

DE PSY- CHO- LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN
JAARGANG 53 • NR 10 • OKTOBER 2018

FOUTLOOS LEREN BIJ HET SYNDROOM VAN KORSAKOV • INTERVIEW MET LONNEKE LENFERINK: DE IMPACT VAN LANGDURIGE VERMISSING OP ACHTERBLIJVERS • FORUM: TIJD VOOR MEER NUANCE IN DE ROM-DISCUSSIE • IN SPE: MELISSA ALBERTS • INSPIRATIE: HESTER SELBECK • BIJEENKOMST: MODERN VADERSCHAP • EENS PSYCHOLOOG ALTIJD PSYCHOLOOG... LEERLING-MONTEUR THEO VERHEGGEN • HAROLD BEKKERING: IN THE LEAD

ALS PSYCHOTHERAPIE FAALT...



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

IDS-2

Intelligentie- en ontwikkelingsschalen
voor kinderen en jongeren



Alexander Grob
Priska Hagmann-von Arx

Nederlandse bewerking door Selma Ruiter,
Marijke Timmerman en Linda Visser

1 Afname-instructies

ids²
Intelligentie- en
ontwikkelingsschalen



Alles wat je wilt weten over een kind

IDS-2: dé nieuwe ontwikkelingstest voor 5- tot en met 20-jarigen

- Intelligentie: de meest complete intelligentiemeting volgens het CHC-model
- Executief functioneren
- Sociaal-emotionele ontwikkeling
- Motorische ontwikkeling
- Taal- en rekenvaardigheid
- Werkhouding

Nu te bestellen op www.hogrefe.nl!

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



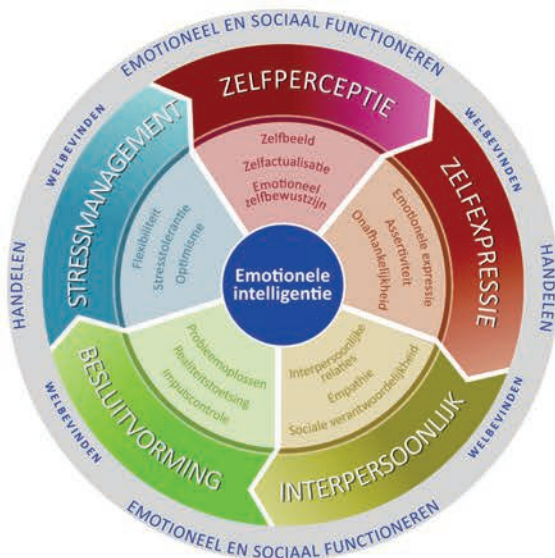
- 10 ALS PSYCHOTHERAPIE FAALT** – Psychotherapie beoogt patiënten beter te maken, maar kan in deze opzet falen. Die erkenning was tot voor kort niet vanzelfsprekend, stellen Harald Merckelbach en collega's. 'Dat psychotherapeuten mislukkingen nogal eens over het hoofd zien, komt onder meer omdat ze geen classificatiesysteem hebben voor ongewenste gebeurtenissen tijdens de behandeling.'
- 26 TUSSEN HOOP EN VREES: INTERVIEW MET LONNEKE LENFERINK** – Elk jaar raken in Nederland zo'n honderd personen langdurig vermist. Lonneke Lenferink deed promotieonderzoek naar de psychische gevolgen voor de achterblijvers. 'Hoe kunnen mensen rouwen als er geen lichaam is? Of als ze niet eens zeker weten of hun dierbare is overleden?'
- 34 FOUTLOOS LEREN BIJ HET SYNDROOM VAN KORSAKOV** – Korsakov-patiënten bleken vaardiger en zelfstandiger in het uitvoeren van alledaagse taken zoals het huishouden doen, en konden zich beter oriënteren na een foutlooslerentraining. Ook verbeterde de kwaliteit van hun leven en namen hun gedragsproblemen af. Het integreren van foutloos leren in de klinische praktijk heeft een toegevoegde waarde voor deze doelgroep, stellen Yvonne Rensen c.s.



EQ-i 2.0®
assess. predict. perform.

WORKSHOP EMOTIONELE INTELLIGENTIE PERSOONLIJKHEIDSTIJL

Nog nooit is emotionele intelligentie zo belangrijk geweest als nu, met veel mensen (en met name ook jongeren) gekluisterd aan hun schermen en bedreven in het “teksten” maar die tegelijkertijd nauwelijks nog met elkaar praten. Via de sociale media wordt alleen het psychologisch frontoffice versterkt, de sociaal wenselijke kant, het ‘liken’ en dit gaat ten koste van training in het psychologische backoffice, daar waar diepere emoties huizen en waar het reguleren van deze emoties een opgave is die iemand kan behoeden voor psychische aandoeningen. Juist nu is wetenschappelijk verantwoorde meting van Emotionele Intelligentie een belangrijk thema. De EQ-i 2.0® is in dit verband een waardevol en voor de psycholoog, psychiater of coach gemakkelijk inzetbaar instrument gebleken. Op EQIQ.NL is gedetailleerde informatie over het instrument beschikbaar.



In een middag wordt u aan de hand van uw eigen EQ-i 2.0® profiel bekend gemaakt met het EQ-i 2.0® model en de vele toepassingsmogelijkheden van de EQ-i 2.0® vragenlijst binnen uw praktijk of organisatie.

Het EQ-i 2.0® profiel omvat naast een totaalscore (EQ) scores voor 5 domeinen, 15 subschalen, verschillende indicatoren voor validiteit en een indicator voor welbevinden. Het profiel is niet statisch, maar geeft op heldere wijze aan op welke gebieden veranderingen mogelijk of wenselijk zouden kunnen zijn. Nederlandse normen beschikbaar.

PEN Psychodiagnostics organiseert in samenwerking met RINO Zuid de eerste workshopmiddag voor psychologen op donderdag 11 oktober 2018 van 13:30 tot 17:00 in Hotel Nijmegen Lent. Volgende optie: 14 december 2018. Andere data en locaties volgen. Na aanmelding vult u online de EQ-i 2.0® in. De workshopleider (drs. Theo Bögels) zal tijdens de workshop de rapportages uitreiken en toelichten. Uw investering bedraagt € 175,00 inclusief scoring en rapportage van uw EQ-i 2.0®. Bovendien wordt voor elke deelnemer een online account aangemaakt om de EQ-i 2.0® direct binnen de eigen praktijk of organisatie in te kunnen zetten.

PEN
Psychodiagnostics

RINO zuid
leren maakt beter

RUBRIEKEN

- 6 NIEUWS
- 9 COLUMN: Harold Bekkering
- 22 BOEKEN & MEDIA
- 32 IN SPE: Melissa Alberts
- 46 FORUM: Tijd voor meer nuance in de ROM-discussie
- 54 EENS PSYCHOLOOG, ALTIJD PSYCHOLOOG...: Theo Verheggen
- 56 BIJEENKOMST: Moderne vaders

Redactioneel

COLOFON

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

Redactieraad: Marrie Bekker, Sonja Borgsteede, Miriam de Graaff, Dennis Hernaus, Sabine Hunnius, Wilmar Schaufeli, Wouter Schoonman, 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: Shutterstock

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

IN THERAPIE

Op deze plek durf ik dat wel te bekennen, als collega-psychologen gaan jullie daar immers discreet en prudent mee om. Ook ik ben in therapie geweest, in psychoanalyse zelfs. De studie psychologie begon ik ooit met het idee psychoanalyticus te worden. Als aankomend psycholoog sloeg ik weliswaar al snel een ander pad in, maar de esthetiek van de verhouding tussen patiënt en psychoanalyticus spreekt me eerlijk gezegd nog altijd zeer aan. De patiënt op de divan, de analyticus onzichtbaar schuin daarachter op een stoel – de schaamte beschaafd geaccentueerd, en dan maar vrij associëren. Toen ik om diverse redenen naar enige catharsis in mijn leven zocht, was de keuze om een psychoanalyse of een andere, meer 'bewezen effectieve' therapie te ondergaan dan ook snel gemaakt.

Mijn analyticus was een vrouw. De eerste keer dat ik op haar divan plaatsnam, herinner ik mij nog goed. 'Ik ga hier natuurlijk wel met enige voorkennis liggen,' dacht ik de sessie geestig te openen. 'Maar misschien niet met genoeg zelfkennis,' merkte ze ad rem op.

Een kleine twee jaar lag ik vier keer per week op haar divan. Mijn cognitieve dissonantie groeide allengs; het lukte me steeds minder goed mijn geïnvesteerde tijd te verantwoorden met de minieme vooruitgang die ik als persoon meende te boeken. Mijn therapeute vond het onverstandig dat ik mijn analyse voortijdig afbrak, volgens haar waren we nog nauwelijks begonnen, had er nog vrijwel geen overdracht plaatsgevonden.

Tja, wellicht. Maar hoe kun je als analyticus eigenlijk exact weten wanneer iemand beter of 'gezezen' is? Ik werkte in diezelfde periode aan een biografie van wijlen Piet Vroon. Die had in een van zijn Signalementen in *de Volkskrant* eens uitgerekend wat een gemiddelde klassieke analyse zo ongeveer kostte. Zijn conclusie zal mijn beslissing vast onbewust hebben beïnvloed: 'Wat je daarvoor terugkrijgt, is een effect dat volgens sommige onderzoekers ook bewerkstelligd wordt door een met enig misbaar aangereikt suikerklontje.'

Is er in mijn geval sprake geweest van therapeutisch falen – een onderwerp waarover Harald Merckelbach c.s. in dit nummer een belangrijk artikel hebben geschreven? Misschien moet ik het mijn vroegere analytica eens vragen. Kan ik haar direct meedelen dat ik door wat ik haar allemaal heb opgebiecht hoe dan ook veel aan haar analyse heb gehad.

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

BOOST VAN HET EGO

ECHTE EFFECT VAN YOGA EN MEDITATIE

Wat doen yoga en meditatie met je ego? Dat hebben Duitse psychologen zeer recent onderzocht.

Het algemene idee lijkt te zijn dat yoga en meditatie je realistischer naar jezelf doen kijken. Dat zou een weldadig effect hebben op je welbevinden. Maar volgens het *self-centrality*-principe maakt het trainen van een vaardigheid juist dat je erg met jezelf bezig bent. Dat zou juist een onrealistisch positief zelfbeeld in de hand werken. In het eerste experiment werden 93 yoga-beoefenaars 15 weken lang gevolgd. Gekeken werd naar de mate waarin ze met zichzelf bezig zijn

(*self-centrality*) en de mate waarin ze geneigd zijn om hun eigen zelfbeeld op te krikken (*self-enhancement*). Dat werd gemeten als ze net aan yoga hadden gedaan, maar ook als ze dat niet hadden gedaan. In het tweede experiment werden 162 meditatie-beoefenaars 4 weken lang gevolgd. Bij hen werden *self-centrality* en *self-enhancement* op de meditatie- versus controle-conditie met elkaar vergeleken. De respondenten zagen zichzelf door een rozere bril (*self-enhancement*) als ze net aan yoga of meditatie hadden gedaan dan als ze iets anders hadden gedaan. Dit effect

bleek voor een belangrijk deel veroorzaakt te worden door *self-centrality*. Met andere woorden: wie yoga of meditatie beoefent, is erg met zichzelf bezig, en dat leidt weer tot een onrealistisch positief zelfbeeld. Yoga noch meditatie brengen het ego dus tot rust, zoals vaak wordt gedacht. Ze geven het ego juist een flinke boost. En daar is niets mis mee, want hoe positiever je naar jezelf kijkt, hoe groter je welbevinden. (ID)

Bron: Gebauer, J.E. et al. (2018). Mind-Body Practices and the Self: Yoga and Meditation Do Not Quiet the Ego but Instead Boost Self-Enhancement. *Psychological Science*, 29(8), 1299-1308. DOI: 10.1177/0956797618764621.

OLM-CELLEN SPELEN CRUCIALE ROL

NEURALE MECHANISMEN BIJ ANGST

Cellen in de hippocampus spelen een cruciale rol bij angst en risicovol gedrag, beweren onderzoekers uit Zweden en Brazilië. Hun aanname zou een doorbraak zijn bij de bestrijding van pathologische angst en depressiviteit.

Mensen met een angststoornis krijgen vaak angststremmers of antidepressiva voorgeschreven. Daar kunnen ze bij gebaat zijn, maar genoemde medicijnen hebben ook vaak onprettige bijwerkingen, zoals apathie, gewichtstoename en libido-afname. Zweedse en Braziliaanse onderzoekers deden recent een waarneming die mogelijk van betekenis is voor het terugdringen van deze onaangename consequenties van medicijngebruik. Zij

vroegen zich af hoe het komt dat mensen zo verschillend zijn waar het gaat om angst en risicovol gedrag en welke neurale mechanismen zijn daarbij aan de orde?

Op grond van experimenten met muizen concludeerden de onderzoekers dat neuronen die bekend staan als OLM-cellen een sleutelrol spelen bij het nemen of juist het mijden van risico's. Deze cellen bevinden zich in een deel van de hippocampus, een hersengebied dat doorgaans in verband gebracht wordt met herinnering en cognitie, maar ook van betekenis is bij het reguleren van emoties. De onderzoekers maten de reactie van de muizen op de geur van kattenharen. Muizen die aanvankelijk paniekerig reageerden,

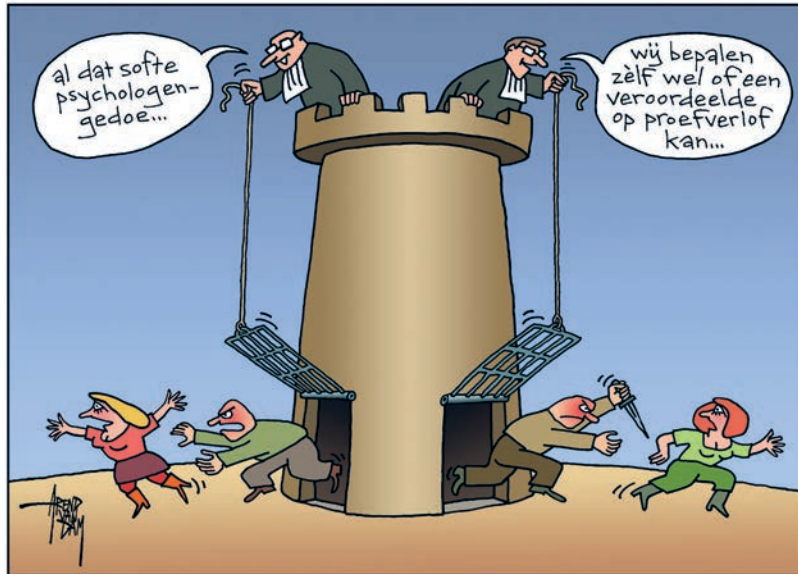
werden minder angstig na stimulans via elektroden van hun OLM-neuronen. De hersengolven die middels een EEG gemeten werden, gingen erna een ritme vertonen dat ook te zien is bij dieren die zich veilig voelen.

Mogelijk is deze waarneming reden op zoek te gaan naar medicatie voor pathologische angst die inwerkt op dit specifieke gebied in de hersenen, in plaats van op het hele brein, zoals de huidige middelen. De onderzoekers verwachten dat meer verfijnde medicatie tot een afname van bijwerkingen zal leiden. (EdJ)

Bron: Mikulovic, S. & Restrepo, C.E. (2018) Ventral hippocampal OLM cells control type 2 theta oscillations and response to predator odor, *Nature Communications*, doi: 0.1038/s41467-018-05907-w

SCHAP

ZELFOVERSCHATTING



LUISTER NAAR JE ONDERBUIK

GOKKEN OP PSYCHOLOGISCHE RESULTATEN

De psychologie is het afgelopen decennium flink onder vuur komen te liggen. De fraude van Diederik Stapel legde pijnlijk een aantal zwakke plekken in de wetenschapsbeoefening bloot waar psychologen in eerste instantie geen antwoord op hadden. Maar ze hebben zich herpakt.

Zo is er nu het Social Sciences Replication Project (SSRP), waarin een grote groep psychologen wereldwijd experimenten herhaalt die eerder zijn gepubliceerd in toonaangevende wetenschappelijke tijdschriften. Want opzienbarende resultaten zijn leuk, maar zijn dat toevalstreffers geweest of zijn ze robuust?

De onderzoekers herhaalden de experimenten zoals gepubliceerd in 21

artikelen in *Science* en *Nature*. Dat deden ze met veel grotere groepen. Toch traden bij hun replicaties lang niet altijd de effecten op die eerder waren gerapporteerd. De resultaten van slechts 13 studies werden bevestigd. Dat is 62%. Maar het SSRP-team deed nog iets anders. Terwijl zij hun replicatiestudies uitvoerden, vroegen ze onwetende proefpersonen te voorspellen welke effecten bevestigd zouden worden. Deze proefpersonen zetten hun geld in op 63% van de gerapporteerde studies. En daarbij hadden ze het verbluffend vaak bij het rechte eind.

Wetenschapsjournalist Ed Yong schreef er een artikel over. De proefpersonen waren afgegaan op onderbuikgevoelens. Kleine onderzoeksgroepen,

marginaal significante resultaten en sensationele uitkomsten hadden hen te denken gegeven. En terecht, blijkbaar.

Het SSRP is trouwens niet het enige grote project waarin psychologen hebben samengewerkt om studies te repliceren. Er zijn nog vijf andere van zulke projecten geweest. Alles bij elkaar werd slechts 46% van de eerder gepubliceerde resultaten bevestigd.

Als wetenschappers keuzes moeten maken welk onderzoek ze willen repliceren, doen ze er dus goed aan hun onderbuik te laten spreken. Bevindingen die te mooi lijken om waar te zijn, zijn dat meestal ook. (ID)

Bron: Yong, E. (2018). Online Bettors Can Sniff Out Weak Psychology Studies. *The Atlantic*, Augustus 27th, 2018.

PROMOTIES

PROACTIVITEIT OP DE WERKVLOER

Proactiviteit, het op eigen initiatief proberen de werksituatie te verbeteren, is een veelgevraagde kwaliteit in vacatures. Dat is niet gek, proactieve werknemers helpen organisaties immers om te gaan met een omgeving die steeds sneller verandert. Tegelijkertijd werken medewerkers steeds vaker nauw met elkaar samen. De afstand tussen manager en medewerker verkleint, veel werk is georganiseerd in (project)teams en de autonomie op de werkvloer neemt toe. Als werknemers proactief de werksituatie veranderen, beïnvloeden zij daarmee ook de werksituatie van anderen waarmee zij samenwerken.

Promovenda Renske van Geffen stelt zich de vraag of werknemers samen proactief kunnen zijn. Kunnen ze proactief samenwerken?

Rense van Geffen, *Proactivity in Concert: an Interactive Perspective on Employee Proactivity*. Universiteit van Amsterdam, 11 september 2018. Promotoren: prof. dr. D.N. den Hartog, prof. dr. F.D. Belschak

INDIVIDUELE ANGSTVERSCHILLEN

De reactie op traumatische gebeurtenissen of bedreiging verschilt sterk per persoon. Individuele verschillen spelen dus een rol in kwetsbaarheid voor de ontwikkeling van een angst- of stressstoornis. Femke Gazendam onderzoekt individuele verschillen in associatief leren van angst, om de mechanismen te begrijpen die ten grondslag liggen aan kwetsbare, of juist veerkrachtige angstonwikkeling. Ze wijst daarbij op het belang van het onderscheiden van adaptieve en maladaptieve angstreacties. Het aanvankelijke aanleren van angst is in het geval van een adaptieve angstreactie een zeer functionele reactie op bedreiging. Angststoornissen daarentegen weerspiegelen een maladaptieve angstonwikkeling, gekenmerkt door excessief onrealistisch en disfunctioneel angstgedrag.

Femke Ganzendam, *Individual Differences in Associative Fear Learning*. Universiteit van Amsterdam, 12 september 2018. Promotoren: prof. dr. M. Kindt, prof. dr. J.H. Kamphuis

AGRESSIE SCHERPER AFBAKENEN

Onderzoek in dit proefschrift laat zien dat mannelijke adolescenten met psychiatrische stoornissen (Autisme Spectrum Disorder (ASD) en Oppositieel Opstandig Gedrag / Conduct Disorder (ODD/CD)) verschillen in hormonale concentraties, emotieverwerking, en de manier waarop ze kijken naar een emotioneel gezicht. Toch is onbekend of deze bevindingen uniek zijn voor deze psychiatrische stoornissen of dat ze een tekort weerspiegelen dat aanwezig is bij mensen met psychopathologie in het algemeen, ten opzichte van mensen zonder psychopathologie. Een extra klinische groep zonder achterstanden op het gebied van empathie kan het belang van deze bevindingen verder vergroten. Dit promotieonderzoek draagt bij aan het begrip en de kennis van transdiagnostische markers, gericht op zowel een diagnostische als therapeutische benadering.

