijn bijgebracht door eminente hoogleraren als Pieter Drenth en A.D. de Groot. Dat bestrijden van bias, die zoektocht naar testbetrouwbaarheid, validiteit. 'Meet de test wat hij beoogt te meten?' De colleges test-, schaal- en vragenlijstconstructie. De oprichting van COTAN, de Commissie Testaangelegenheden van het NIP.

Hoe kan het zijn dat nogal wat psychologen enthousiast worden over benchmarken? Routine Outcome Monitoring (ROM) op zichzelf is waardevol. Benchmarken, daar deugt niets van. Benchmarken met ROM leidt tot gemiddelden waarop die beroemde uitspraak van toepassing is: *There are lies, big lies and statistics*. Deze prestatie-indicatoren zouden het mogelijk maken zorgaanbieders te vergelijken op efficiëntie van behandelen.

Deze column gaat niet over ROM bij individuele behandelingen. Ook is dit geen discussie over privacy-problemen bij benchmarking. Het gaat mij hier om de methodologie, betrouwbaarheid van gegevens, hoe data zijn verkregen en conclusies op basis van grove gemiddelden.

Een associatie met de testbank van Volkswagen is op zijn plaats. Benchmarken is een technisch verhaal, zo hoort benchmarken te gaan, op een rollenbank. En daar is bij gesjoemeld. U protesteert nu. 'Dat is een verdachtmaking! Dat gebeurt nooit in de gezondheidszorg!' Excuses, maar wat denkt u dat het management gaat doen als ongunstige ROM-data waarschijnlijk gevolgen krijgen voor de personeelsbezetting? Ict biedt nogal wat mogelijkheden.

Zoveel hoogleraren, methodologen en andere wetenschappers hebben zich gekeerd tegen het benchmarken. Daarbij valt op dat weinig psychologen hebben geprotesteerd. Het zijn meestal psychiaters die de vloer aanvegen met de activiteiten van de Stichting Benchmark GGZ (SBG). De SBG gaat binnenkort met het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ samen in de AKWA. Met ingang van 1 januari 2019 is actief de Alliantie Kwaliteit in de ggz die enthousiast doorgaat met benchmarking ROM.

Bedenk eens wat het effect is voor de meting: de behandelaar neemt zelf de vragenlijst af. Of een callcenter belt de patiënt die thuis net een joint opgestoken heeft. Als het gaat om benchmarking kan ik zo nog een paar voorbeelden geven. Daarom dacht ik toen de plannen voor benchmarking binnen de ggz bekend werden: heel begrijpelijk wat die zorgverzekeraars willen, maar ach, dat kán toch zo niet! Psychologen gaan dat nooit accepteren. Zulke data kunnen nooit betrouwbaar zijn.

Helaas, er zijn geen barricaden opgeworpen.

Herinnert u zich de Betuwespoorlijn nog? Heeft ook een stuivertje gekost. Ja, er rijden treinen richting Duitsland. Dus om nu te zeggen, het is helemaal mislukt, nee. Maar de baten kunnen nooit meer opwegen tegen de kosten.

Zoiets gaat gebeuren met benchmarking in de ggz. Er komt wel iets uit. Het netto-rendement zal echter nooit de financiële investering rechtvaardigen.



Dr. Paul Betgem

is gepensioneerd gezondheidszorg-psycholoog. Hij zat van 2014 tot 2018 in de Ledenraad van het NIP.

E-mail: pbetgem@kpnmail.nl

VRAAG & AANBOD

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

VACATURES

GZ'er voor opl psychotherapeut

VEGHEL



VACATURES

Assessment psycholoog

HUIS TER HEIDE



VACATURES

Ervaren (basis)psychologen en relatietherapeuten met een eigen praktijk

IN HEEL NEDERLAND



GZ-psycholoog

ROTTERDAM



GZ-psycholoog

ZWOLLE



GZ Psycholoog JC Zaanstad

WESTZAAN



GZ-Psycholoog

TER APEL



Hoofd Behandelaar

ALMERE



Basis psycholoog

SCHIEDAM EN DEN HAAG



VRAAG & AANBOD

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

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

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

ADVERTEREN IN VRAAG & AANBOD?

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

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

Ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede is een groot regionaal ziekenhuis met ruim 180 medisch specialisten en biedt kwalitatief hoogwaardige medische zorg op een betrokken en patiëntgerichte wijze. In samenwerking met anderen leveren we een volledig pakket aan professionele zorg, onderzoek en behandeling en vervullen daarmee een belangrijke regionale functie. Ook zijn er samenwerkingsverbanden met de WUR. Het ziekenhuis staat bekend om zijn expertise op het gebied van voeding, (top)sport en bewegen.



Binnen de afdeling Medische Psychologie ontstaat er een vacature voor een

KLINISCH (NEURO-)PSYCHOLOOG

differentiatie kind- en jeugd M/V

Het betreft een functie voor bepaalde tijd van **28 uur per week**, met uitzicht op een vast dienstverband.

Als allround klinisch (neuro-)psycholoog bent u werkzaam op het medisch psychologisch vakgebied in de volle breedte en verzorgt u onder andere psychodiagnostisch onderzoek en behandeling van klinisch en poliklinisch verwezen kinderen en jongeren en hun systeem.

De werkzaamheden van de psychologen zijn onderverdeeld naar aandachtsgebieden, met behoud van en nadruk op onderlinge samenhang en continuïteit van zorg.

De klinisch (neuro-)psychologen zijn lid van de Vereniging Medische Staf.

Een uitgebreide beschrijving van deze vacature kunt u bekijken op

WWW.GELDERSEVALLEI.NL



dokter
bosman
psychologie van nu

Wij zoeken jou!

Wij zijn Dokter Bosman.

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

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

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

Wil jij werken in een niet standaard GGZ omgeving?

Wij zoeken gedreven kandidaten voor de functie van:

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