Mireille Huvenaars, *Aggression in male adolescent. The role of genetic, cognitive and hormonal factors*. Radboud Universiteit Nijmegen, 14 september 2018. (Co-)promotoren prof. dr. J.K. Buitelaar, dr. C.U. Greven, dr. J.C. Glennon

Frank Wolters, *On the Origin of Dementia. A Population Perspective on Risk and Aetiology*. Erasmus Universiteit Rotterdam, 5 september 2018. Promotoren prof. dr. M.A. Ikram, prof. dr. P.J. Koudstaal

Marieke Nanninga, *Children's and adolescents' enrollment in psychosocial care. Determinants, expected barriers, and outcomes*. Rijksuniversiteit Groningen, 12 september 2018. (Co-)promotoren: prof. dr. S.A. Reijneveld, prof. dr. E.J. Knorth, dr. D.E.M.C. Jansen

Tran Tran, *Cultural differences in Vietnam: differences in work-related values between Western and Vietnamese culture and cultural awareness at higher education*. Universiteit Leiden, 19 september 2018. Promotor: prof. dr. W. Admiraal

Maaïke de Boois, *Discipline zonder discipline. De opkomst en opheffing van andragologie 1950-1983*. Universiteit van Amsterdam, 12 september 2018. (Co-)promotoren: prof. dr. W.G.J. Duyvendak, dr. B. Karstens, dr. J.C. Keinemans



IN THE LEAD

Zo, de aanvraag is de deur uit. Samen met twintig andere wetenschappers en vijftien bedrijven gaan we een gooi doen naar de middelen die beschikbaar komen vanuit de Nederlandse Wetenschaps Agenda (NWA). U, beste lezer, heeft misschien wel samen met twaalfduizend andere burgers een onderzoeksvraag ingediend bij de NWA die wij maar al te graag willen gaan beantwoorden. Onze aanvraag is getiteld *LEarning ADaptivity throughout life*, wat de mooie acroniem LEAD oplevert. Wij willen namelijk *in the lead* zijn. In the lead om beter te begrijpen hoe leren gedurende de hele levensloop zou kunnen plaatsvinden om als mens beter mee te kunnen groeien met de snel veranderende wereld om ons heen. We hebben vele innovatieve bedrijven aan boord en wetenschappers die veel weten over levensloop, onderwijs, gezondheid en techniek. Alles wat nodig is om de mens en haar omgeving te begrijpen. Was dit uw vraag? Hebben we de stem van onze lezers al gewonnen?

Weet u hoe groot ik onze kans op succes inschat? Waarschijnlijk zo rond de tien procent. Au. Het tikken van de laatste zin deed letterlijk pijn. Hebben we echt al deze moeite gedaan om uiteindelijk maar tien procent kans te maken om de aanvraag erdoor te krijgen? Helaas wel. Ik besteed denk ik zo'n dertig procent van mijn tijd aan het schrijven van aanvragen. Wat zegt dit over mij dat ik zoveel tijd besteed aan kansloze zaken? Gebrek aan realiteitszin? Bord voor mijn kop? Zelfoverschatting? Of toch vooral de behoefte om weg te dromen bij alle fantastische mogelijkheden vooraf, voordat de harde onderzoeksrealiteit toeslaat?

Nu ik deze column schrijf sluipt de onzekerheid naar binnen. De kans dat we onze plannen daadwerkelijk kunnen uitvoeren, is echt heel klein. Goed, ik heb in ieder geval weer veel interessante mensen leren kennen en veel nieuwe ideeën opgedaan over levenslang leren. Ook vind ik het schrijven van de aanvraag zelf een prachtige uitdaging. Als coördinator moet je aan de ene kant zorgen dat de mooiste kikkers in deze nu nog virtuele vijver willen springen en aan de andere kant dat de vijver haar eigen karakter krijgt om aan de beoordelaars duidelijk te maken dat juist deze vijver met al haar prachtige kikkers heel bijzonder is.

Dit keer ging het redelijk makkelijk. We hadden jonge kikkers die hele mooie nieuwe liederen kwaakten, en ook ervaren kikkers die graag hun eigen huislied blijven kwaken, maar dit alles zorgde ervoor dat de omtrekken van de vijver alleen maar scherper werden.

Morgenvroeg ga ik als eerste een borrel organiseren voor iedereen van ons thuis-team die zo hard heeft meegewerkt bij het schrijven van deze aanvraag. Vroeger deed ik dit alleen na het behalen van het succes. Maar ja, hoe weinig borrels wil je drinken in je leven als je in de wetenschap zit? We gaan de inzet vieren, de teamgeest en het feit dat wij met zijn allen geloven dat de wereld een beetje mooier gaat worden als onze aanvraag toegekend gaat worden. Beter te vaak gevierd, dan te weinig geleefd.



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

Psychotherapie beoogt patiënten beter te maken, maar kan om diverse redenen in deze opzet falen. Therapeutisch falen is een belangrijk onderwerp, maar die erkenning was tot voor kort niet vanzelfsprekend, stellen Harald Merckelbach en collega's. 'Dat psychotherapeuten mislukkingen nogal eens over het hoofd zien, komt onder meer omdat ze geen classificatiesysteem hebben voor ongewenste gebeurtenissen tijdens de behandeling.' Zij bevelen een programma van zes punten aan. Filip Raes en Giovanni Timmermans geven een reactie.

PLEIDOOI VOOR DE THERAPEUT ALS KATALYSATOR

ALS PSYCHO- THERAPIE FAALT

Wanneer is iemand deskundig? Wat is een goede dokter, ingenieur, rechter, of – waar het hier om gaat – psychotherapeut? Wetenschappers die zich met deze vragen bezighouden stellen zich vaak op het volgende standpunt: deskundigen herken je niet zozeer aan hun successen, maar aan de mate waarin ze regels en inzichten van hun vak volgen (Lerner & Tetlock, 1999; Giard & Merckelbach, 2009). Deze nadruk op vakmatige regels en inzichten staat mislukkingen toe. Het is, bij wijze van voorbeeld, heel wel mogelijk dat een dokter zijn² patiënt volgens de regels der kunst behandelt en de patiënt toch overlijdt. Zoiets duidt op de grenzen van het vak, niet op incompetentie van de arts.

Om regels te *leren* volgen, is het nodig dat de deskundige zicht heeft op het resultaat van zijn handelen. Terugkoppeling wordt als essentieel beschouwd voor het opbouwen van expertise (Ericsson, 2009). Maar zulke feedback moet dan wel ongefilterd zijn. Selectieve feedback is funest. In jargon heten omstandigheden die selectieve feedback aanmoedigen

wicked environments, want ze werken schijndeskundigheid in de hand. Neem de New Yorkse arts die rond de vorige eeuwwisseling als groot tyfus-expert gold. Zijn diagnoses hadden de reputatie waterdicht te zijn. Dat waren ze in zekere zin ook. Met zijn besmette vingers placht hij de tongen van zijn patiënten te palpiteren, waardoor die de gevreesde ziekte kregen, wat de dokter en zijn omgeving als teken van eminente deskundigheid duidden.

Net als iedere andere vorm van therapie beoogt psychotherapie patiënten beter te maken. En net als bij medische behandelingen het geval is, kan psychotherapie in deze opzet falen. Er zijn vele manieren waarop psychotherapie te kort kan schieten en al even lang is de lijst met mogelijke redenen daarvoor. Zoals we verderop zullen uitleggen, valt er daarom geen sluitende definitie te geven van psychotherapeutisch falen. Vast staat wel dat lang niet altijd sprake is van vermijdbare, laat staan verwijtbare, misslagen.

Dit artikel gaat over mislukkingen, uitglijers, fouten en tegenvallende resultaten tijdens psychotherapie. Is daar iets aan te doen? Om op het antwoord vooruit te lopen: jawel, maar dat begint met de erkenning dat therapeutisch falen een belangrijk onderwerp is. Die erkenning was tot voor kort niet vanzelfsprekend. Zo telde de Duitse psychiater Michael Linden (2013) minder dan een dozijn vakpublicaties over het thema.

¹ Daarbij hebben we ook gz-psychologen, klinisch (neuro)psychologen en psychiaters op het oog.

² We schrijven hij en zijn, maar bedoelen hier en elders evenzogoed zij en haar.

FREUD EN ZIJN SUCCESSEN

Gebrek aan belangstelling voor therapeutisch falen heeft een lange geschiedenis. Het waren Sigmund Freud en Joseph Breuer in hoogsteigen persoon die in *Studien Über Hysterie* (1885;1970) beweerden dat de behandeling van patiënt Anna O. met hypnose een doorslaggevend succes was geweest. 'Sindsdien geniet zij een volmaakte gezondheid,' schreven de twee (Israëls, 1995; p. 2190). Later kwam vast te staan – en Freud wist ervan – dat het Anna O. na afsluiting van de behandeling helemaal niet voor de wind was gegaan. Integendeel: ze moest herhaaldelijk worden opgenomen in een psychiatrische inrichting. Freud haalde zijn schouders erover op.

Die onverschilligheid is sterk verweven met de Freudiaanse traditie. Daarin is een tegenstribbelende patiënt iemand die weerstand biedt omdat de analyticus een pijnlijke waarheid blootlegt. Protest, tegenspraak en symptomatische escalatie worden door Freud en zijn intellectuele erfgenamen gezien als behandelingsucces. Hoe ellendiger het de patiënt vergaat, des te nauwkeuriger de analytische torpedo blijkbaar een ver onder de oppervlakte verborgen conflict heeft getroffen. De analyticus kan het dus nooit fout doen.

GEDRAGSTHERAPIE EN HAAR MISLUKKINGEN

Anders dan Freud en zijn erfgenamen zagen de pioniers van de gedragstherapie het belang van mislukkingen scherp in. *Failures in behavior therapy* luidde bijvoorbeeld de titel van een invloedrijk standaardwerk dat Edna Foa en Paul Emmelkamp in 1983 redigeerden. Dat uitgerekend gedragstherapeuten schreven – en schrijven (zie Korrelboom, 2016; Janse et al., 2017) – over wat er te leren valt van mislukkingen is geen toeval. De Freudianen hadden om het hardst geroepen dat gedragstherapie enkel symptoombestrijding is: patiënten die ermee worden behandeld zullen vroeg of laat nieuwe klachten ontwikkelen, omdat immers hun dieper liggend conflict in stand blijft. Symptoomsubstitutie heet zoiets, maar kwam dat type mislukking ook voor? Gedragstherapeuten speurden er ijverig naar, maar vonden niets van dien aard. Warren Tryon (2008; p. 967) zette 35 jaar empirisch onderzoek naar symptoomsubstitutie op een rij en concludeerde dat 'no clear evidence of symptom substitution could be found'. Ja, soms leken patiënten tijdens gedragstherapie last te krijgen van nieuwe symptomen, maar in die gevallen resoneerden op de achtergrond bijvoorbeeld belangen om vooral ziek te blijven (Blanchard & Hersen, 1976; maar zie ook Schermuly-Haupt et al., 2018).

WAKE UP CALL

We worden niet graag geconfronteerd met onze mislukkingen en met zaken die niet zo goed gaan. Ook al zeggen we dat we graag willen leren van onze fouten, in de dagelijkse praktijk worden we er toch liever niet mee lastig gevallen. We willen wel maar eigenlijk ook weer niet. En laat nu de psychotherapeutische praktijk niet zo verschrikkelijk veel afwijken van voornoemde situatie; ook psychotherapeuten zijn net mensen en zien dan liever ook niet dat er sprake kan zijn van fouten en mislukkingen. In het artikel van Merckelbach c.s. wordt dan ook een lans gebroken voor meer mildheid en het leren accepteren van mogelijk falen in de psychotherapie. Opvallend is dat men per therapie-

richting daar anders mee om lijkt te gaan. Psychoanalytici accepteren eigenlijk geen mislukte therapie en mocht er al sprake zijn van het niet aanslaan van een therapie, dan ligt dat vooral aan de weerstand van de patiënt. De patiënt kan of durft bepaalde zaken niet onder ogen te zien en verzet zich en door dat niet accepteren slaagt de therapie dan niet, stellen zij. Dit in tegenstelling tot de gedragstherapeut die daar veel minder moeilijk over doet.

Maar het meest pijnlijke is dat er over het geheel genomen een grote discrepantie lijkt te zijn tussen de belevingen van de therapeut en die van de cliënt. Daar waar therapeuten over het algemeen het falen van

hun therapie nauwelijks onder ogen durven zien, zien we dat bij de cliënt er wel meer sprake is van acceptatie. Deze discrepantie is pijnlijk en moet ons aanzetten tot reflectie, lijkt mij.

En om een en ander extra te benadrukken, blijkt uit onderzoek, juist dat goed geïnformeerde cliënten minder nadelige effecten van een therapie aangeven. Goed informeren loont dus en het is dan ook te prijzen dat Merckelbach en zijn collega's voorlichtingsfolders over verschillende therapievormen zijn gaan doornemen om te bezien of daarin gesproken wordt over de mogelijke nadelige gevolgen van psychotherapie. Dit leverde onthutsende resultaten op; bijna nergens werd goed besproken of

Deskundigen herken je niet zozeer aan hun successen, maar aan de mate waarin ze regels en inzichten van hun vak volgen

Dan waren er de waarschuwingen uit eigen gelederen die de gedragstherapeuten onder de loep namen. Pavlovianen hadden zo beweerd dat een plotselinge confrontatie met een fobisch object – zogenaamde *flooding* – de angst bij een fobicus alleen maar zal aanwakkeren vanwege sensitivatie. Ook die bewering doorstond empirische toetsing niet (Barlow, 2010; maar zie Moritz et al., 2015).

SLECHTER TIJDENS PSYCHOTHERAPIE

Ondertussen lijkt op de psychotherapeutische werkvloer de belangstelling voor mislukkingen maar matig ontwikkeld. De Zweedse onderzoeker Samuel Bystedt en zijn collega's (2014) hielden er een enquête over onder zo'n 1300 therapeuten. Slechts 74 van hen (< 5%) waren zo begaan met het onderwerp dat ze de enquête invulden. Van deze selecte groep zei 95% dat therapeutische mislukkingen voorkomen,

terwijl 75% meldde het zelf als therapeut ooit te hebben meegemaakt.

Engelse onderzoekers interviewden zowel patiënten als therapeuten over negatieve gebeurtenissen tijdens psychotherapie (Hardy et al., 2017). Wat vooral in het oog sprong, was dat de patiënten zulke ervaringen als veel indringender beoordeelden dan de therapeuten. Ook andere auteurs hebben opgemerkt dat psychotherapeuten nogal eens voorbij gaan aan de negatieve ervaringen van hun patiënten tijdens een behandeling, een punt waarop we nog terugkomen (Kächele & Schachter, 2014).

Een andere indicatie voor de stiefmoederlijke bedeling van het onderwerp is te vinden in wetenschappelijk onderzoek naar de uitkomsten van psychotherapeutische interventies (zogenaamde 'trials'; Nutt & Sharpe, 2008; Berk & Parker, 2009). Vaak worden in dat soort onderzoek

er eventuele nadelen of mislukkingen zijn. Al in 2004 gaf Hans Hoogervorst, de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, aan dat in een bijsluiters gesproken zou moeten worden over effectiviteit, nadelen en alternatieven voor diverse vormen van psychotherapie. Maar aan deze oproep is dus helaas weinig gehoor gegeven. Is dat omdat therapeuten bang zijn om hierover openheid te geven of schuilt er iets anders onder? Merckelbach c.s. halen onderzoek aan dat therapeuten de effecten van hun behandelingen te positief inschatten en daarbij gespeend zijn van enig realisme. Dit blind zijn voor mislukkingen komt, zo stellen zij, door het ontbreken van een classificatiesysteem voor

ongewenste gebeurtenissen tijdens de behandeling. Een nog gedurfde opmerking in dit verband is de constatering dat therapeuten baat zouden hebben bij positievere uitslagen met betrekking tot hun behandelingen. Ik vind dat een gewaagde constatering maar ontkennen en ontzenuwen kan ik hem ook weer niet.

Het pleidooi van Merckelbach c.s. eindigt met een zespuntenprogramma met betrekking tot het psychotherapeutisch falen. Van harte ondersteun ik deze zes punten; eigenlijk zouden deze zes punten in een soort dwingend manifest gegoten moeten worden. Alleen als therapeuten het aandurven om hun eigen falen onder ogen te zien, kunnen zij van

cliënten vragen om de confrontatie met de meer donkere kanten van hun bestaan aan te gaan. In die zin geven de auteurs dus een uitstekende wake up call en een aanzet tot een andere houding.

*Dr. Giovanni Timmermans heeft medicijnen, psychologie, filosofie, theologie en rechten gestudeerd in Nijmegen, Oxford, Cambridge en Parijs. Na een behandelcarrière is hij tegenwoordig actief als manager, bestuurder, onderzoeker en docent zowel in Nederland als in het Verenigd Koninkrijk. Ook is hij voorzitter van de redactieraad van De Psycholoog en voorzitter van de FGzPt.
Email: jmhptimmermans@telfort.nl.*

ONZE 'INCONVENIENT TRUTH'... ERVARING OP ZICH MAAKT ONS GEEN KUNDIGER THERAPEUTEN

Hear hear! Wat ben ik blij met dit stuk, zeg! Dat een behandeling die we uitvoeren eigenlijk beter zou moeten lopen, stel je voor! Of, sterker nog, dat we zelf verantwoordelijk zouden zijn voor die mislukking, *ach kom nou!* Ik overdrijf misschien wat, maar onderzoek geeft helaas aan – en u las er ook al iets over in het stuk van Merckelbach en collega's –, dat wij, psychotherapeuten, veelal geloven dat we het beter doen dan onze doorsnee collega en dat onze patiënten het veel beter doen dankzij onze therapie dan je op basis van onderzoek kan verwachten (zie Waller & Turner, 2018). We vinden onszelf goed. Misschien wel té goed. We zien onszelf als deskundig, zeker na wat jaren ervaring, toch?

Maar Merckelbach en collega's gaven het al aan: het is best lastig om als psychotherapeut uit te maken of je goed bezig bent, of je wel deskundig genoeg bent in wat je doet. En hoe word je beter? Ze verwijzen kort

naar een artikel van Tracey e.a. (2014) over expertise in psychotherapie. Een zeer lezenswaardig stuk. Toen ik het destijds las, was het een echte eye-opener (net als het werk van Glenn Waller – maar daarover zometeen meer). Ik stop het artikel ook steeds in de 'reader' voor cursisten wanneer ik workshops of trainingen geef. Tracey e.a. (2014) geven aan dat het lastig is voor therapeuten om expertise op te bouwen. Dat is iets eenvoudiger voor sommige andere beroepsgroepen zoals pakweg piloten in hun opleiding (Tracey e.a., 2014). Wanneer een piloot-in-spe tijdens een oefening in een flight simulator het vliegtuig laat crashen, kan de opleider nadien netjes het afgelegde parcours en handelingen van de trainee overlopen en bespreken waar de trainee de mist is ingegaan en wat hij anders of beter had moeten doen. Vervolgens kan de trainee het meteen opnieuw proberen, de *feedback* van zijn trainer indach-

tig.¹ Die onmiddellijke feedback en herhaald oefenen is iets wat in onze branche niet of zelden gebeurt – ook omdat het niet zo eenvoudig is. Feedback is hoe dan ook het sleutelwoord hier. Feedback kan ons, psychotherapeuten, toelaten om onze handelingen aan te passen of bij te sturen en desgevallend *deskundiger* te worden.

Merckelbach en collega's verwijzen naar het gekende onderzoek van onder meer Lambert en collega's waaruit blijkt dat psychotherapeuten die regelmatig feedback krijgen over hoe het met hun patiënten gaat (via ROM bijvoorbeeld), het nadien beter gaan doen. Dat soort onderzoek alleen al maakt dat ik het maar niet kan begrijpen waarom sommige collega's zich blijven verzetten tegen ROM. Ik heb het over weldoordachte ROM, op maat van de patiënt, niet over confectie-ROM in dienst van zorgverzekeraars. Maar Tracey en collega's (2015) wijzen er terecht op dat die feedback op zich

negatieve effecten gewoonweg niet geregistreerd (Parry et al., 2016; Holmes et al., 2018). Het is een verzuim dat ook *The Lancet Psychiatry Commission on Psychological Treatment Research in Tomorrow's Science* benadrukt: 'Historically, psychological therapy trials have been poor at both monitoring hypothesized side-effects and deterioration, and reporting serious adverse effects' (Holmes et al., 2018; p. 257).

Tegelijkertijd is er weinig reden om te geloven dat negatieve ervaringen tijdens psychotherapie zeldzaam zijn. De Engelse onderzoeker Mike Crawford en zijn collega's (2016) bevroegen bijna 15.000 patiënten die onder behandeling waren vanwege een angststoornis of depressie. De behandelingen varieerden van psychodynamisch georiënteerde interventies tot aan cognitieve gedragstherapie. Aan de patiënten werd de vraag voorgelegd of ze 'lasting bad effects from the treatment' hadden. Vijf procent antwoordde instemmend. Voor patiënten die een psychodynamische behandeling ondergingen was dat percentage overigens

hoger dan voor degenen die een vorm van gedragstherapie kregen (negen versus vijf procent).

VOORLICHTINGSFOLDERS

Crawford en collega's (2016) vonden bovendien dat het rapporteren van nadelige effecten verband hield met hoe geïnformeerd patiënten zich voelden. Patiënten die naar eigen zeggen voldoende uitleg over de therapie hadden ontvangen, meldden minder nadelige effecten.

Hoe goed worden Nederlandse patiënten voorgelicht over de mogelijke nadelen van psychotherapie? We inspecteerden een aantal voorlichtingsfolders. Ofschoon onze aanpak *ad hoc* was, kregen we de indruk dat de voorlichting over dit onderwerp beter kan. De brochures over schematherapie, *transference focused* psychotherapie (TFP) en mentaliseren-bevorderende therapie (MBT) die we raadpleegden, legden wel uit hoe de therapie verloopt, maar stonden niet stil bij eventuele nadelen of mislukkingen.

niet volstaat. De feedback moet ons aan het reflecteren zetten, en die reflectie moet hand in hand gaan met een hypothese-toetsende aanpak (zie ook: Hermans e.a., 2018). Met feedback moet je iets doen!

Een ander gerelateerd punt, en dat miste ik wat in het stuk van Merckelbach en co, is dat therapieën ook vaak minder goed lopen dan zou moeten, omdat wij als therapeuten na verloop van tijd meer en meer 'ons eigen ding' gaan doen, en minder vasthouden aan de evidence-based behandelingen die we geleerd hebben in onze opleiding. Waller noemt dit 'therapist drift': we drijven af, we gaan dwalen (Waller & Turner, 2018). We denken dat we na al die jaren ervaring wel weten hoe het (beter) moet, maar helaas... Ook hier geeft onderzoek weer aan dat die wat romantische visie op onze professie geen steek houdt. Er is geen enkele aanwijzing dat de zogenaamde wijsheid en skills die we denken verworven

te hebben na al die jaren dienst ons tot betere therapeuten maken (Tracey et al., 2015). Dàt is onze 'inconvenient truth'. En toch, het trouw vasthouden aan een protocol leidt doorgaans tot betere resultaten (en dus minder falen) dan wat te gaan 'freewheelen' op ons – notoir zwak – 'klinisch oordeel' (Waller & Turner, 2018). Zet beide auteurs, Waller en Tracey, op uw lijstje; ze zullen u helpen onze gedeelde 'inconvenient truth' onder ogen te zien én – wie weet – te tacklen.

Filip Raes (1977) is klinisch psycholoog en gedragstherapeut. Hij is als hoogleraar verbonden aan het centrum voor Leerpsychologie en Experimentele Psychopathologie van de KU Leuven. Zijn specialiteit is onderzoek en behandeling van depressie. E-mail: filip.raes@kuleuven.be.

Literatuur

Hermans, D., Raes, F. & Orlemans, H. (2018). *Inleiding tot de gedragstherapie* (7de herz.

druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. Tracey, T.J.G., Wampold, B.E., Goodyear, R.K. & Lichtenberg, J.W. (2015). Improving expertise in psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin*, 50, 7-13.

Tracey, T.J.G., Wampold, B.E., Lichtenberg, J.W. & Goodyear, R.K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal. *American Psychologist*, 69, 218-229.

Waller, G. & Turner, H. (2018). Het terugdringen van therapeutische dwaling: waarom goedwillende klinici er niet in slagen om evidence-based therapie te bieden, en hoe we weer op koers kunnen komen. *Gedragstherapie*, 51, 85-111.

1 Ik vertel in opleidingen vaak over die flight simulator bij piloten. Ik kan me helaas niet herinneren of ik die vergelijking zelf heb bedacht op basis van Tracey's verwijzing naar de beroepsgroep van piloten, of dat ik deze ooit elders heb gelezen of gehoord. Mocht dat laatste het geval zijn, mijn excuses aan de 'bedenker' ervan.

De brochure over cognitieve gedragstherapie die we lazten, stipte het onderwerp summier aan: 'Dit wil echter niet zeggen dat alle patiënten baat hebben bij cognitieve gedragstherapie. De effecten zijn per persoon verschillend. Soms kunnen ook andere psychologische behandelingen werkzaam zijn voor bepaalde problemen bij bepaalde patiënten. Het onderzoek naar het verder verfijnen en uitbreiden van psychologische behandelmethoden voor psychische stoornissen gaat dan ook verder.'³

De folder over *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) was nog het meest expliciet over mogelijke nadelen: 'Zijn er ook nadelen? Na afloop van een EMDR-sessie kunnen de effecten nog even doorwerken en dat is goed.

Toch kan dit in sommige gevallen de cliënt het idee geven even de regie kwijt te zijn, bijvoorbeeld als er nieuwe beelden of gevoelens naar boven komen. Vaak is het dan een geruststelling om te weten dat dit in de regel niet langer dan drie dagen aanhoudt. Daarna is er als het ware een nieuw evenwicht ontstaan. Het is aan te bevelen dat de cliënt een dagboekje bijhoudt en opschrijft wat er naar boven komt. Deze dingen kunnen dan in de volgende zitting besproken worden.'⁴

In een brief⁵ aan de Tweede Kamer bracht de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Hans Hoogervorst de volgende aanbeveling van de Gezondheidsraad onder de aandacht van de parlementariërs: 'Het is

3 Het betreft de folder *Cognitieve gedragstherapie: Een effectieve psychotherapie* (p. 6), uitgegeven door de Vereniging voor Cognitieve en Gedragstherapie (<https://www.vgct.nl/vgct.nl/public/over-cgt/brochures-voor-volwassenen>).

4 Het citaat is te vinden in de folder *EMDR: Informatie voor cliënten* uitgegeven door Vereniging EMDR Nederland (<http://www.emdr.nl/wat-is-emdr/folders/>).

5 Brief van 10 juni 2004.

Je slechter voelen tijdens of na psychotherapie is niet hetzelfde als je slechter voelen vanwege psychotherapie

wenselijk dat de beroepsgroepen komen met een soort bijsluiter voor cliënten met algemene informatie over de werkwijze bij en de effectiviteit, nadelen en alternatieven van diverse vormen van psychotherapie.' Meer dan tien jaar na dato is er wat dat betreft nog steeds werk aan de winkel (zie ook Otgaar & Merckelbach, 2016). Dat geldt evenzeer voor publieksvoorlichting over populaire interventies die zich goeddeels buiten de reguliere gezondheidszorg afspelen en die zeker niet vrij zijn van ongewenste neveneffecten, zoals *mindfulness* (Van Dam et al., 2018)⁶ en *attachment therapy*⁷.

MISLUKKINGEN VOORSPELLEN

Psychotherapeuten zijn slecht in het voorspellen van een ongunstig behandelresultaat (Tracey et al., 2014). Zo vroegen de Amerikaanse onderzoeker Corinne Hannan en haar collega's (2005) 48 therapeuten om prognoses op te stellen voor 550 patiënten die bij hen in kortdurende behandeling kwamen. De conclusie: 'Therapists rarely predicted deterioration. Only 3 (0.01%) of 550 clients were predicted to deteriorate, and only 1 of those predicted to deteriorate had, in actuality, deteriorated at the end of therapy. Actual outcome data indicated that 40 clients (7.3%) deteriorated by the end of therapy. We interpret these results as indicating that therapists tend to overpredict improvement and fail to recognize clients who worsen during therapy' (Hannan et al., 2005; p. 161).

Het onderzoek van Hannan en collega's is niet het enige in zijn soort. De psycholoog Derek Hatfield en collega's (2010) bestudeerden de behandelnotities die psychotherapeuten over 4.200 patiënten maakten. Een groep van 380 patiënten (9%) ging er tijdens de behandeling op achteruit.

Was dat terug te zien in de notities? 'Therapists did not indicate client worsening in their notes close to 70% of the time. It appears that often, therapists simply have difficulty noticing client deterioration' (Hatfield et al., 2010; p. 30).

HERVONDEN HERINNERINGEN

Sommige patiënten hebben geen baat bij psychotherapie en gaan er zelfs op achteruit. Onderzoekers schatten dat zo'n ongunstige uitkomst zich bij 5-20% van de patiënten voordoet (Linden & Schermuly-Haupt, 2014). Maar zeker niet elke negatieve ervaring is iatrogeen: je slechter voelen tijdens of na psychotherapie is niet hetzelfde als je slechter voelen vanwege psychotherapie.

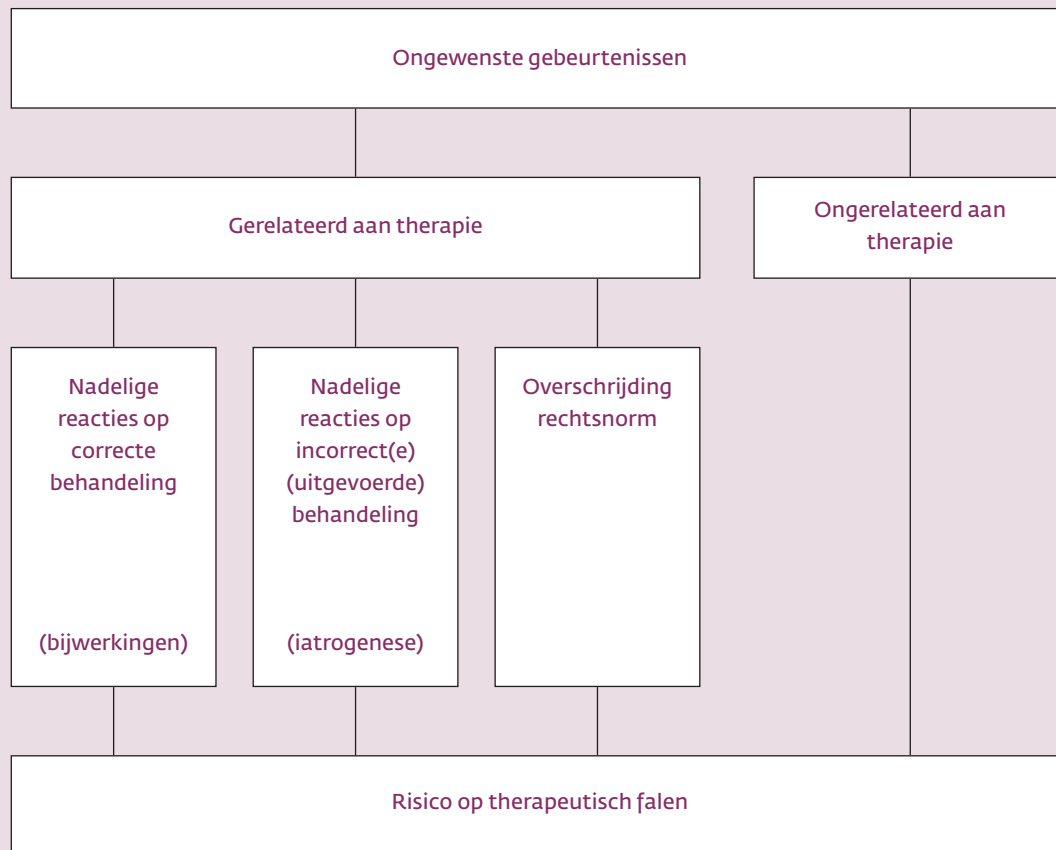
Er zijn interventies waarvan vaststaat dat ze een behoorlijk iatrogeen potentieel hebben. Berucht zijn *Critical Incident Stress Debriefing* bij mensen die werden geconfronteerd met een traumatisch voorval, *rebirthing*-technieken bij oppositionele jongeren, *bootcamp*-achtige interventies bij delinquente jongeren en therapieën waarin behandelaars – geheel in traditie van Freud – speuren naar verdrongen herinneringen (Lilienfeld, 2007; Barlow, 2010).

Deze laatste categorie verdient aparte vermelding aangezien patiënten het prominent worden van vervelende herinneringen tijdens de behandeling nogal eens als nadelig ervaren. In het Zweedse onderzoek (N=653) van Alexander Rozenthal en collega's (2016) meldde 38% van de patiënten dat 'unpleasant memories resurfaced' tijdens de behandeling. Dat op zichzelf hoeft geen verwondering te wekken en het is al evenmin gek als therapeuten aan dit soort herinneringen aandacht besteden. Riskant wordt het pas als therapeuten er stelselmatig naar gaan sonderen en dit tot prioriteit van de therapie verheffen (Otgaar & Merckelbach, 2016; Crombag & Merckelbach, 2017). De Canadese onderzoekers Janet Fetkewicz en collega's (2000) beschreven zo twintig patiënten die hulp zochten vanwege depressieve klachten. Uiteindelijk werden ze gediagnosticeerd met een meervoudige persoonlijkheidsstoornis (MPS) en behandeld met een therapie die erop gericht was om traumatische jeugdherinneringen op te delven. Aangezien MPS tot speerpunt van de behandeling was uitgeroepen, werd er minder aandacht besteed aan de depressieve klachten, zodat die gaandeweg de behandeling radicaliseerden. Zelfmoordpogingen in deze groep waren niet ongewoon: 60% (N=12) van de patiënten ondernam één of meerdere pogingen. De diagnose MPS, de nadruk op hervonden trauma's en het miskennen van de aanwezige depressie droegen, volgens de auteurs, bij aan deze pogingen (zie ook Lambert & Lilienfeld, 2007).

6 Van Dam en collega's (2018; p. 47) schrijven dat 'meditation-related experiences that were serious or distressing enough to warrant additional treatment or medical attention have been reported in more than 20 published case reports or observational studies.'

7 Zie daarover: www.childrenintherapy.org.

BOX 1. SCHEMATISCHE WEERGAVE NAAR DE TAXONOMIE VAN LINDEN (2013)



Ongewenste gebeurtenissen zijn alle negatieve gebeurtenissen die tijdens of na behandeling plaatsvinden en die het risico op therapeutisch falen vergroten. Voorbeelden zijn: toename ernst symptomen, nieuwe symptomen, relatieproblemen, stigmatisering, verlieservaringen en ziekteverzuim. Sommige gebeurtenissen zijn niet gerelateerd aan de therapie, bijvoorbeeld ontslag na een reorganisatie. Andere zijn wel gerelateerd aan de therapie en vallen uiteen in nadelige reacties op correct uitgevoerde behandelingen, bijvoorbeeld angsttoename tijdens exposure; nadelige reacties op incorrecte interventies, bijvoorbeeld pseudoherinnering na hypnose; en schending van een rechtsnorm, bijvoorbeeld ontucht met misbruik van gezag.

EEN TAXONOMIE VAN ONGEWENSTE GEBEURTENISSEN

Dat psychotherapeuten mislukkingen nogal eens over het hoofd zien, komt onder meer omdat ze geen classificatiesysteem hebben voor ongewenste gebeurtenissen tijdens de behandeling. Het ontbreken daarvan maakt het bijvoorbeeld

lastig om tijdens interviews of supervisies te praten over hoe je tegenslagen van fouten onderscheidt. Met dat in het achterhoofd ontwikkelde de eerder genoemde Linden (2013; zie ook Moritz et al., 2015; Schermuly-Haupt et al., 2018) een taxonomie die therapeuten moet helpen om na te denken over (1) ongewenste gebeurtenissen, (2) de mate waarin ze

het gevolg zijn van de behandeling en (3) de mate waarin dat dan weer duidt op iatrogenese. Zijn taxonomie loopt van toevallige tegenslagen (bijvoorbeeld ontslag vanwege reorganisatie) via onvermijdelijke bijwerkingen van deskundig uitgevoerde behandelingen (bijvoorbeeld angsttoename tijdens exposure) naar iatrogene effecten van ondeskundig uitgevoerde behandelingen (bijvoorbeeld pseudoherinnering na hypnose). Box 1 is onze eigen, wat simpele weergave van Lindens taxonomie. Ze verdient nadere uitwerking en zal dan – denken we – goede diensten kunnen bewijzen tijdens intervisie en supervisie. Preciezer gezegd: Lindens taxonomie kan helpen bij het articuleren van feedback, waardoor therapeuten hun expertise op een hoger plan kunnen brengen.⁸

Feedback over de voortgang van de patiënt is een veelbelovend vehikel om de therapeutische slagkracht te verbeteren

Een taxonomie van therapeutisch falen veronderstelt wel dat psychotherapeuten in staat zijn om regels en inzichten te formuleren over wanneer welke interventies bij welke patiënten een redelijke kans op succes garanderen. Het is pas tegen de achtergrond van zo'n normatief kader dat in tuchtrechtelijke zin een verband valt leggen tussen ondeskundig handelen en een ongewenste uitkomst (zie ook Giard, 2018). De afwezigheid van een normatief kader duidt op de onderontwikkelde status van een therapievorm, maar dan nog gelden natuurlijk altijd straf-, civiel- en tuchtrechtelijke regels.⁹

Terwijl de taxonomie van Linden bedoeld is voor psychotherapeuten, ontwikkelden Rozental en collega's

(2016) een instrument dat patiënten invullen en langs die weg informatie kan opleveren over verschillende soorten neveneffecten. Van hun *Negative Effects Questionnaire* (NEQ) bestaat een Nederlandse versie die gratis is te downloaden.¹⁰ De NEQ omvat 32 vragen van het volgende type: 'Ik kreeg gedachten dat het misschien beter zou zijn als ik er niet meer ben of dat ik zelfmoord zou moeten plegen'. De patiënt scoort op een vijfpuntschaal ('helemaal niet' tot 'extreem') hoe sterk hij zoiets heeft ervaren en of het met de behandeling samenhangt.¹¹

MONITOREN EN FEEDBACK

Instrumenten als de NEQ zijn belangrijk. Ze kunnen de therapeut voorzien van feedback over wat er mis dreigt te gaan en dat draagt weer bij aan het opbouwen van expertise (Goldberg et al., 2016). Er is veel te zeggen voor een werkwijze waarbij klachten en symptomen van de patiënt voortdurend worden gepeild ('monitoren') tijdens de behandeling en deze informatie vervolgens wordt gebruikt om de behandeling af te breken, bij te sturen of te intensiveren.

De Amerikaanse psychotherapeut Michael Lambert en collega's (2005) beschreven een systematiek waarbij de therapeut op tijd feedback krijgt over de patiënt om zo vroegtijdige beëindiging van de therapie te voorkomen. De auteurs lieten in een steekproef van een paar duizend patiënten zien dat een dergelijke aanpak zoden aan de dijk zet. Werd er op de gebruikelijke manier gewerkt – zonder monitoren en feedback –, dan bedroeg het percentage patiënten dat gaandeweg de behandeling verslechterde ongeveer 20%. Kregen therapeuten feedback over de symptomen van de patiënten, dan zakte dat percentage naar 13%. Werd de feedback gecombineerd met extra intensieve psychotherapie, dan daalde het nog verder naar 9%.

De Nederlandse psycholoog Pauline Janse en haar collega's (2017) publiceerden onlangs de resultaten van een studie waarin werd nagegaan of feedback de gunstige effecten van cognitieve gedragstherapie versterkt.¹² Bij dit onderzoek waren 1006 patiënten met uiteenlopende klachten en 85 therapeuten betrokken. Therapeuten die van feedback werden voorzien over hoe het met de patiënt ging,

8 Op geleide van zijn taxonomie ontwierp Linden (2013; tabel 2; zie ook Schermuly-Haupt et al., 2018) een voor psychotherapeuten handige checklist. Hij adviseert om die tijdens supervisie en training te gebruiken en voegt eraan toe: 'This includes the notion that finding side effects is not a sign of a bad but rather of a good therapist' (p. 294). Zie voorts Castonguay en collega's (2010).

9 Zoals respectievelijk art. 249 WvS dat handelt over misbruik met gezag, art. 7:453 BW dat handelt over de zorgplicht en art. 88 wet BIG dat handelt over geheimhouding.

10 En wel via www.neqscales.com.

11 De NEQ laat zich makkelijk inpassen in *Routine Outcome Measurements* (ROM).

12 Ten behoeve van de feedback werden in dit onderzoek twee makkelijk af te nemen instrumenten gebruikt: de *Outcome Rating Scale* (ORS) aan het begin van de sessie en de *Session Rating Scale* (SRS) aan het einde van de sessie. Beide vragenlijsten bestaan uit vier visueel analoge schalen.

boekten over het geheel genomen geen betere resultaten dan therapeuten zonder feedback. Maar bij specifiek depressieve patiënten deden therapeuten met feedback het wel beter dan therapeuten zonder feedback. Sowieso hadden therapeuten met feedback twee sessies minder nodig om hetzelfde resultaat te bereiken als therapeuten zonder feedback. De bevindingen van Janse en collega's spreken wat minder tot de verbeelding dan die van Lambert c.s. (2005), maar wat blijft staan is dat feedback over de voortgang van de patiënt een veelbelovend vehikel is om de therapeutische slagkracht te verbeteren.

Hoe dan ook biedt structurele feedback psychotherapeuten een preciezer inzicht in hun behandelresultaten. Zonder systematische terugkoppeling laten psychotherapeuten zich nogal eens in de luren leggen door een *hello-goodbye-bias* (Tracey et al., 2014).¹³ Daarbij dikt de patiënt aanvankelijk zijn symptomen aan om zo in aanmerking te komen voor behandeling (*faking bad*). Naarmate de therapie haar einde nadert, minimaliseert de patiënt de symptomen ten einde een goede indruk te maken (*faking good*). De psychotherapeut houdt er ten onrechte de indruk aan over dat de behandeling een succes was.

TEN SLOTTE

Mensen zijn over het algemeen niet briljant in het doorgronden van oorzakelijk samenhangen. Dat geldt al helemaal voor hulpverleners, want zij hebben de neiging om hun interventies te verbinden met positieve uitkomsten. Spaanse onderzoekers (Matute et al., 2015) lieten proefpersonen beschrijvingen lezen van fictieve patiënten. Soms kregen de patiënten medicatie voorgeschreven, soms ging het beter met de patiënten, en soms konden proefpersonen zelf hun fictieve patiënten medicatie voorschrijven. De onderzoekers maakten op willekeurige wijze combinaties van medicatie en uitkomsten. Proefpersonen legden bijna automatisch een verband tussen medicatie en symptomatische vooruitgang, ook als de combinatie op toeval berustte. De neiging om zo'n illusoire samenhang te zien werd sterker als proefpersonen zelf medicatie konden voorschrijven. Op de een of andere manier bevordert

'Researchers of psychological treatments do have personal interests in publication of (larger) effects, as these are more likely to lead to tenure and lucrative workshop fees'

zelf-geïnitieerde actie het zien van gunstige verbanden die er niet zijn.

Dat maakt het des te belangrijker om negatieve ervaringen tijdens psychotherapie als onderwerp serieus te nemen. We willen daar een paar overwegingen aan toevoegen. Ten eerste, therapieën worden geëvalueerd met zogenaamde *randomized controlled trials* (RCT's). RCT's worden als hoeksteen van een weloordachte gezondheidszorg gezien. Maar wie RCT's in het psychotherapeutisch domein vergelijkt met die in het medische domein, moet vaststellen dat er grote verschillen zijn. In het medische domein is het gebruikelijk om van te voren details van een RCT – hoeveel patiënten, welke metingen, welke bijwerkingen – vast te leggen. Zo'n prospectieve registratie is vaak zelfs een vereiste voor publicatie in een prominent vaktijdschrift. Slechts 15% van de RCT's naar psychotherapeutische interventies wordt prospectief geregistreerd, wat voor een deel de geringe belangstelling voor de bijwerkingen van psychotherapie verklaart: men houdt er simpelweg geen rekening mee (Cybulski et al., 2016). Het past in het beeld dat onderzoekers op dit terrein nogal eens worden gedreven door de wens om toch vooral de positieve kanten van psychotherapie te belichten (Cuijpers et al., 2010; Dragioti et al., 2017). Daarbij spelen zakelijke belangen een rol. Zoals de Amsterdamse hoogleraar Pim Cuijpers en zijn collega's (2010; p. 177) het zo snedig onder woorden brachten: *'Researchers of psychological treatments do have personal interests in publication of (larger) effects, as these are more likely to lead to tenure and lucrative workshop fees.'*

De tweede overweging: de bestudering van therapeutisch falen is belangrijk, al was het maar om te achterhalen welke patiënten het treft. Het is een oud idee dat psychotherapie veel patiënten zal helpen terwijl een minderheid er nadeel van lijkt te ondervinden (Barlow, 2010). Beide groepen op één

13 De kwestie is ingewikkelder dan we hier doen voorkomen. Regan en Hill (1992) lieten in hun onderzoek zien dat patiënten heel wat thema's die voor hen belangrijk zijn tijdens therapie onbesproken laten (*things left unsaid*), dat therapeuten slechts op een fractie daarvan (19%) de hand weten te leggen, maar dat als ze dit doen, dit aan de therapeutische relatie weer niet ten goede komt. *'There may be some benefit to having some things kept concealed within therapy,'* schrijven de auteurs (p. 173).

Hulpverleners hebben de neiging hun interventies te verbinden met positieve uitkomsten

hoop gooien leidt tot een amorf beeld van de therapeutische werkzaamheid. Interessanter is het om te bestuderen wie er nadeel ondervinden, of deze groep baat heeft bij extra intensieve behandeling, en welke rol symptoomoverdrijving in deze groep speelt. Over de vertekenende uitwerking die symptoomoverdrijving op behandeluitkomsten kan hebben, hebben anderen (Van Egmond & Kummeling, 2002) en ook wijzelf eerder geschreven (Merckelbach & Jelicic, 2010). Hier willen we volstaan met de opmerking dat het systeem van monitoring en feedback (Lambert en collega's, 2005) zich uitstekend laat combineren met het meten van symptoomoverdrijving die optreedt vanwege, bijvoorbeeld, secundaire belangen.

Alles overziend, zouden wij beleidsmakers, subsidieverstrekken, onderzoekers en psychotherapeuten een programma van zes punten willen aanbevelen:

- Investeer in wetenschappelijk onderzoek naar psychotherapeutisch falen;
- Neem in RCT's naar de effectiviteit van psychotherapeutische interventies instrumenten als de NEQ (Rozenal et al., 2016) mee;
- Betrek bij het protocolleren van psychotherapeutische interventies een taxonomie als die van Linden (2013);
- Optimaliseer voorlichtingsfolders en websites voor cliënten conform de wens van de minister;
- Installeer de systematiek van monitoren en feedback zoals beschreven door Lambert et al. (2005; zie ook Janse et al., 2017) op de psychotherapeutische werkvloer;
- Besteed in de opleiding van psychologen en psychotherapeuten meer aandacht aan het onderwerp van therapeutisch falen (Castonguay et al., 2010);

Ja, psychotherapie is mensenwerk. Daaraan de eis van perfectie stellen is onredelijk. Maar in dat mensenwerk speelt de therapeut de rol van katalysator, een katalysator die krachtiger wordt als systematische feedback over fouten, tegenvallers en uitglidders serieus wordt genomen

OVER DE AUTEURS

Harald Merckelbach is hoogleraar Rechtspsychologie aan de Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen van de Universiteit Maastricht. Sanne Houben is promovendus aan diezelfde Faculteit. Henry Otgaar is universitair hoofddocent aan diezelfde Faculteit. Brechje Dandachi-FitzGerald is universitair docent aan diezelfde Faculteit en gz-psycholoog i.o. tot klinisch psycholoog bij het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+). Jeffrey Roelofs is universitair docent aan diezelfde faculteit en gz-psycholoog i.o. tot klinisch psycholoog bij Lucertis K&J Psychiatrie, Maastricht. Correspondentieadres: Harald Merckelbach, Sectie Forensische Psychologie, Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen, Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD, Maastricht, h.merckelbach@maastrichtuniversity.nl.

Summary

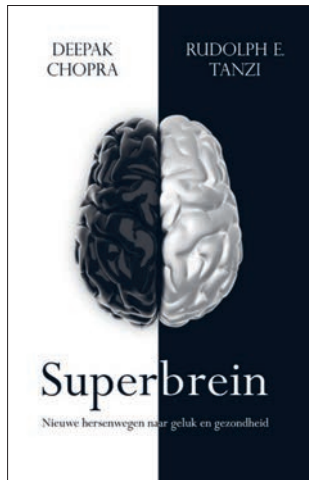
WHEN PSYCHOTHERAPY FAILS

H. MERCKELBACH, S. HOUBEN, H. OTGAAR, B. DANDACHI & J. ROELOFS

There is a deeply ingrained notion in some quarters of psychology and psychiatry that patients have to become worse before they become better. This *no-pain-no-gain* principle has a long tradition, but its empirical basis is, at best, weak. More importantly, the *no-pain-no-gain* doctrine obscures instances in which patients experience serious side effects during psychological treatment. In the current article, we discuss the literature about such side effects. Paying systematic attention to therapeutic failures and errors and disseminating information about them is an effective way of increasing expertise. Society increasingly demands evidence-based interventions from psychology and psychiatry. Studying adverse side effects fits well into this perspective as it may help to define boundary conditions.

Literatuur

- Barlow, D.H. (2010). Negative effects from psychological treatments. *American Psychologist*, 65, 13-20.
- Berk, M. & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: Side effects of psychotherapy. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 787-794.
- Blanchard, E.B. & Hersen, M. (1976). Behavioural treatment of hysterical neurosis: Symptom substitution and symptom return reconsidered. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 39, 118-129.
- Bystedt, S., Rozental, A., Andersson, G., Boettcher, J. & Carlbring, P. (2014). Clinicians' perspectives on negative effects of psychological treatments. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43, 319-331.
- Castonguay, L., G., Boswell, J.F., Constantino, M.J., Goldfried, M.J. & Hill, C.E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65, 34-49.
- Choi, B.C.K. & Pak, A.W.P. (2006). The hello-goodbye effect. In N.J. Salkind (Ed.), *Encyclopedia of Measurement and Statistics*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Crawford, M.J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E. et al. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: Results of a national survey. *The British Journal of Psychiatry*, 208, 260-265.
- Crombag, H.F.M., & Merckelbach, H. (2017). *Hervonden herinneringen en andere misverstanden*. Amsterdam: Olympus.
- Cuijpers, P., Smit, F., Bohlmeijer, E., Hollon, S.D. & Andersson, G. (2010). Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: Meta-analytic study of publication bias. *British Journal of Psychiatry*, 196, 173-178.
- Cybulski, L., Mayo-Wilson, E. & Grant, S. (2016). Improving transparency and reproducibility through registration: The status of intervention trial published in clinical psychology journals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 753-767.
- Dragioti, E., Karathanos, V., Gerdle, B. & Evangelou, E. (2017). Does psychotherapy work? An umbrella review of meta-analyses of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136, 236-246.
- Ericsson, K.A. (2009). *Development of professional expertise*. New York: Cambridge University Press.
- Fetkewicz, J., Sharma, V. & Merskey, H. (2000). A note on suicidal deterioration with recovered memory treatment. *Journal of Affective Disorders*, 58, 155-159.
- Freud, S. & Breuer, J. (1885; 1970). *Studien Über Hysterie*. Frankfurt a/m: Fischer.
- Foa, E.B. & Emmelkamp, P. M. (1983). *Failures in behavior therapy*. New York: Wiley.
- Giard, R. (2018). Het naadje van de causaliteit. *Expertise en Recht*, in druk.
- Giard, R. & Merckelbach, H. (2009). Nietzches gelijk: Waarom wijsheid achteraf onbillijk is. *Nederlands Juristenblad*, 84, 1014-1021.
- Goldberg, S.B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L. et al. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63, 1-11.
- Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon, C., Nielsen, S.L., Smart, D.W. et al. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 155-163.
- Hardy, G.E., Bishop-Edwards, L., Chambers, E., Connell, J., Dent-Brown, K. et al. (2017). Risk factors for negative experiences during psychotherapy. *Psychotherapy Research*, in druk.
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S.H. & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17, 25-32.
- Hogarth, R.M. (2001). *Educating intuition*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Holmes, E.A., Ghaderi, A., Harmer, C. J., Ramchandani, P.G., Cuijpers, P. et al. (2018). The Lancet Psychiatry commission on psychological treatments research in tomorrow's science. *The Lancet Psychiatry*, 5, 237-286.
- Israëls, H. (1995). Freud, fraude, en verdringing. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139, 2190-2194.
- Janse, P.D., De Jong, K., Van Dijk, M.K., Hutschemaekers, G.J. & Verbraak, M.J. (2017). Improving the efficiency of cognitive-behavioural therapy by using formal client feedback. *Psychotherapy Research*, 27, 525-538.
- Kächele, H. & Schachter, J. (2014). On side effects, destructive processes, and negative outcomes in psychoanalytic therapies: Why is it difficult for psychoanalysts to acknowledge and address treatment failures? *Contemporary Psychoanalysis*, 50, 233-258.
- Korrelboom, K. (2016). Negatieve effecten van psychotherapie. <https://www.vgct.nl/themas/wetenschappelijk-nieuws/kees-korrelboom-over-schadelijk-effecten-van-therapie>
- Lambert, M.J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J.L. & Hawkins, E.J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: Clinical results and practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 165-174.
- Lambert, K. & Lilienfeld, S.O. (2007). Brain stains: Traumatic therapies can have long lasting effects on mental health. *Scientific American Mind*, 18, 46-53.
- Lerner, J.S. & Tetlock, P.E. (1999). Accounting for the effects of accountability. *Psychological Bulletin*, 125, 255-275.
- Lilienfeld, S. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 53-70.
- Linden, M. (2013). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: From unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 286-296.
- Linden, M. & Schermuly-Haupt, M.L. (2014). Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry*, 13, 306-309.
- Matute, H., Blanco, F., Yarritu, I., Díaz-Lago, M., Vellido, M.A. & Barberia, I. (2015). Illusions of causality: How they bias our everyday thinking and how they could be reduced. *Frontiers in Psychology*, 6. doi:10.3389/fpsyg.2015.00888
- Merckelbach, H. & Jelicic, M. (2010). Maar niet heus: Simulanten. In A. Jansen, M.A. van den Hout & H. Merckelbach (Eds.). *Gek: Experimentele Psychopathologie* (pp. 229-259). Houten: Bohn, Stafleu & Van Loghum.
- Moritz, S., Fieker, M., Hottenrott, B., Seeralan, T., Cludius, B. et al. (2015). No pain, no gain? Adverse effects of psychotherapy in obsessive-compulsive disorder and its relationship to treatment gains. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 5, 61-66.
- Nutt, D.J. & Sharpe, M. (2008). Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy. *Journal of Psychopharmacology*, 22, 3-6.
- Otgaar, H. & Merckelbach, H. (2016). Praten kan wel kwaad: Waar is de bijsluiter? *Psychopraktijk*, 8, 10-11.
- Parry, G.D., Crawford, M.J. & Duggan, C. (2016). Iatrogenic harm from psychological therapies - Time to move on. *The British Journal of Psychiatry*, 208, 210-212.
- Regan, A.M. & Hill, C.E. (1992). Investigation of what clients and counselors do not say in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 168-174.
- Rozental, A., Kottorp, A., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). Negative effects of psychological treatments: An exploratory factor analysis of the negative effects questionnaire for monitoring and reporting adverse and unwanted events. *PLoS ONE*, 11: e0157503.
- Schermuly-Haupt, M.L., Linden, M. & Rush, A.J. (2018). Unwanted events and side effects in Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, in druk.
- Tracey, T.J.G., Wampold, B.E., Lichtenberg, J.W. & Goodyear, R.K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, 69, 218-229.
- Tryon, W.W. (2008). Whatever happened to symptom substitution? *Clinical Psychological Review*, 28, 963-968.
- Van Dam, N.T., van Vugt, M.K., Vago, D.R., Schmalzl, L., Saron, C.D. et al. (2018). Mind the hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspectives on Psychological Science*, 13, 36-61.
- Van Egmond, J. & Kummeling, I. (2002). A blind spot for secondary gain affecting therapy outcomes. *European Psychiatry*, 17, 46-54.



Willoos wezen of vrije wil?

Superbrein Nieuwe hersenwegen naar geluk en gezondheid

Door: Deepak Chopra en Rudolph E. Tanzi (2017)

Utrecht: Kosmos Uitgevers, 348 p.

Recensent: Wouter Schoonman

Al sinds de oude Grieken worstelen we met de vraag in hoeverre we echt de baas zijn over ons eigen leven en gedrag. Zoals Aristoteles opmerkte: 'Wat is de mens? Een monument van zwakheden, een prooi van het moment, een speling van het lot; de rest is slijm en gal.'

Kortom, ben jij het – je geest – die dingen autonoom beslist of voert je brein gewoon haar evolutionaire taak uit? Die taak is immers allereerst het doen overleven van dit lichaam en vervolgens te zorgen dat dit lichaam de soort helpt te overleven door voortplanting. Volgens een hersenwetenschapper als Dick Swaab, auteur van de bestseller *Wij zijn ons brein*, levert ditzelfde brein als 'bijproduct' het 'gevoel' van zelfbewustzijn: ik bepaal zelf wat ik doe. Een mooie illusie waarbij we ons prettig voelen.

Het boek *Superbrein* van Deepak Chopra en Rudolph E. Tanzi haakt aan bij dit debat. Chopra is arts, maar vooral ook expert op het gebied van spiritualiteit en meditatie. Harvard-professor Tanzi is autoriteit op het gebied van neurologie en breinproblemen, met name Alzheimer. Als koppel kennen zij de harde en zachte kant van ons brein goed. Dat maakt *Superbrein* ook een intrigerend boek: harde neurochemische en genetische bevindingen worden probleemloos afgewisseld met onderbouwde gedachten over het universum, intuïtie, breintechnieken en de samenwerking tussen de verschillende onderdelen of lagen van ons brein. Sterker nog: de auteurs beschouwen ieder mens als (potentieel) schepper van de werkelijkheid. Je kunt je eigen leven en daarmee de wereld vormgeven. Vandaar ook de

dappere pogingen om lezers die te maken hebben met problemen als Overgewicht, Angst of een Persoonlijke crisis te voorzien van adviezen hoe je je brein weer tot dienaar kan maken (in plaats van regisseur over je leven).

Het mooie van dit boek is echter het optimisme en de verstrekkendheid. Volgens Chopra en Tanzi zitten veel mensen 'vast' in de oudere lagen van het brein: de limbische en emotionele kant die disproportioneel het gedrag stuurt. Maar ook mensen die vasthouden aan het intellectuele of intuïtieve systeem, doen zichzelf te kort. Emoties zijn deel van het leven. Die vier lagen van ons brein zijn dus alle waardevol, met name wanneer 'jij' ze goed en bewust voor je laat werken. Dat is de kern van hun boodschap: 'wij zijn niet ons brein'.

Dat ons brein een superbrein kan zijn, blijkt uit de talloze voorbeelden van exceptionele prestaties. Lees bijvoorbeeld pagina 120 over een polyglot die zich in zeer korte tijd zestien talen eigen maakte. Maar kijk vooral om je heen: dan zie je mensen die het inderdaad lukt de wereld te veranderen. Voorbeelden overbodig, maar het lijkt erop dat het deze mensen gelukt is hun brein (deels) als een superbrein te gebruiken.

Zijn we een willoos wezen of hebben we een vrije wil? Na dit boek ben ik geneigd tot het laatste, maar het gebeurt niet vanzelf.

Dr. Wouter Schoonman is levenseinde consulent, Zen-beoefenaar en lid van de Redactieraad van De Psycholoog. E-mail: wouter@schoonman.net.



Zoeken naar verlichting

Het leven van Boeddha. De weg naar nu
De Nieuwe Kerk Amsterdam
De expositie is te bezoeken tot 3 februari 2019

Recensent: Vittorio Busato

Op 15 september j.l. opende de Dalai Lama de biografische tentoonstelling *Het leven van Boeddha. De weg naar nu*. Volgens overlevering zijn er meerdere Boeddha's geweest, maar deze tentoonstelling vertelt het levensverhaal van de Boeddha, namelijk Siddharta Gautama, die erkend wordt als de grondlegger van het boeddhisme. Siddharta Gautamo werd in de vijfde eeuw voor Christus geboren, groeide als rijke prins op in weelde en werd door zijn vader bewust binnen de paleismuren gehouden. Een toevallig tripje buiten die muren op zijn negentwintigste en de confrontatie met de armoede waar hij tot dusver geen weet van had, veranderde zijn leven. Op de dag dat zijn vrouw beviel van hun zoon die hij maar eenmaal zou aanschouwen, koos hij radicaal voor een niet-materieel leven waarin alles in het teken stond van spirituele ontwikkeling.

De tentoonstelling is gecentreerd rond de fases in Boeddha's leven: geboorte, ommekeer, verlichting, leerrede en dood. Elke fase geeft cruciale momenten en kantelpunten in zijn leven weer, die tevens zijn verbonden met essentiële uitgangspunten van zijn leer. Ruim zestig hedendaagse en eeuwenoude kunstwerken zijn voor deze tentoonstelling bij elkaar gebracht. Er gaat een welhaast meditatieve rust uit van de wijze waarop Boeddha-beelden uit diverse Aziatische landen zijn tentoongesteld, net als van de antieke beelden in bruikleen van de Koninklijke Vereniging van Verzamelaars der Aziatische Kunst en moderne kunst van onder anderen Ai Weiwei, Yoko Ono en Koos Breukel. En de hoog in de Nieuwe Kerk oprijzende boom van de Chinese kunstenaar Ai Weiwei vormt wat mij betreft het hoogtepunt. De boom is sowieso een belangrijk symbool in het boeddhisme: daaronder mediterend kwam Siddharta Gautamo tot menig diep inzicht. Dat waren geen goddelijke openbaringen, want het boeddhisme is bij uitstek de leer van een mens. Alleen al dat gegeven zou elke psycholoog, al dan niet sceptisch over de huidige aandacht voor mindfulness, moeten aanspreken.

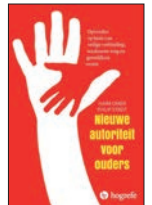
FOTO: ERIK EN PETRA HESMERG. HOOFD VAN BOEDDHA ŚĀKYAMUNI, THAILAND, KONINKRIJK LAN NA, CHIENG SEN, 15DE EEUW. GER EENENS COLLECTION THE NETHERLANDS / WERELDMUSEUM ROTTERDAM.

ADVERTENTIES

Nieuwe autoriteit voor ouders

Haim Omer en Philip Streit, 2018, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 160p., €19,95.

In dit toegankelijke boek voor ouders later de auteurs zien hoe je zelfverzekerd en doortastend kunt optreden, en hoe dit geen afbreuk hoeft te doen aan de relatie met je kind.



Intervisie met impact

Annick Seys en Jacqueline A-Tjak, 2018, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 96p., €30,00

Bekruipt u tijdens intervisie-momenten ook soms het gevoel dat u samen niet echt verder komt? Dit boek geeft heel concrete tips om te komen tot krachtige, leerzame en interessante overlegmomenten.



Meer rust en minder stress bij autisme, 3^{de} druk

Marja Boxhoorn, 2018, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 176p., €22,50

"Als autismecoach vind ik het heel prettig om deze methode als leidraad te gebruiken. Zo weet ik zeker dat ik mijn klanten een complete eigen handleiding naar een prettig levenstempo bied."



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

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



Te gast in de kliniek

't Is hier een gekkenhuis: de ommezwaai in de geestelijke gezondheidszorg

Door Koos Neuvel en Caroline de Pater

Amsterdam: Uitgeverij Podium, 287 p.

Recensent: Karel Soudijn

Vanaf januari 2016 bezochten Koos Neuvel en Caroline de Pater regelmatig een instelling op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, ergens in Nederland. Welke instelling blijft geheim: locaties, patiënten, cliënten en behandelaars krijgen fictieve namen. In ruil hiervoor mogen de auteurs overal vrij rondlopen en met iedereen praten. Aan de hand van ervaringen van betrokkenen beschrijven Neuvel en De Pater een psychiatrische kliniek in verandering. Telkens is daarbij de vraag wat verandering betekent voor de mensen die het betreft. Hiermee is het boek ook een verzameling levensverhalen.

Psychiatrie, zoals in dit boek beschreven, lijkt een pendeldienst tussen isoleren en integreren. Het klassieke gekkenhuis is neergezet ver van de bewoonde wereld, verscholen in bossen of tussen de duinen. En binnen de kliniek was er dan ook nog eens de isoleercel voor iedereen die voor extra overlast zorgde. Kan het anders? Voor idealisten in Nederland leek de naam van de Italiaanse stad Triëst jarenlang het toverwoord, want daarginds leek het mogelijk om klinieken te sluiten en voormalige patiënten deel te laten uitmaken van de grotere stadsgemeenschap. Dat zou hier ook moeten kunnen.

Er speelt nog een tegenstelling, namelijk die tussen kalmeren en activeren. Medicatie kan angsten en ongewenste gedragingen dempen, maar perken iemands mogelijkheden sterk in. Wie jarenlang op pillen leeft, is nauwelijks meer in beweging te krijgen. Beleid kan sterkere nadruk gaan leggen op activering van patiënten, maar die zijn vaak helemaal verleerd om initiatief te nemen. Bij hulpverleners ligt dit vaak

precies andersom. Die weten niet meer hoe je iets aan anderen kunt overlaten.

't Is hier een gekkenhuis is een fraaie illustratie van de enige natuurwet waar psychiatrie aan onderhevig lijkt te zijn, namelijk de Wet van Behoud van Ellende. We zien dit bijvoorbeeld terug in het verhaal van Ciska, die de kliniek heeft verlaten om in een Zeeuws dorp te gaan wonen. Formeel gezien leeft ze zelfstandig, maar twee keer per week komt een ervaringsdeskundige langs om haar te begeleiden. Ze wordt ook geholpen met de afhandeling van allerlei administratieve zaken, want ze kan moeilijk met geld omgaan. Dagelijks komt iemand van thuiszorg langs om haar te helpen met douchen. Drie uur in de week wordt haar huis schoongemaakt. Huishoudelijke hulp is nodig omdat ze zwaarlijvig is geworden. Haar zwaarlijvigheid lijkt het gevolg van medicatie. Neuvel en De Pater: 'Die medicijnen, bedenken wij naderhand, hebben een paradoxaal effect: die hebben ertoe bijgedragen dat ze minder last heeft van psychosen. Wat het mede mogelijk heeft gemaakt dat ze zelfstandig kon gaan wonen. Tegelijkertijd hebben die medicijnen haar zelfstandigheid aangetast; haar afhankelijkheid van de zorg is alleen maar toegenomen. En haar geestelijke gezondheid is weliswaar verbeterd, haar lichamelijke gezondheid is als gevolg van de obesitas onmiskenbaar verslechterd.'

In de psychiatrie lijkt verbetering een kwestie van heel kleine stappen zetten. Dit boek maant beleidvoerders tot bescheidenheid.

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



Denk meerstemmig

Bedreigde psychodiversiteit: pleidooi voor een innerlijke democratie

Door Hubert Hermans (2018)

Oud Turnhout / 's-Hertogenbosch: Gompel & Svacina, 172 p.

Recensent: Karel Soudijn

De Amsterdamse hoogleraar Psychologische Functieer Nico Frijda hield 53 jaar geleden een oratie met een vreemde titel: 'Kunnen mensen denken?' Aan het eind van zijn betoog gaf Frijda antwoord op die vraag: 'Ja, een beetje.' Hubert Hermans, emeritus hoogleraar Persoonlijkheidspsychologie in Nijmegen, gaat een stap verder dan Frijda. Een groot deel van zijn professionele leven lijkt te zijn gewijd aan de vraag of mensen kunnen leren om een beetje beter te denken. Die vraag is normatief, want wat is het criterium om goed of slecht van elkaar te onderscheiden? In zijn meest recente boek is Hermans heel duidelijk over dat criterium: denken moet democratische besluitvorming bevorderen, vooral ook als het gaat om persoonlijke keuzes.

Bedreigde psychodiversiteit is te lezen als een essay van een geleerde die na een lange carrière wil vaststellen wat op dit moment nu zijn belangrijkste bijdrage aan het vak is. Hermans keert zijn professionele bestaan binnenstenbuiten. Het begin van zijn beschouwing is breed en toekomstgericht: we moeten ons verzetten tegen het idee dat een autoriteit precies kan vaststellen hoe mensen met elkaar behoren om te gaan. Democratische besluitvorming kent geen definitief eindresultaat, maar is te beschouwen als een proces waarbij hooguit tijdelijk pas op de plaats wordt gemaakt. Verderop in zijn boek verwerkt Hermans korte autobiografische stukjes. Heel even komt hij in beeld als de briljante jonge onderzoeker die in de jaren zestig van de twintigste eeuw tijdens een studieverblijf in de VS aangestoken wordt door het virus van de antiautoritaire beweging. We herkennen hem als de

persoonlijkheidspsycholoog die met ideeën rondom het begrip 'diagnostiek' worstelde. Wie profiteert het sterkst van een diagnostisch etiket: de externe opdrachtgever, of de beschreven persoon zelf?

Uit onvrede met bestaande praktijken ontwikkelde Hermans later een methode waarbij diagnostiek vooral een hulpmiddel werd voor cliënten om impasses te doorbreken. Ervaringen met die methode past Hermans aan het slot van zijn boek toe in een pleidooi voor het bevorderen van onzekerheidstolerantie bij iedereen. Het hele boek berust bovendien op de stelling dat mensen in staat zijn om in gedachten een gesprek met zichzelf te voeren. Tijdens die innerlijke gesprekken zouden we vooral gebruik moeten maken van de vaardigheid om van perspectief te wisselen. Anders gezegd: 'innerlijke democratie' is te bevorderen door tijdens het nadenken ruimte te geven aan de andere kant van het verhaal. In contact met andere mensen is 'empathie' een sleutelbegrip.

Twee jaar geleden publiceerde de emeritus hoogleraar ontwikkelingspsychologie Dolph Kohnstamm het boek *De Eigenander: een ik in mij*. Kohnstamm is gefascineerd door de mogelijkheid die mensen hebben om zichzelf in gedachten toe te spreken. Hermans sluit duidelijk aan bij zijn collega – ook al noemt hij hem niet – maar hij is meer geïnteresseerd in de mogelijkheid die mensen hebben om zichzelf tegen te spreken. Hier zien we een verschil in accent: Kohnstamm is nieuwsgierig en descriptief, Hermans is bezorgd en normatief. Maar ze zetten ons allebei aan tot denken.

DE IMPACT VAN VERMISSING VOOR ACHTERBLIJVERS

TUSSEN HOOP EN VREES

Elk jaar raken ongeveer honderd personen langdurig vermist in Nederland. Vergeleken met het aantal sterfgevallen door moord of een verkeersongeval lijkt dat niet veel. Maar de impact van een vermissing is minstens zo groot, vertelt Lonneke Lenferink, onderzoeker aan de Rijksuniversiteit Groningen en Universiteit Utrecht. Ze promoveerde op een onderzoek naar de psychische gevolgen voor de achterblijvers. 'Hoe kunnen mensen rouwen als er geen lichaam is? Of als ze niet eens zeker weten of hun dierbare is overleden?'



Vroeger wilde Lonneke Lenferink jazz-zangeres worden. Ze zat ook een tijdje op het conservatorium, maar koos toch voor klinische psychologie, een studie met meer baanperspectief. 'Een goede vriendin van me was succesvol behandeld voor trauma met behulp van EMDR. Ik vond dat echt te gek, dat iemand met een paar sessies zo geholpen kon zijn. Dat wilde ik ook leren en daarom koos ik voor psychologie, met het doel de klinische praktijk in te gaan.'

Dat werd uiteindelijk de klinische onderzoekspraktijk. Na haar afstuderen solliciteerde ze op een vacature aan de Rijksuniversiteit Groningen en begon haar promotieonderzoek naar hoe achterblijvers omgaan met de vermissing van een dierbare. Haar onderzoek bestond uit een vragenlijststudie die werd

ingevuld door 137 Nederlandse en Vlaamse achterblijvers van wie een dierbare langer dan drie maanden was vermist. Daarnaast onderzocht ze welke vormen van therapie deze achterblijvers konden helpen de draad weer op te pakken.

'Vanuit de lotgenotenvereniging wist ik dat er behoefte was aan specifieke hulp voor deze groep,' aldus Lenferink. 'Die achterblijvers gaven aan dat de gebruikelijke cognitieve gedragstherapie bij gecompliceerde rouw niet aansloot op hun ervaring. Want hoe kunnen mensen rouwen als er geen lichaam is? Of als ze niet eens zeker weten of hun dierbare is overleden?'

ERKENNING

Bij lotgenotenvereniging *Achterblijvers na Vermissing* gaf Lenferink elk jaar een lezing over de voortgang van haar onderzoek. Zodoende kreeg ze bijna met elke

deelnemer aan de studie ook persoonlijk contact. Lenferink: 'Die mensen zoeken elkaar veel op, omdat het zo'n unieke situatie is. Ze zijn blij dat er serieus onderzoek wordt gedaan naar het onderwerp. Het is in zekere zin een erkenning van hun leed.'

Achterblijvers lopen om te beginnen tegen een muur van bureaucratische onzekerheden aan, vertelt Lenferink: 'Pas na vijf jaar vermissing kan er een "verklaring van vermoedelijk overlijden" worden aangevraagd. Daardoor ontstaan veel problemen: de hypotheek moet worden doorbetaald, terwijl een deel van het inkomen is weggefallen. Tegelijkertijd ben je misschien bezig een zoekactie te organiseren en gaat daar veel geld in zitten. Het komt ook voor dat mensen in het buitenland verdwijnen, tijdens vakantie, en dat de familie heel vaak op en neer moet reizen. Dat kost ook veel geld.'

Achterblijvers kunnen door zulke bijkomstigheden in grote financiële nood komen. Lenferink: 'Naast dat je emotioneel bezig bent het verlies te duiden en te verwerken, word je geconfronteerd met al dit soort juridische en praktische problemen. Via Slachtofferhulp wordt daarvoor begeleiding geboden, maar dat kan een stuk beter. Achterblijvers raken vaak verdwaald in een wirwar van bureaucratie waar ze niet meer uitkomen. Dat is natuurlijk funest voor een verwerkingsproces.'

'Het gebeurt dat achterblijvers elke dag bij de telefoon blijven zitten, in de hoop dat de vermiste belt.'

HOOP EN VREES

Een van de conclusies van haar onderzoek is dat de kans op een langdurige rouwstoornis bij achterblijvers van een vermiste ongeveer vijf keer zo groot kan zijn als bij nabestaanden van een natuurlijk overledene. Wat zijn de oorzaken achter die problematiek?

Lenferink: 'Zogenaamde normatieve rouwreacties zijn een verlangen naar de dierbare, intens verdriet of intense boosheid om het verlies, of het vermijden van dingen die doen herinneren aan het verlies. Als die reacties langdurig aanhouden en invaliderend zijn

voor het dagelijks leven, spreken we van verstoorde rouw. Volgens de DSM-5 kan de diagnose "Persisterende Complexe Rouw Stoornis (PCRS)" gesteld worden als die verstoorde rouwklachten langer dan een jaar aanhouden. Bij achterblijvers na vermissing bestaat de mogelijkheid dat de dierbare nog in leven is, wat het rouwproces kan bemoeilijken.'

In haar proefschrift haalt ze een studie aan onder naasten van slachtoffers van vermissing door politieke onderdrukking in Colombia, waaruit blijkt dat hoe meer hoop men koesterde dat de vermiste dierbare nog in leven is, hoe ernstiger de klachten waren. 'Ook uit onze studie bleek dat effect. Hoe meer mensen nog hoop koesteren, hoe meer ze kunnen gaan malen, zich afvragen waar de dierbare kan zijn. Dat rumineren lijkt bij vermissing een grote rol te spelen bij het ontstaan van gecompliceerde rouw- en PTSS- en depressieklachten: herhalende gedachten over de oorzaken en gevolgen van het verlies, zelfverwijtende gedachten: wat als ik dit of dat anders had gedaan?'

Een therapeut moet zich volgens Lenferink richten op de vraag waarop de hoop gevestigd is, en hoe realistisch die is. 'Is het hoop dat de dierbare levend wordt teruggevonden? Of dat er stoffelijke resten worden gevonden, zodat er ritueel afscheid kan worden genomen? Of hoop dat je erachter komt wat er is gebeurd? Of gaat het om hoop dat je in de toekomst om leert gaan met de vermissing? Er verdwijnen ook mensen vrijwillig van de radar. Achterblijvers kunnen daar erg onder gebukt gaan, zich schuldig voelen. Zij kunnen de hoop koesteren erachter te komen hoe het met iemand gaat, of waarom iemand eigenlijk verdwenen is.'

In welke verschijningsvorm dan ook, hoop kan zeker een belemmerende factor zijn, beaamt Lenferink. 'Het gebeurt dat achterblijvers elke dag bij de telefoon blijven zitten, in de hoop dat de vermiste belt. Of zelfs na jaren niet durven te verhuizen, omdat de vermiste de weg naar huis dan niet meer kan vinden. Dan kan behoorlijk invaliderend werken. Als therapeut zou ik die hoop uitvragen en erachter komen of je er profijt of juist last van hebt. Aan de andere kant: voor veel mensen geeft hoop kracht om door te gaan, door te blijven zoeken. Dus een therapeut moet hoop niet te snel als vals en schadelijk aanmerken, het is een gevoelig onderwerp en kan verschillende effecten hebben.'

RITUELEN

‘Bij vermissing zien we dat achterblijvers er baat bij hebben zelf rituelen uit te vinden om de vermiste mee te herdenken,’ vertelt Lenferink. ‘Dan is het niet zozeer het afsluiten, maar het leren omgaan met de situatie. Dat doen mensen op hele persoonlijke wijze. Zo was er iemand die altijd met de opdruk van een foto van de vermiste op haar T-shirt ging hardlopen. Het lopen bood haar afleiding, zo kon ze ontsnappen aan het piekeren en malen. En het shirt is een soort eerbetoon, ze heeft er zelfs een marathon in gelopen.’

Lenferink vertelt over een achterblijver uit Australië, die graffitikunstenaars vroeg om portretten te maken van haar vermiste broer. ‘Dat werden hele expressieve werken, bedoeld om de vermiste op een positieve en creatieve manier een gezicht te geven. Want op het nieuws hoorde ze alleen maar onpersoonlijke dingen: hij ziet er zo en zo uit, deze kleur haar, zo lang. Ze zei: “Dit is de erfenis van mijn broer, zo geef ik die vorm en integreer ik zijn vermissing in mijn leven.” Daarnaast heeft ze natuurlijk de hoop dat haar broer op die manier herkend wordt, maar vooral bereikt ze ermee dat hij niet vergeten wordt.’

Dat is wat ze veel hoort, dat andere mensen er snel aan voorbijgaan en na tien jaar tegen een achterblijver zeggen: Ben je daar nu nog mee bezig? ‘Maar achterblijvers willen juist niet vergeten,’ benadrukt Lenferink, ‘dergelijke afbeeldingen op T-shirts en muren dienen vooral om de herinnering levend te houden, ook bij anderen in de omgeving die minder dicht bij de vermiste stonden. Maar inderdaad, juist het in leven houden van de herinnering kan het gevaar met zich meebrengen dat iemand een rouwstoornis ontwikkelt. Dat is een paradox waarmee veel achterblijvers worstelen.’

ROUW ALS STOORNIS

Wat vindt ze als rouwwetenschapper van het verschil tussen zo’n rouwstoornis en een natuurlijk, gezond rouwproces? Verschilt rouwen niet zodanig van persoon tot persoon dat je het niet in een hokje zou moeten stoppen?

Lenferink: ‘De DSM-5 is met de termijn van een jaar nog terughoudend, waarschijnlijk om pathologisering van rouw te voorkomen. De ICD-11 stelt dat je na zes maanden al een rouwstoornis kan diagnosticeren. Als je dat vergelijkt met de criteria voor een depressie of

een PTSS is ook dat nog vrij behoudend. Na twee weken somberheid, slecht slapen en geïrriteerdheid kan er al sprake zijn van een depressieve episode. En bij PTSS kan de diagnose al na een maand gesteld worden. Die labels kun je ook krijgen als gevolg van een verlies, bijvoorbeeld “een verlies-gerelateerde depressie” of een PTSS na een gewelddadig of onverwacht verlies. Dus als je het zo bekijkt is het raar dat je pas na een jaar officieel de diagnose rouwstoornis kan krijgen.’

Persoonlijk vindt Lenferink het heel goed dat die diagnose nu beschikbaar is, want alleen dan wordt een behandeling vergoed. ‘Die termijn is een beetje nattevengerwerk, daar moeten we vooral onderzoek naar blijven doen. Met name naar de vraag of en wanneer klachten voorspellend zijn voor langdurige klachten. Want dat is wat je met een rouwstoornis zegt: dat mensen zonder hulp ook op langere termijn gebukt zullen gaan onder rouwklachten.’

ZELFCOMPASSIE

Door diepte-interviews te houden met een groep achterblijvers die ten tijde van het onderzoek geen psychische klachten hadden, hoopte Lenferink in kaart te brengen wat een goede manier was om met de situatie te leren leven. Mensen uit die groep vertelden dat ze nog vaak aan de vermiste dachten, maar hun leven er niet meer door lieten beïnvloeden. Lenferink: ‘Vaak waren het levensgebeurtenissen als het vinden van een nieuwe partner die een positieve invloed hadden. In therapie zou je dus de aandacht kunnen richten op het weer opbouwen van activiteiten die eerder zinvol werden gevonden. Ook het herdenken en het afleiding zoeken was behulpzaam, en sociaal contact blijven zoeken, ook al kan dat moeilijk zijn.’

Maatwerk is altijd geboden bij de behandeling van vermissing, benadrukt Lenferink: ‘Daarbij kan de therapeut uitgaan van een bestaande behandelvorm zoals cognitieve gedragstherapie, waarbij exposure wordt gebruikt en dysfunctionele gedachten worden uitgedaagd. Bij rouw kan het zijn dat iemand continu verliesgerelateerde stimuli uit de weg gaat, uit angst onophoudelijk te gaan huilen. In therapie kun je mensen stap voor stap blootstellen aan foto’s, filmpjes of brieven van de vermiste, en ze leren de emoties te omarmen.’

Bij vermissing is de kans echter groot dat zich in de



‘De hypotheek moet worden doorbetaald, terwijl een deel van het inkomen is weggefallen’

toekomst situaties zullen voordoen die de hoop weer doen oplaaien, waardoor van onomkeerbaarheid geen sprake is. Daardoor kan een vermiste vaak niet het definitieve verlies van een naaste accepteren. Hoe kun je dat probleem aanpakken in een therapie?

‘We hebben mindfulness-oefeningen toegevoegd aan het CGT-protocol,’ vertelt Lenferink, ‘om beter om te kunnen gaan met de voortdurende onzekerheid die bij vermissing komt kijken. Als je constant bezig bent met denken over de vermissing, kun je leren die gedachten te observeren en er minder mee bezig te zijn. We hebben een kleine trial gedraaid, dus over de effectiviteit kunnen we nog niet veel zeggen, maar de mensen die meededen waren er positief over en bij hen zagen we een afname van de klachten.’

Een van die klachten, het blijven piekeren over het verlies of de vermissing, is een vorm van vermijding, legt Lenferink uit. ‘Het is een soort angst om stil te staan bij wat het verlies nu betekent. Dat kan komen omdat iemand bang is die emoties toe te laten, zichzelf erin te verliezen. Zelfcompassie kan dan tegenwicht bieden, je kunt het zien als een soort natuurlijke exposure. Door zelfcompassie te tonen, word je

bewust van je eigen lijden, leer je dat te omarmen. Het vermogen voor zelfcompassie, zo blijkt ook uit mijn onderzoek, kan een beschermende factor zijn tegen het verstrikt raken in rumineren.’

ONBEKEND TERREIN

Tijdens het onderzoek werd de hierboven omschreven behandeling aangeboden aan de achterblijvers. Het bleek dat die potentieel effectief was. Lenferink is er trots op dat ze met haar onderzoek een brug naar de praktijk weet te slaan: ‘Ik heb ook therapeuten getraind in het behandelprotocol voor de vermissing van een dierbare. Dat was er nog niet in Nederland, en ik vind het heel belangrijk dat mijn onderzoek in die zin iets tastbaars heeft opgeleverd. Voor veel psychologen is rouwproblematiek nog vrij onbekend terrein. Wat ik vakgenoten zou willen meegeven, is dat het belangrijk is altijd alert te zijn dat rouwklachten een rol kunnen spelen in problematiek, ook al komt de cliënt daar niet mee binnen. Dus vraag altijd uit of er een verliessituatie is geweest die impact heeft op het leven. Iedereen maakt verlies mee, en bij sommigen kan dat van alles teweegbrengen, ook jaren na dato.’

Het behandelprotocol staat beschreven op www.levenmetvermissing.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!



Mooi om te zien hoe ambitieus secties zijn

Ben je actief lid voor een van de 18 NIP-secties? Dan zijn Nicole Janssen en Michelle Troost vast goede bekenden van je. Zij werken op het NIP-bureau als coördinatoren van de secties. Een belangrijke rol, want de secties zijn het hart van de vereniging.

Nicole en Michelle zien dat veel leden keihard werken voor het NIP. Ze lezen of schrijven mee met richtlijnen en veldnormen, maken handreikingen en beroepsprofielen of organiseren bijeenkomsten en symposia. Kortom te veel om op te noemen. Nicole benadrukt daarom ook dat secties altijd wel om actieve leden staan te springen. "En dan hoeft je echt niet gelijk in het bestuur. Meehelpen met de organisatie van een congres of workshop is ook vaak al fijn."

Verbinders

Belangenbehartiging van de psycholoog

vindt zowel op sectieniveau als op het NIP-bureau plaats. De coördinatoren zijn daarbij belangrijke verbinders: zij zorgen dat actieve leden en bureaumedewerkers elkaar weten te vinden. De beleidsmedewerkers van het NIP werken ook vaak aan projecten rondom de ontwikkeling van het vak, het verhogen van de kwaliteit of om de positie van de psycholoog te verbeteren. Het is belangrijk dat secties en bureau daarbij samen optrekken en hun krachten bundelen.

De afgelopen tijd zijn Nicole en Michelle vooral druk geweest met de plannen van de secties voor 2019. Sectiebesturen hebben

hun jaarplannen en begrotingen opgesteld. De coördinatoren ondersteunen daarbij en zorgen voor verbinding met de plannen van andere secties en het bureau. De lat voor volgend jaar ligt weer hoog, zien de coördinatoren. "Het is mooi om te zien hoe ambitieus secties zijn en hoeveel passie psychologen voor hun vak hebben!"

Bevlogenheid

Die bevoegdheid voor het vak zien Nicole en Michelle ook tijdens sectiebijeenkomsten en sectievergaderingen. Daar zijn ze (bijna) altijd aanwezig om met leden te spreken en te horen wat er leeft. Ze helpen indien gewenst ook bij de organisatie en denken mee over de invulling van de bijeenkomst. Het NIP organiseert veel bijeenkomsten, dus daar kunnen secties goed gebruik van maken.

Tot slot roepen de coördinatoren secties NIP-leden op om hun input vooral met hen te delen. Zie je ontwikkelingen in het vak waar het NIP actie op moet ondernemen? Meld het vooral bij Nicole en Michelle. Zij weten de weg binnen het bureau en kunnen je in contact brengen met de juiste personen.

Meer weten, actief worden of je aansluiten bij een sectie? Kijk op www.psynip.nl/secties of mail naar nicole@psynip.nl of michelle@psynip.nl.

“In veel sectoren krijgen starters prima betaald”



Uitgerust en ontspannen zit Suzanne van Hemert aan tafel. Na drie maanden reizen gaat ze aan de slag als psycholoog bij Jeugdggz. Na haar stage was het lastig om een baan te vinden. Via haar netwerk vond ze een onbetaalde stageplaats. Een hele investering, maar deze WEP-ervaring was uiteindelijk een goede opstap naar haar nieuwe baan.

Een eerste baan vinden is moeilijk voor iedere starter, maar in de ggz gaan mensen zelfs voor niets aan de slag om ervaring op te doen. Als bestuurslid van de Startende Psychologen én als ervaren WEP'er zette Suzanne zich in om de positie van starter in de ggz te verbeteren. Ze zat met de focusgroep WEP (werkervaringsplaatsen) van NIP en NVO aan tafel bij het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Vooral in de ggz-sector bleek het stageprobleem groot, zoals ook is te lezen in het eindrapport *Stages na afstuderen* van het ministerie.

Traineeships in de ggz

Suzanne vindt het een goede eerste stap dat het rapport er is. “Nu staat eindelijk zwart op wit hoe de arbeidsmarktsituatie voor starters in Nederland is. In veel andere sectoren is een traineeship heel gebruikelijk en worden starters prima betaald. Het zou mooi zijn als de ggz dat voorbeeld gaat volgen.”

Ook al is ze geen bestuurslid meer, Suzanne

heeft ideeën genoeg die starters beter de arbeidsmarkt op kunnen helpen. Zoals voorlichting over de arbeidsmarkt geven, zowel door het NIP als door de universiteiten. Hoogleraren zouden hun praktijkkennis veel meer kunnen delen, bijvoorbeeld door praktijkvakken te geven bij de klinische masters. Nu ligt de nadruk op wetenschappelijke kennis en onderzoek, terwijl je ook gespreksvoering wilt leren. Want als je voor een klinische master kiest, wil je gewoon echt graag in die behandelkamer aan de slag!

Waardevolle krachten verloren

Met het Forumartikel van vorige maand in *De Psycholoog* is Suzanne het oneens. Natuurlijk vinden veel klinische studenten uiteindelijk wel een baan, maar niet altijd op de plek die zij voor ogen hadden. Vaak kiezen ze noodgedwongen voor een andere sector of willen ze gewoon een

salaris waarvan ze de hypotheek wel kunnen betalen. Zo gaan er waardevolle krachten verloren die graag in de ggz aan de slag hadden gewild.

Die run op de gz-psychologenopleiding snapt ze eigenlijk ook niet zo goed. Basispsychologen doen echt goed werk, ziet Suzanne, en er zijn goede vergelijkbare postmasteropleidingen. Alleen vraagt de zorgverzekeraar voor de vergoeding om een gz-psycholoog. Het is zonde dat een financieringssysteem zoveel invloed heeft op de arbeidsmarkt.

Meer weten
en het rapport lezen?
Kijk op [Psynip.nl/
werkervaringsplaatsen](https://psynip.nl/werkervaringsplaatsen)

Tips voor starters

Heeft Suzanne nog tips voor starters? Ze adviseert studenten om iets te doen wat opvalt en gebruik te maken van het NIP-netwerk. De

sectie Startende Psychologen kunnen starters in contact brengen met beroepscoaches die loopbaanadvies kunnen geven. Maak dus gebruik van dat psychologennetwerk!



Kijk eens wat vaker in de spiegel die visitatie heet

Sommige dingen zie je alleen, als je er de tijd voor neemt. Kijk daarom ook eens professioneel in de spiegel! Het NIP ontwikkelde een visitatie-instrument waarmee u dit kunt doen.

Een goede zorgprofessional zijn, wil iedere psycholoog. Of je echt goed bezig bent, kun je toetsen met een NIP-visitatietraject. Samen met een collega ga je na hoe goed je de normen en waarden van je beroepsgroep kent en in praktijk brengt. Met als doel een verbeteringsproces op gang te brengen, de kwaliteit van de praktijkvoering te verhogen en te verbeteren. Bij steeds meer praktijken is visitatie daarom ook de norm voor alle behandelaars.

Een leven lang leren

Het Visitatiecertificaat is 5 jaar geldig. Daarna begint de cyclus weer opnieuw. De normen en waarden in de zorg zijn immers ook met enige regelmaat aan veranderingen onderhevig. Denk daarbij aan nieuwe wet- en regelgeving, richtlijnen en veldnormen. Zorg er daarom voor dat je altijd op de hoogte bent van de ontwikkelingen en je vak!

Hoger tarief

Het NIP regelt ieder jaar dat het NIP-visitatiecertificaat wordt gewaardeerd met een tariefopslag. Voor 2019 lukte dit bij Zilveren Kruis, VGZ, CZ (3% tariefopslag) en Menzis.

Pascale Klein Heerenbrink werkt als GZ-psycholoog bij de vrijgevestigde psychologengroep Haarlem. Zij ervaaarde het traject als zeer nuttig: "Vorig jaar heb ik het visitatietraject doorlopen. Ik heb dit als zeer nuttig ervaren en het was voor mij van toegevoegde waarde. De toevoeging op mijn werk was vooral om er even op een andere manier mee bezig te zijn. Een heleboel dingen blijk je al wel goed te doen, maar het zijn net even de puntjes op de i."



Overtuigd van nut en noodzaak?

Veel vakgenoten gingen je voor en keken in de professionele spiegel dit het visitatietraject biedt. Lees hun ervaringen en laat je overtuigen! Aanmelden kan via psynip.nl/visitatie.

Sandra Oosterhof werkt als vrijgevestigd GZ-psycholoog en Kinder- en Jeugdpsycholoog: "In 2017 heb ik visitatie aangevraagd bij het NIP en heb ik het proces doorlopen. Allereerst het in kaart brengen van mijn manier van werken, via een vragenlijst. Wat prettig was, is dat ik direct feedback kreeg over in welke mate dit aansloot bij de regelgeving en welke acties nog gewenst waren hierin. Hierna heb ik de vragenlijst besproken met twee collega's, waarbij we meer stil konden staan bij voor mij belangrijke punten. Ik vond het erg prettig dat ik zelf collega's kon kiezen, waarbij ik me prettig voel en we open konden praten.

De laatste stap in het visitatietraject was een gesprek met de visiteur. Dit gesprek verliep erg prettig. Ik had stiekem verwacht dat er zakelijk op elk regeltje afgevinkt zou worden, maar het werd een persoonlijk gesprek, waarin de verbinding tussen de regels, mij als deskundige en de inhoud van het vak werd gelegd. Dit geeft betekenis en bezieling. Deze stap in het visitatietraject heb ik zelf als de meest waardevolle ervaren."

NIP EVENTS

NATIONAAL PSYCHOLOGIE CONGRES VOOR PSYCHOLOGIESTUDENTEN

'Behind the scenes: How to become a psychologist?'

Op 16 november 2018 organiseert de Nationaal Congres Commissie (NCC) van SPS-NIP de 13e editie van het Nationaal Psychologie Congres. Dit jaar is het congres ook toegankelijk voor internationale studenten!



Psychologen komen echt overal terecht, blijkt uit het diverse aanbod van de sprekers. Zo vertellen een mediapsycholoog, verkeerspsycholoog, defensiepsycholoog en een consultant over wat hun werk inhoudt. Je kunt lezingen en workshops volgen over mindfulness, eetstoornissen en positieve psychologie. Björn van Vlokhoven geeft tips over de eerste stappen in je carrière. Daarnaast kun jij ook een speeddate ronde volgen en vragen stellen aan o.a. Ellen Laan en Patrick Wessels.

Kas Stuyf, mediapsycholoog en werkzaam bij programma's zoals expeditie robinson en wie is de mol? verzorgt de openingslezing. Mediapsycholoog Mischa Coster sluit de dag af.

Wil jij graag je CV laten pimpen of heb jij vragen over het opstellen van een motivatiebrief? Kom dan langs op onze infomarkt de 'Inspiration Station'. Hier zijn organisaties en beroepscoaches aanwezig.

Aanmelden en informatie kan via facebook.com/nationaalpsychologiecongres. Ook zie je daar een filmpje met een sfeerimpressie van het congres van vorig jaar.

ONTMOET JE VAKGENOTEN BIJ DE NIP-UP



Op Prinsjesdag (dinsdag 18 september) opende het Huis van de Psychologie zijn deuren. Tijdens deze NIP-Up brachten we een toast uit op de bijna 100 actieve leden die een bijdrage hebben geleverd aan de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden in de ggz en de jeugdhulp.

NIP-lid en voormalig sector jeugd voorzitter Flip Dronkers benadrukte dat het belangrijk is dat er richtlijnen zijn en dat professionals met deze richtlijnen werken, ook al is de praktijk wel eens weerbarstig. Een filmpje met een sfeerimpressie van deze NIP-Up vindt u op psynip.nl/NIPUp.

Heeft u deze NIP-Up gemist? Donderdag 29 november vindt de volgende NIP-Up plaats. Maud van Aalderen komt dan iets vertellen over running therapie. We houden het luchtig en kort zodat er voldoende tijd overblijft om bij te praten met je psychologie-collega's.

Nieuw bij het NIP? Kom dan vooral kennismaken om het NIP en je vakgenoten beter te leren kennen!



HAAL MEER UIT JE LIDMAATSCHAP!

Wist u dat er verschillende mogelijkheden zijn om uw contributie gedeeltelijk via uw werkgever vergoed te krijgen? Dit kan via verschillende cao's of via de werkkostenregeling.

Lees meer op psynip.nl/vergoedingcontributie en regel het voor half november!



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



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

RINO • amsterdam

opleiding en inspiratie voor professionals in de GGZ

→ **Kom je ook nazomen bij de RINO?**

Ouderen en Autismespectrumstoornis (ASS)
www.rino.nl/1001 | 22 oktober

Stress en ademhaling op het werk
www.rino.nl/1006 | 24 oktober

Cultuursensitief werken met het culturele interview
en het Cultural Formulation Interview
www.rino.nl/684 | 25 oktober

Deep democracy: een introductie
www.rino.nl/836 | 25 oktober

Vlieg op! De overgang vanuit medisch
en psychologisch perspectief
www.rino.nl/1004 | 25 oktober

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

Pessotherapie: een introductie
www.rino.nl/678 | 26 oktober

Seksuele bevrijding en verleiding
www.rino.nl/1026 | 26 oktober

www.rino.nl

Voor de vakgroep psychologie
zoekt Sevagram:

(GZ-)Psycholoog

(36 UUR PER WEEK)

Solliciteer via

www.werkenbijsevagram.nl

 **Sevagram**
Zorg met bezieling

IN SPE – MELISSA ALBERTS

Melissa en haar hulphondje Bhodi zijn onafscheidelijk. Ze kreeg de kleine Shetlie als puppy, niet lang voor ze aan de studie psychologie in Utrecht begon. Dat studeren werd haar destijds overigens sterk afgeraden door haar therapeuten. Ze was uitbehandeld verklaard na diverse opnames vanwege een eetstoornis. Met een universitaire studie zou ze te veel hooi op haar vork nemen. Nu, vijf jaar later, heeft ze haar bachelor bijna binnen en kan ze een triomfantelijk gevoel niet onderdrukken.

‘Door dat negatieve advies raakte ik extra gemotiveerd,’ vertelt ze. ‘Als iemand zegt dat ik iets niet kan, wil ik het tegendeel bewijzen. Dus ben ik keihard voor die studie gaan knokken, al heb ik wat vertraging opgelopen omdat ik soms terugviel. Mijn doel is altijd geweest om als ervaringsdeskundige professional te werken. In de behandeling van eetstoornissen is veel te winnen, vooral in de manier waarop trajecten worden opgezet. Vaak moet je lang wachten tussen behandelingen in, wat demotiverend is. Ik zou graag een eigen kliniek beginnen waarin vooral de continuïteit van de behandeling wordt gewaarborgd, een plek waar patiënten zich veilig en ook begrepen voelen.’

SPIEGELGEDRAG

Ze grapt weleens dat ze als boulimia-patiënt ter wereld is gekomen, omdat ze als baby al vaak de fles weigerde. Haar moeder kan er niet om lachen, maar het is de typische wrange humor die Melissa deelde met lotgenoten uit de kliniek.

‘Ik ben in mijn jeugd stelselmatig misbruikt door een oom. En toen op mijn

zevende kort na elkaar mijn opa en oma overleden, had ik het gevoel dat ik nergens meer controle over had. Eten was het enige dat ik nog kon controleren. Daar stopte ik toen mee, om een gevoel van leegte te krijgen, een prettige, verslavende high. In de tweede klas van het gymnasium woog ik nog maar dertig kilo en werd ik gedwongen opgenomen. Zelf vond ik dat er niks aan de hand was. Ik functioneerde gewoon, sportte zelfs nog. Maar terugkijkend besef ik dat ik ziek was, ik was vel over been. Volgens de artsen had het maar een week gescheeld of ik was overleden.’

Haar jeugd stond in het teken van de stoornis, van de verslaving om het wijzertje van de weegschaal omlaag te zien gaan. Ze leerde trucjes om uit klinieken ontslagen te worden: veel water drinken voor een weegmoment, stiekem zakjes met gewichtjes aan haar kleding naaien. Pas toen ze de zorg over Bhodi kreeg, via een stichting voor de inzet van hulphonden, beseftte Melissa wat ze haar omgeving aandeed.

‘Bhodi vertoont spiegelgedrag, dat is heel bijzonder. Ik merk het aan haar wanneer ik onrustig ben of gespannen. Dankzij haar kan ik mezelf reguleren, ook met eten. Bhodi was altijd dol op eten, niet te houden als ik met brokjes aankwam. Maar toen ik in een periode zat waarin ik niet at, weigerde ook zij te eten en zag ik haar verzwakken. Dat raakte me en ik ging weer wat eten, waarop zij hetzelfde deed. In zekere zin heeft ze mijn leven gered. Niet dat ik nu door Bhodi genezen ben, want ik moet zelf mijn stappen zetten. Soms heb ik een terugval, maar het besef is er en daar begint het mee.’



LOMPE BEWAKERS

Tijdens haar eerste jaar op de universiteit was ze ‘het meisje met de hond.’ Telkens werd haar gevraagd waarom ze dat hondje bij zich had, bewakers maakten soms lompe opmerkingen als ze een gebouw van de universiteit binnen wilde gaan. Gelukkig kan ze altijd een contactpersoon mailen om dat soort problemen met de toegang op te lossen.

‘Vooral al die vragen waren behoorlijk vermoeiend, dus toen het tweede jaar begon, dacht ik: dat pak ik anders aan. Ik ben bij een werkcollege voor de groep gaan staan en heb mijn medestudenten uitgelegd hoe het zat. Die assertieve aanpak werkte goed. Sindsdien ben ik open over wie ik ben, wat me tot dusver alleen maar positieve ervaringen heeft opgeleverd. Ik blog ook over mijn stoornis, op www.exploringmyworld.net,



FOTO: STIJN RADEMAKER

want het wordt tijd om af te rekenen met het taboe op psychische klachten.'

Ze is niet bang dat ze er toekomstige werkgevers mee afschrikt. 'Als ze me niet willen zoals ik ben, heb ik er toch niks te zoeken. Ik zie mijn achtergrond juist als meerwaarde voor de praktijk, dat merkte ik ook bij mijn stage voor 113 suïcidepreventie. Ik weet waar die mensen aan de telefoon het over hebben. Ik raak niet van slag als iemand zegt er een einde aan te willen maken. Integendeel, ik kan helpen omdat ik die uitzichtloze situatie herken.'

TABOE ONDER STUDENTEN

Ondanks haar stoornis leidt Melissa een redelijk normaal studentenleven. 'Bij etentjes van de studievereniging kan het moeilijk zijn, dan zit ik soms calorieën te tellen. Gelukkig weten de

'Als ze me niet willen zoals ik ben, heb ik er toch niks te zoeken'

anderen dan waarom ik even stil ben.'

Melissa is niet de enige student met klachten. Het aantal dat bij de psycholoog belandt, stijgt explosief. Melissa heeft niet het idee dat er onderling veel over gesproken wordt: 'Vreemd genoeg lijkt het taboe op psychische klachten juist onder studenten psychologie sterker te zijn, alsof zij geacht worden zelf geen klachten te hebben. Dat heeft misschien te maken met de prestatie-cultuur op de universiteit, maar zeker ook met social media, waar iedereen perfect moet zijn. Daarnaast is er de studieschuld die voor veel stress zorgt. Zelf logde ik laatst in bij duo en ik

schrok me een hoedje. Ook gebruiken veel studenten middelen als Ritalin om prestaties te verhogen. Waanzin, als je kijkt naar de mogelijke bijwerkingen.'

Nu zit ze midden in de verhuizing naar een eigen appartementje, weg van de campus en van ganggenoten die een puinhoop maken van het gebouw. 'Het grotemensenleven begint een beetje. Als ik klaar ben met de bachelor wil ik een master Klinische Psychologie doen, of een onderzoeksmaster. En misschien begin ik daarna toch geen kliniek, maar wil ik verder in de verslavingszorg. Ik zie wel wat er op mijn pad komt. Je kunt wel plannen maken, maar het leven loopt toch altijd anders.'

Korsakov-patiënten bleken vaardiger en zelfstandiger in het uitvoeren van alledaagse taken zoals huishouden en konden zich beter oriënteren na foutloos-lerentraining. Daarnaast verbeterde de kwaliteit van leven en namen gedragsproblemen af bij patiënten die foutloos-lerentraining hadden gevolgd. Het integreren van foutloos leren in de klinische praktijk heeft een toegevoegde waarde voor deze doelgroep, en kan hen meer onafhankelijkheid bieden in een zorgsetting waarin zij zich niet altijd thuis voelen.

FOUTLOOS LEREN BIJ HET SYNDROOM VAN KORSAKOV

INLEIDING

Jarenlang overmatig alcoholgebruik in combinatie met zelfverwaarlozing kan hersenschade tot gevolg hebben. In ernstige gevallen, waarbij er sprake is van een langdurig vitamine-B₁-tekort, kan dit het syndroom van Korsakov veroorzaken. Dit syndroom is een chronische aandoening dat gekenmerkt wordt door ernstige geheugenstoornissen en problemen met executief functioneren. Executief functioneren is een paraplubegrip voor verschillende functies, waaronder plannen en overzicht houden, die nodig zijn bij het uitvoeren van doelgericht gedrag, zoals het koken van een maaltijd (Brion et al., 2014; Cermak, Butters, & Goodglass, 1971; Kopelman et al., 2009; Van Oort & Kessels, 2009). Deze cognitieve problemen beïnvloeden het dagelijks leven van deze patiënten vaak dusdanig dat zelfstandig wonen geen optie meer is. Het lukt patiënten bijvoorbeeld niet meer om zonder hulp maaltijden te bereiden, omdat stappen vergeten worden, stappen in de verkeerde volgorde worden uitgevoerd, of omdat halverwege gestopt wordt met de taak. Door bovenstaande problemen zijn deze relatief jonge patiënten (patiënten zijn meestal tussen de veertig en zestig jaar wanneer zij de diagnose krijgen) vaak aangewezen op levenslange zorg in gespecialiseerde verpleeghuizen, ggz-instellingen of een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW).

Er is weinig onderzoek gedaan naar neuropsychologische behandelingen bij het syndroom van Korsakov, maar een methode die veelbelovend is om de zelfredzaamheid van patiënten met Korsakov te vergroten is foutloos leren (voor een overzicht zie Oudman et al., 2017). Middels deze

methode krijgen patiënten met geheugenproblemen vaardigheden aangeleerd. Het uitgangspunt is dat fouten tijdens het leerproces worden voorkomen. Door een vaardigheid routinematig, zonder fouten, te herhalen, slijt de vaardigheid als het ware vanzelf in (Haslam & Kessels, 2018). Foutloos leren doet waarschijnlijk een beroep op impliciete geheugenprocessen (Clare & Jones, 2008). In tegenstelling tot het expliciete geheugen is het impliciete geheugen bij patiënten met het syndroom van Korsakov vaak relatief gespaard. De resultaten van kleinschalige groepsstudies (variërend van acht tot vijftien deelnemers) naar foutloos leren bij het syndroom van Korsakov zijn overwegend positief (Kessels, Van Loon & Wester, 2007; Komatsu et al., 2000; Oudman et al., 2013). Patiënten met het syndroom van Korsakov leerden succesvol namen, routes en het bedienen van een wasmachine. Er zijn daarentegen ook nog veel onbeantwoorde vragen rondom foutloos leren: (1) het is onduidelijk of foutloos leren ook effectief is voor het leren van een breder scala aan vaardigheden, (2) er is weinig bekend over de optimale training, zoals trainingsduur en aantal trainingssessies en (3) het is onduidelijk of het leren van vaardigheden met foutloos leren de kwaliteit van leven van de patiënten vergroot. Kortom, er is meer systematisch onderzoek nodig met grotere groepen om het effect van foutloos leren vast te stellen.

Er is weinig bekend over de kwaliteit van leven van patiënten met het syndroom van Korsakov die verblijven in zorginstellingen. Oudman en collega's (2012) vergeleken de kwaliteit van leven van patiënten met het syndroom van Korsakov met die van patiënten met dementie in verpleeg-

huizen. Verpleegkundigen beoordeelden dat de kwaliteit van leven van patiënten met het syndroom van Korsakov hoger was dan die van patiënten met dementie. Toch was er bij de patiënten met het syndroom van Korsakov nog veel ruimte voor verbetering. Uit een vervolgstudie, die twintig maanden later werd uitgevoerd, bleek dat de kwaliteit van leven over tijd relatief stabiel bleef bij deze patiënten (Oudman & Wijnia, 2014). Het is belangrijk om interventies te ontwikkelen en onderzoeken die de kwaliteit van leven van patiënten met het syndroom van Korsakov in verpleeghuizen kunnen verbeteren.

Veel geïnstitutionaliseerde patiënten met het syndroom van Korsakov vertonen gedragsymptomen. Deze worden door zorgverleners als uitdagend ervaren (Gerridzen & Goossensen, 2014; Gerridzen et al., 2017). In een overzichtartikel beschreven Gerridzen en collega's (2017) de prevalentie en ernst van gedragsymptomen bij patiënten met het syndroom van Korsakov in verpleeghuizen. Zij maakten een onderscheid tussen vier categorieën gedragsymptomen: psychotische symptomen (inclusief confabulaties), affectieve symptomen, agitatie/agressie en overige symptomen, met apathie als voornaamste symptoom. Depressieve symptomen en agressie/agitatie kwamen het vaakst voor bij patiënten met het syndroom van Korsakov. Apathie werd als het meest ernstige symptoom beoordeeld.

Tot nu toe is er weinig bekend over interventies die bovengenoemde gedragsymptomen kunnen verminderen. Thomson et al. (2012) veronderstellen dat foutloos leren hiervoor effectief kan zijn, omdat het leren van vaardigheden de zelfstandigheid en onafhankelijkheid in een zorgsetting vergroot. In dit artikel¹ worden de resultaten beschreven van een onderzoek naar de effecten van foutloos leren bij patiënten met het syndroom van Korsakov in verpleeghuizen. Het eerste doel was om de invloed van foutloos-lerentraining op het uitvoeren van verschillende vaardigheden bij

patiënten met het syndroom van Korsakov te onderzoeken. Vervolgens werd onderzocht wat de invloed van foutloos leren training was op de kwaliteit van leven en gedragsproblemen bij patiënten met het syndroom van Korsakov en in een patiëntvergelijkingsgroep. Omdat patiënten in verpleeghuizen mogelijk meer autonomie en zelfstandigheid ervaren wanneer zij succesvol vaardigheden leren, werd verwacht dat de kwaliteit van leven zou verbeteren en gedragsymptomen zouden afnemen in de foutloos-lerentraining.

HET ONDERZOEK

Deelnemers aan het onderzoek werden geworven bij drie verpleeghuizen met gespecialiseerde Korsakovafdelingen. Deelnemers voor de foutloos-lerentraining werden geworven bij MeanderGroep (Kerkrade) en ZorgAccent (Hellendoorn). De vergelijkingsgroep werd geworven bij Atlant (Beekbergen). Deze instellingen zijn aangesloten bij het Korsakov Kenniscentrum. Om in aanmerking te komen voor het onderzoek moesten patiënten voldoen aan de criteria voor de DSM-5 diagnose voor uitgebreide neurocognitieve stoornis door alcoholgebruik, amnestisch-confabulerende type (APA, 2013). Alle deelnemers waren abstinente van alcohol. Patiënten ouder dan zeventig jaar bij wie de *Montreal Cognitive Assessment*-score (MoCA; Nasreddine et al., 2005) achteruitgang over tijd werden geëxcludeerd in verband met de kans op de aanwezigheid van dementie. Voorafgaand aan het onderzoek gaven de patiënten en hun wettelijke vertegenwoordigers schriftelijk *informed consent*.

FOUTLOOS-LERENTRAINING Zorgverleners in de foutloos-lerentraining zijn getraind in foutloos-lerenprincipes door een psycholoog.² Tijdens deze training werd uitleg gegeven over de methode, werden instructiefilmpjes getoond en stappenplannen gemaakt. Daarnaast werd er met behulp van rollenspellen geoefend om een vaardigheid foutloos aan te leren. In de vergelijkingsgroep werd deze training niet gegeven. Na de training zijn per patiënt twee vaardigheden geleerd met de methode van foutloos leren door zorgverleners (vanaf nu *trainers* genoemd). De vaardigheden moesten ten minste eens per week worden getraind.

Voor elke vaardigheid werd een stappenplan opgesteld (met als richtlijn maximaal twaalf deelstappen). De volgorde van de deelstappen werd aangehouden tijdens de training. Trainers begeleiden de patiënten om aarzelingen of het

1 Dit artikel is een bewerking van de drie Engelstalige artikelen die reeds in internationale tijdschriften zijn gepubliceerd: Rensen, Y.C.M., Egger, J.I.M., Westhoff, J., Walvoort, S.J.W. & Kessels, R.P.C. (2017). Errorless (re)learning of everyday activities in patients with Korsakoff's syndrome: A feasibility study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 1-5. doi: 10.1080/09602011.2017.1379419; Rensen, Y.C.M., Egger, J.I.M., Westhoff, J., Walvoort, S.J.W. & Kessels, R.P.C. (2017). The effect of errorless learning on quality of life in patients with Korsakoff's syndrome. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2867-2873. doi: 10.2147/ndt.s140950; Rensen, Y.C.M., Egger, J.I.M., Westhoff, J., Walvoort, S.J.W. & Kessels, R.P.C. (2017). The effect of errorless learning on psychotic and affective symptoms, as well as aggression and apathy in patients with Korsakoff's syndrome in long-term care facilities. *International Psychogeriatrics*, 1-9. doi: 10.1017/S1041610218000492.

2 Dat was medeauteur Josette Westhoff.

TABEL 1. VOORBEELDEN VAN VAARDIGHEDEN UIT VERSCHILLENDE CATEGORIEËN DIE GETRAIND ZIJN MET FOUTLOOS LEREN BIJ PATIËNTEN MET HET SYNDROOM VAN KORSKOV

HUISHOUDEN	CORVEE	MOBILITEIT	ADL*	ORIËNTATIE
Overhemd strijken	Koffie zetten	Boodschappen	Tanden poetsen	Agenda gebruiken
Plant water geven	Tafel dekken	Mobiel gebruiken	Handen wassen	Route training
Bed opmaken	Vaatwasser inruimen	Google gebruiken	Nagels knippen	Planbord gebruiken

*ADL: activiteiten van het dagelijks leven

TABEL 2. CATEGORIEËN VAN GEDRAGSSYMPTOMEN EN HOE ZIJ ONDERZOCHT ZIJN

CATEGORIE	MEETINSTRUMENT	SUBSCHAAL / ITEM
Psychotische symptomen	HoNOS-NAH	Item 6: Problemen als gevolg van hallucinaties, wanen of confabulaties
	NVCL-20	Subschaal: Uitgelokte confabulaties Subschaal: Spontane confabulaties
Affectieve symptomen	GIP-28	Subschaal: Affect
	HoNOS-NAH	Item 7: Problemen met depressieve stemming
Agitatie/agressie	HoNOS-NAH	Item 1: Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag
Apathie	GIP-28	Subschaal: Apathie

maken van fouten te voorkomen. Dit deden zij met instructiemethodes zoals *modeling* (de trainer doet de stap voor en laat de patiënt de stap meteen nadoen), verbale instructies (de trainer zegt per stap hardop voor wat de patiënt moet doen) of aanwijzen/aanreiken (de trainer wijst naar een voorwerp dat tijdens de volgende stap gebruikt wordt of reikt een voorwerp aan). Nadat een stap correct werd uitgevoerd, werden instructies afgebouwd. De duur en frequentie van de training werd van te voren niet vastgesteld. Per patiënt en vaardigheid werd doorgetraind zolang het nodig was.

UITKOMSTMATEN

Foutloos leren: De eerst verantwoordelijke verzorgende of verpleegkundige (evv'er) van elke patiënt beoordeelde voor en na de foutloos lerentraining de mate waarin de patiënt de vaardigheid kon uitvoeren op een 5-puntsschaal (1=kan het niet; 5=kan het met gemak). Daarnaast werd na elke trainingssessie ingevuld hoeveel instructie nodig was per deelstap (1=modeling, 2=verbale instructies, 3=aanwijzen/aanreiken, 4=deelnemer voert stap zelfstandig uit, zonder instructie). De vaardigheden werden onderverdeeld in vijf categorieën: huishouden, corvee, mobiliteit, activiteiten van het dagelijks leven (ADL) en oriëntatie. Tabel 1 bevat voor-

beelden van getrainde vaardigheden (per categorie).

Kwaliteit van leven: Kwaliteit van leven van zowel de foutlooslerentraining als de vergelijkingsgroep werd (net als in de studies van Oudman et al., 2012, 2014) gemeten met de QUALIDEM (Ettema et al., 2005). De QUALIDEM meet negen aspecten van kwaliteit van leven, namelijk: zorgrelatie, positief affect, negatief affect, rusteloos gedrag, positief zelfbeeld, sociale relaties, sociaal isolement, zich thuis voelen en iets om handen hebben. Twee zorgverleners, onder wie de evv'er, vulden de lijst samen in, om te controleren voor de wisselende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de sub-schalen (variërend van Chronbachs $\alpha=.49$ voor positief zelfbeeld tot Chronbachs $\alpha=.79$ voor zorgrelatie). Net als in Oudman et al. (2012; 2014) zijn de scores getransformeerd van 0-100, waarbij een hogere score een betere kwaliteit van leven betekende.

Gedragsproblemen: Net als in Gerridzen et al. (2017) werd een onderscheid gemaakt tussen categorieën van gedragsproblemen: psychotische symptomen (inclusief confabulaties), affectieve symptomen, agitatie/agressie en apathie (Gerridzen et al., 2017). Tabel 2 geeft een weergave van de categorieën van gedragsproblemen en hoe ze gemeten zijn in de huidige studie. De verkorte versie van de *Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric* (GIP-28, De Jonghe,

TABEL 3. GROEPSKENMERKEN VAN DE FOUTLOOS-LERENTRAINING (FL) EN DE VERGELIJKINGSGROEP

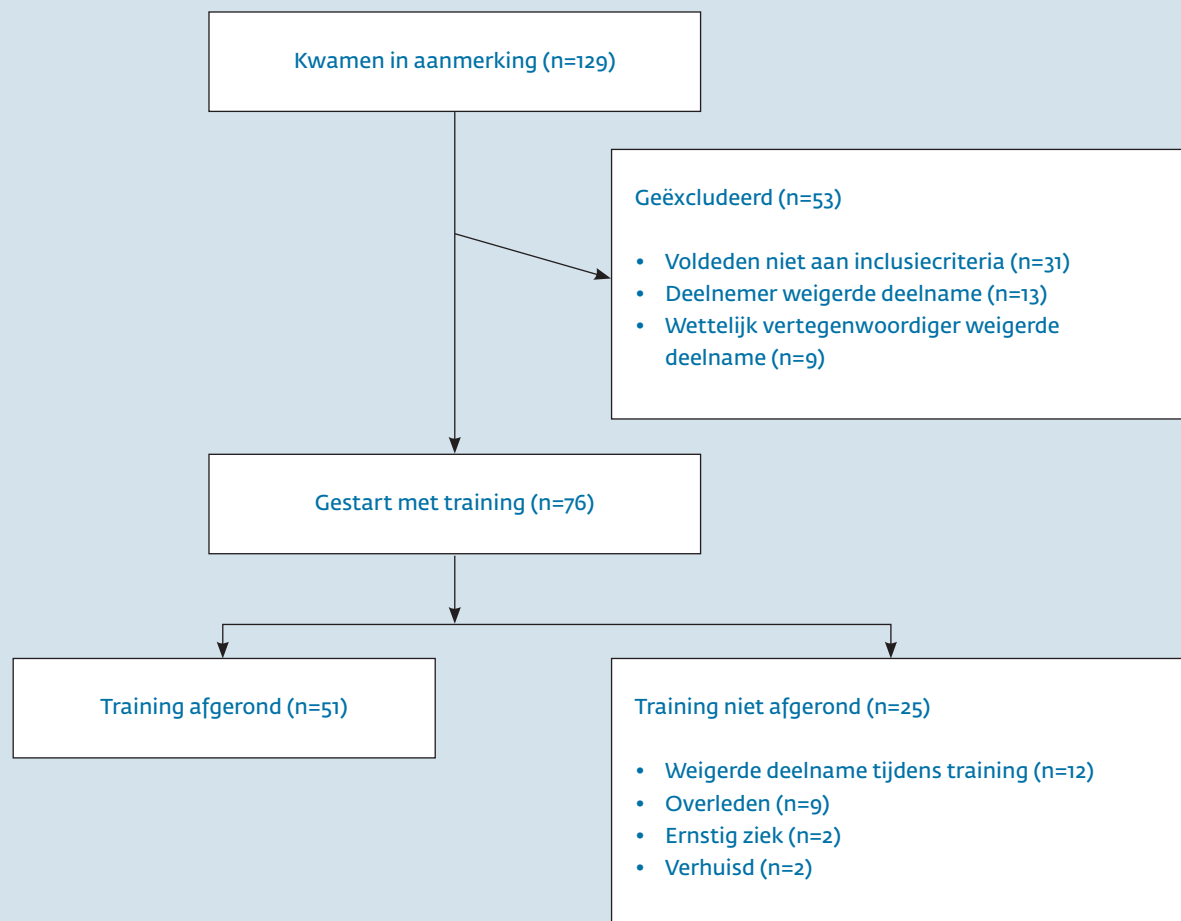
GROEPSKENMERKEN	FLGROEP (N = 51)	VERGELIJKINGSGROEP (N = 31)	P-WAARDE
Leeftijd	59.9 (6.3)	62.2 (8.1)	n.s.
Geslacht (man / vrouw)	38/13	22/9	n.s.
Opleidingsniveau	4 (5)	4 (5)	n.s.
Tijd in verpleeghuis (jaren)	6.8 (5.9)	7.9 (6.6)	n.s.
MoCA 7.1 totaalscore	16.1 (4.7)	15.1 (3.5)	n.s.

Noot. Gemiddeldes en standaarddeviaties zijn gepresenteerd voor leeftijd, tijd in verpleeghuis en MoCA 7.1 totaalscore; frequentiescores zijn gepresenteerd voor geslacht; de mediaan en range zijn weergegeven voor opleidingsniveau.

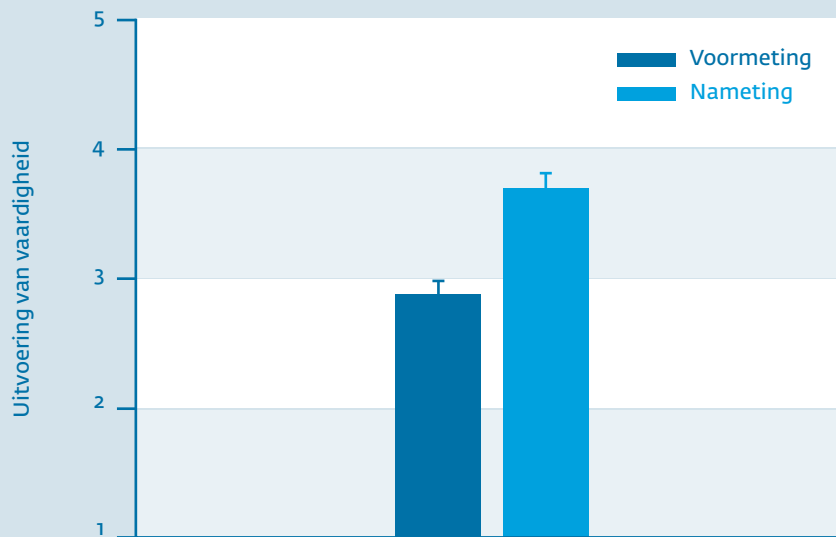
Opleidingsniveau bestaat uit zeven categorieën, reikend van 1 (minder dan basisonderwijs) tot 7 (universitair diploma). MoCA = Montreal Cognitive Assessment, versie 7.1.

n.s. = niet significante resultaten ($p > .05$).

FIGUUR 1. INSTROMING DEELNEMERS



FIGUUR 2. SCORES OP EEN 5-PUNTSSCHAAL (1=KAN HET NIET; 5=KAN HET MET GEMAK) VOOR EN NA FOUTLOOS-LERENTRAINING BIJ PATIËNTEN MET HET SYNDROOM VAN KORSAKOV



Ooms, Ribbe, 1997), de *Health of the Nation Outcome Scales–Niet Aangeboren Hersenletsel* (HoNOS–NAH) en de *Nijmegen-Venray Confabulatie Lijst* (NVCL–20; Rensen et al., 2015) zijn afgenomen om de vier categorieën gedragssymptomen te meten. Alle observatieschalen werden ingevuld door zorgverleners die de patiënten goed kenden.

RESULTATEN

DEMOGRAFISCHE GEGEVENS Een flowchart van de deelnemers in de studie is te zien in figuur 1. Bij 76 patiënten met het syndroom van Korsakov is foutloos-lerentraining gestart. Tweeënvijftig patiënten hebben de training afgerond. Er waren geen verschillen in opleidingsniveau en MoCA totaalscore tussen patiënten die de training hebben afgerond en patiënten die halverwege gestopt zijn met de training. Deze laatste groep was wel ouder ($M=64.5$; $SD=5.7$) dan de groep die de training heeft afgemaakt ($M=59.9$; $SD=6.3$; $U=195.00$; $Z=-2.8$, $p=.023$). Na het voltooien van de training is één deelnemer alsnog geëxcludeerd vanwege een mogelijke kans op dementie. De foutloos-lerentraining in dit onderzoek bestond uiteindelijk uit eenenvijftig patiënten en de vergelijkingsgroep uit eenendertig patiënten met het syndroom van Korsakov. Een overzicht van de groepskenmerken is weergegeven in tabel 3.

FOUTLOOS LEREN Scores op de 5-puntsschaal voor- en na de foutloos lerentraining zijn weergegeven in figuur 2. Patiënten konden de vaardigheden significant beter uitvoeren na de foutloos-lerentraining dan daarvoor ($Z=-4.31$; $p<.001$). Huishoudelijke vaardigheden werden 36 keer getraind, corveetaken werden 33 keer getraind, mobiliteitstaken werden 14 keer getraind, ADL-taken werden 11 keer getraind en oriëntatievaardigheden werden 8 keer getraind. Figuur 3 laat de scores op de 5-puntsschaal zien voor- en na de foutloos-lerentraining voor de vaardigheden uit verschillende categorieën. Significante verbeteringen na de training werden gevonden voor vaardigheden uit de categorieën huishoudelijke vaardigheden ($Z=-3.44$, $p=.001$), mobiliteit ($Z=-2.36$; $p=.018$), ADL ($Z=-2.11$; $p=.035$) en corvee ($Z=-3.62$; $p<.001$). Oriëntatievaardigheden werden niet beter uitgevoerd na foutloos-lerentraining.

Het hoogst haalbare niveau van presteren werd gemiddeld bereikt na tien trainingssessies ($SD=4.9$) en stappenplannen bestonden gemiddeld uit zeven stappen ($SD=2.5$). Er werden geen verschillen gevonden tussen vaardigheden uit verschillende categorieën wat betreft het aantal trainingssessies om de hoogst haalbare score te bereiken ($p=.988$) en het aantal stappen in de stappenplannen.

Categorieën	Voor FL training	Na FL training
Huishouden	3.0	3.9
Corvee	3.0	3.8
Mobiliteit	2.3	3.1
ADL	2.4	3.9
Oriëntatie	2.9	3.5

	FLGROEP (N = 51)		P-WAARDE	VERGELIJKINGS- GROEP (N = 31)		P-WAARDE
QUALIDEM sub-schalen	T1	T2		T1	T2	
Zorgrelatie	46.7 (16.4)	52.5 (16.0)	.005	47.7 (14.4)	45.2 (18.6)	.359
Positief affect	58.6 (15.4)	62.8 (13.8)	.062	56.1 (16.9)	57.7 (17.8)	.474
Negatief affect	54.4 (18.4)	59.6 (15.9)	.022	53.8 (21.4)	53.5 (17.2)	.664
Rusteloos gedrag	34.3 (21.3)	42.0 (21.9)	.011	49.5 (18.2)	40.9 (21.0)	.033
Positief zelfbeeld	57.7 (17.8)	66.3 (12.9)	.006	62.9 (15.2)	62.4 (15.2)	.842
Sociale relaties	46.9 (14.4)	54.7 (13.7)	.001	44.5 (16.9)	47.0 (17.4)	.258
Sociaal isolement	50.0 (16.0)	58.8 (14.0)	.001	55.9 (16.1)	50.8 (20.1)	.106
Zich thuis voelen	52.1 (18.7)	58.2 (19.8)	.040	57.9 (15.5)	61.3 (19.5)	.109
Iets om handen hebben	43.9 (23.5)	52.9 (24.2)	.007	42.7 (21.1)	43.5 (23.9)	.792

Dikgedrukt: $p < .05$

TABEL 5. GEOBSERVEERDE GEDRAGSSYMPTOMEN (GEMIDDELDEN EN STANDARD DEVIATIES) VAN EEN GROEP PATIËNTEN MET HET SYNDROOM VAN KORSAKOV DIE GETRAIND WERDEN MET FOUTLOOS LEREN (FL) EN EEN GROEP PATIËNTEN DIE UITSLUITEND GEBRUIKELIJKE ZORG KREGEN (VERGELIJKINGSGROEP) BIJ EEN VOORMETING (T1) EN NA VEERTIEN (FL GROEP) EN ELF MAANDEN (VERGELIJKINGSGROEP; T2)

	FLGROEP (N = 51)		P-WAARDE	VERGELIJKINGS- GROEP (N = 31)		P-WAARDE
	T1	T2		T1	T2	
SYMPTOMEN						
HoNOS-NAH psychotische symptomen (min. 0 – max. 4)	1.08 (1.31)	0.20 (0.53)	<.001	0.31 (0.76)	0.48 (1.00)	.389
NVCL-20 Spontane confabulaties (min. 9 – max. 45)	14.10 (4.57)	12.94 (3.96)	.120	12.61 (5.43)	13.48 (4.61)	.126
NVCL-20 Uitgelokte confabulaties (min. 3 – max. 15)	10.98 (2.87)	9.35 (3.28)	<.001	9.90 (3.10)	9.71 (2.84)	.702
Affectieve symptomen						
GIP-28 Affect (min. 0 – max. 36)	9.78 (5.05)	6.65 (4.46)	.001	8.42 (5.63)	8.65 (5.33)	.778
HoNOS-NAH depressieve symptomen (min. 0 – max. 4)	1.63 (1.33)	0.71 (0.67)	<.001	0.90 (0.85)	0.81 (0.98)	.696
Agitatie en agressie						
HoNOS-NAH agitatie/ agressie (min. 0 – max. 4)	1.39 (1.02)	0.68 (0.67)	<.001	1.14 (0.88)	0.97 (1.17)	.675
Apathie						
GIP-28 Apathie (min. 0 – max. 40)	8.52 (4.39)	7.96 (4.55)	.535	10.55 (5.14)	10.55 (4.23)	.737
HoNOS-NAH= Health of the Nation Outcome Scales-Niet Aangeboren Hersenletsel; NVCL-20 = Nijmegen Venray Confabulatie Lijst-20; GIP-28 = verkorte versie van de Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric, vetgedrukt: $p < 0.05$						

KWALITEIT VAN LEVEN Tijdens de baselinemeting (T1) werden de vragenlijsten om kwaliteit van leven en gedragssymptomen te meten ingevuld door de zorgverleners. Dezelfde lijsten werden nogmaals ingevuld bij een vervolgmeting (T2). T2 gebeurde veertien maanden na T1 in de foutloos-lerengroep (en vijf maanden nadat de foutloos-lerentraining was afgerond) en elf maanden na T1 in de vergelijkingsgroep.

Scores op de QUALIDEM zijn gepresenteerd in tabel 4. Scores op de volgende subschalen verbeterden significant over tijd in de foutloos-lerengroep: zorgrelatie ($Z=-2.78$; $p=.005$), negatief affect ($Z=-2.30$; $p=.022$), rusteloos gedrag

($Z=-2.55$; $p=.011$), positief zelfbeeld ($Z=-2.76$; $p=.006$), sociale relaties ($Z=-3.27$; $p=.001$), sociaal isolement ($Z=-3.20$; $p=.001$), zich thuis voelen ($Z=-2.05$; $p=.040$) en iets om handen hebben ($Z=-2.72$; $p=.007$). Een marginaal significante verbetering over tijd werd gevonden voor de subschaal positief affect in deze groep ($Z=-1.87$; $p=.062$).

In de vergelijkingsgroep werd enkel een significant verschil gevonden voor de subschaal rusteloos gespannen gedrag ($Z=-2.14$; $p=.033$). Opmerkelijk was dat deze groep meer rusteloos gespannen gedrag ging vertonen naarmate de tijd vorderde. Er werden geen significante verschillen

gevonden tussen T1 en T2 voor andere subschalen in de vergelijkingsgroep.

GEDRAGSPROBLEMEN Gemiddelden en standaarddeviaties op de subschalen en items om psychotische symptomen, affectieve symptomen, agitatie en agressie en apathie te meten tijdens T1 en T2 voor de foutloos-lerentraining en de vergelijkingsgroep zijn gepresenteerd in tabel 5. Psychotische symptomen op de HoNOS-NAH namen significant af over tijd in de foutloos-lerentraining ($Z=-3.98$; $p<.001$), maar niet in de vergelijkingsgroep. Spontane confabulaties op de NVCL-20 waren stabiel over tijd in zowel de foutloos-lerentraining ($Z=-1.55$; $p=.120$) als de vergelijkingsgroep ($Z=-.38$; $p=.702$). Uitgelokte confabulaties daarentegen, verminderden wel over tijd in de foutloos-lerentraining ($Z=-3.63$; $p<.001$).

Affectieve symptomen verminderden significant over tijd in de foutloos-lerentraining (GIP-28 Affect: $Z=-3.63$; $p=.001$; HoNOS-NAH Item 7: $Z=-3.91$; $p<.001$). Affectieve symptomen bleven relatief stabiel in de vergelijkingsgroep (GIP-28 Affect: $Z=-.28$; $p=.778$; HoNOS-NAH Item 7: $Z=-.39$; $p=.696$).

Agitatie en agressie verminderden significant over tijd in de foutloos-lerentraining (HoNOS-NAH Item 1: $Z=-4.34$; $p<.001$; $r=-0.61$), maar niet in de vergelijkingsgroep.

Apathie-scores waren stabiel over tijd in zowel de foutloos-lerentraining ($Z=-.62$; $p=.535$) als de vergelijkingsgroep ($Z=-.336$; $p=.737$).

CONCLUSIE

Dit is het eerste grootschalige onderzoek naar de effecten van foutloos leren bij patiënten met het syndroom van Korsakov in verpleeghuizen. Allereerst werd onderzocht of patiënten verschillende vaardigheden (huishouden, corvee, mobiliteit, ADL, oriëntatie) zelfstandiger konden uitvoeren na foutloos lerentraining. Dit bleek het geval voor alle vaardigheden, met uitzondering van oriëntatievaardigheden. Daarnaast bleek dat de kwaliteit van leven verbeterde in de foutloos-lerentraining en een aantal gedragssymptomen (psychotische symptomen, affectieve symptomen, agitatie/agressie) afnamen. Het aanleren van vaardigheden met foutloos leren had geen invloed op spontane confabulaties en apathie.

Deze positieve resultaten laten zien dat patiënten met het syndroom van Korsakov ondanks de ernstige geheugenproblemen, alsnog (nieuwe) vaardigheden kunnen leren. Dit onderzoek bouwt voort op eerdere onderzoeken van Oudman et al. (2012) en Kessels et al. (2017), die een verbetering in de uitvoer van taken (het bedienen van een wasmachine en het leren van een route) vaststelden na foutloos-

lerentraining. (Bij beide eerdere onderzoeken werd echter gevonden dat foutloos leren niet significant beter is om vaardigheden te leren dan wanneer de vaardigheid met fouten werd geleerd). Patiënten met het syndroom van Korsakov kunnen veel baat hebben bij het integreren van foutloos leren in de dagelijkse zorg, omdat het leren van relevante vaardigheden hun autonomie en onafhankelijkheid kan vergroten in een verpleeghuissetting. Daarnaast bieden de resultaten van dit onderzoek richtlijnen om foutloos-lerentraining toe te passen in de klinische praktijk. Taken uit allerlei categorieën (huishouden, corvee, mobiliteit, ADL, oriëntatie) kunnen (deels) aangeleerd worden in tien trainingssessies en stappenplannen bestaan gemiddeld uit zeven stappen.

Dit onderzoek levert wetenschappelijke evidentie voor de hypothese dat het leren van vaardigheden met foutloos leren de kwaliteit van leven verbetert bij patiënten met het syndroom van Korsakov. De kwaliteit van leven verbeterde significant op acht van de negen subschalen van de QUALIDEM in de foutloos-lerentraining. Er werd een trend naar verbetering waargenomen voor de negende subschaal (positief affect). Op geen enkele subschaal werden verbeteringen geobserveerd in de vergelijkingsgroep, de groep patiënten die gebruikelijke zorg kregen maar geen foutloos-lerentraining. Hierbij moet opgemerkt worden dat er met de uitgevoerde non-parametrische analyses in de huidige studie geen interactie-effect onderzocht kon worden, waarmee een directe vergelijking tussen de groepsverschillen over tijd aangetoond zou kunnen worden. De resultaten in de vergelijkingsgroep komen overeen met eerder onderzoek van Oudman en Wijnia (2014), waaruit bleek dat de kwaliteit van leven gematigd maar stabiel is bij patiënten met het syndroom van Korsakov die verblijven in verpleeghuizen. De resultaten van foutloos-lerentraining blijven dus niet beperkt tot het succesvol leren van vaardigheden, maar generaliseren naar een verbetering in algeheel gevoel van competentie. Het lijkt essentieel om op gespecialiseerde verpleeghuisafdelingen methodes te implementeren die de kwaliteit van leven van deze doelgroep kunnen verbeteren.

Ondanks dat zorgverleners in de praktijk vaak in aanraking komen met gedragssymptomen bij het syndroom van Korsakov is er weinig bekend over de ernst, prevalentie en behandeling van deze symptomen (Blansjaar et al., 1992; Gerridzen & Goossens, 2014; Gerridzen et al., 2017). De resultaten van dit onderzoek tonen aan dat het leren van vaardigheden met foutloos leren psychotische symptomen (inclusief uitgelokte confabulaties), affectieve symptomen en

agitatie/agressie kan verminderen. Dit is noemenswaardig omdat patiënten met het syndroom van Korsakov een verhoogd risico hebben op angststoornissen en depressieve klachten (Kopelman et al., 2009). Het is nog onduidelijk welke aspecten van foutloos leren deze vermindering in symptomen veroorzaken. Onderzoeken bij patiënten met dementie die eveneens positieve effecten vonden van foutloos leren op depressieve klachten, hebben gemeen met dit onderzoek dat (1) patiënten getraind werden door zorgverleners die hen goed kenden, wat bijdraagt aan een gepersonaliseerde en interactieve aanpak (Lee et al., 2013) en (2) de aangeleerde taak relevant was voor de patiënt, bijvoorbeeld ADL-taken (Lee et al., 2013) of namen van personen uit het sociale netwerk van de patiënt (Clare et al., 2002). Daarnaast kan een mogelijke vergroting van de zelfredzaamheid, onafhankelijkheid en het gevoel van competentie een rol spelen bij de afname van gedragssymptomen. Vervolgonderzoek is nodig om vast te stellen welke aspecten van foutloos leren deze vermindering in symptomen veroorzaken.

Er moeten een aantal kanttekeningen geplaatst worden bij dit onderzoek. Allereerst hebben we geen vergelijkingsgroep toegevoegd die een andere trainingsvorm (bijvoorbeeld trial-en-errorleren) aangeboden kreeg. We hebben ervoor gekozen zo'n vergelijkingsgroep niet toe te voegen, omdat het eerste doel van het onderzoek was om de effecten van foutloos leren te onderzoeken in de Korsakovpopulatie. Of foutloos leren effectiever is dan andere trainingsvormen, is een ander vraagstuk. Resultaten van studies die de effectiviteit van foutloos leren vergeleken met andere leervormen bij patiënten met het syndroom van Korsakov zijn wisselend. Eén studie vond dat foutloos leren effectiever was dan trial-en-errorleren (Komatsu et al., 2000), terwijl andere studies geen voordeel vonden van foutloos leren over trial-en-errorleren (Kessels et al., 2007; Oudman et al., 2013). Het gebrek aan voordeel kan voortkomen doordat patiënten met beide methodes systematisch worden blootgesteld aan de vaardigheid. Vervolgstudies kunnen de presentaties van een foutloos-lerentraining vergelijken met een andere trainingsgroep. Een experimentele onderzoeksopzet met een interventievergelijkingsgroep zou eveneens de belangrijke vraag kunnen beantwoorden of de mate waarin een vaardigheid geleerd wordt hetgeen is wat bij foutloos-lerentraining leidt tot een verbetering in kwaliteit van leven, of dat andere aspecten van de training (bijvoorbeeld aandacht van zorgverlener) het gevonden effect kunnen verklaren.

Ten tweede waren de zorgverleners, die de lijsten invulden, niet blind voor de onderzoeksvraag. Dit kan hun beoordeling

van kwaliteit van leven en gedragssymptomen hebben beïnvloed. Patiënten in de foutloos-lerentraining zouden bijvoorbeeld anders beoordeeld kunnen worden dan patiënten in de vergelijkingsgroep, omdat de zorgverleners verwachten dat foutloos leren een positief effect heeft op de kwaliteit van leven van een patiënt. Het is belangrijk dat vervolgstudies hiermee rekening houden, door lijsten te laten invullen door een groep beoordelaars die blind zijn voor de conditie.

Samenvattend: patiënten met het syndroom van Korsakov konden vaardigheden (huishouden, corvee, mobiliteit, activiteiten van het dagelijks leven, oriëntatie) zelfstandiger uitvoeren na foutloos-lerentraining. Daarnaast verbeterde de kwaliteit van leven en namen gedragsproblemen (psychotische symptomen, affectieve symptomen en agitatie/agressie) af bij patiënten die foutloos-lerentraining hadden ontvangen. De kwaliteit van leven en gedragssymptomen lijken stabiel in patiënten met Korsakov in verpleeghuizen wanneer zij gebruikelijke zorg ontvangen. Het integreren van foutloos leren in de klinische praktijk lijkt van toegevoegde waarde voor deze doelgroep, om hen meer onafhankelijkheid te bieden in een zorgsetting, waarin zij zich niet altijd thuis voelen. Om aan deze behoefte te voldoen is eind vorig jaar een praktische handleiding *Foutloos Leren bij Korsakov* uitgebracht voor zorgverleners die werkzaam zijn in de Korsakovzorg.

OVER DE AUTEURS³

Dr. Yvonne Rensen is verbonden aan het Korsakov Centrum voor alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen in Venray. Prof. dr. Jos Egger is verbonden aan het Topklinisch Centrum voor Neuropsychiatrie in Venray en aan de Radboud Universiteit, Donders Institute for Brain, Cognition, and Behaviour. Josette Westhoff, MSc, is verbonden aan het Radboud Universitair Medisch Centrum, afdeling medische oncologie. Dr. Serge Walvoort is verbonden aan het Korsakov Centrum voor alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen. Prof. dr. Roy Kessels is verbonden aan de Radboud Universiteit, Donders Institute for Brain, Cognition, and Behaviour, Nijmegen. Contactpersoon aangaande dit artikel: Yvonne Rensen: yvensen@vvgi.nl.

3 Dit project is een samenwerking van het Korsakov Centrum voor alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen, onderdeel van Vincent van Gogh, Venray en het Korsakov Kenniscentrum. We bedanken de organisaties die hebben meegedaan aan het project: Atlant, MeanderGroep en ZorgAccent. Ook bedanken wij de trainers en patiënten die hebben deelgenomen aan dit onderzoek. In het bijzonder bedanken we Ans Oosterwechel, Sandy Kramer, Kristel Hakke, Anja Tijmense en Bettine van der Heide voor hun hulp bij de coördinatie van het project.

Summary

ERRORLESS LEARNING IN PATIENTS
WITH KORSAKOFF'S SYNDROME
Y.C.M. RENSEN, J.I.M. EGGER, J. WEST-
HOFF, S.J.W. WALVOORT & R.P.C.
KESSELS

Patients with Korsakoff's syndrome showed
significant improvements in the execution

of tasks (i.e. activities of daily living, chores,
mobility, housekeeping) after errorless
learning training. In addition, quality of life
was significantly increased and behavioural
symptoms (psychotic symptoms, affective
symptoms, and agitation/aggression) were
reduced in patients who received errorless

learning training. The potential of errorless
learning should be exploited in clinical
practice, as it might increase the autonomy
of patients with Korsakoff's syndrome, who
do often not feel at home in long term care
facilities.

Literatuur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Blansjaar, B.A., Takens, H. & Zwinderman, A.H. (1992). The course of alcohol amnesic disorder: a three-year follow-up study of clinical signs and social disabilities. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 240-246. doi:10.1111/j.1600-0447.1992.tb03260.x
- Brion, M., Pitel, A.L., Beaunieux, H. & Maurage, P. (2014). Revisiting the continuum hypothesis: toward an in-depth exploration of executive functions in Korsakoff syndrome. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 10.3389/fnhum.2014.00498
- Cermak, L.S., Butters, N. & Goodglass, H. (1971). The extent of memory loss in Korsakoff patients. *Neuropsychologia*, 9, 307-315. doi: 10.1016/0028-3932(71)90026-1
- Clare, L. & Jones, R.S. (2008). Errorless learning in the rehabilitation of memory impairment. A critical review. *Neuropsychology Review*, 18, 1-23. doi: 10.1007/s11065-008-9051-4
- Clare, L., Wilson, B.A., Carter, G., Roth, I. & Hodges, J.R. (2002). Rerearning Face-Name Associations in Early Alzheimer's Disease. *Neuropsychology*, 16, 538-547. doi: 10.1037/0894-4105.16.4.538
- Ettema, T.P., Dröes, R.-M., de Lange, J., Mellenbergh, G.J. & Ribbe, M.W. (2007). QUALIDEM: Development and evaluation of a dementia specific quality of life instrument. Scalability, reliability, and internal structure. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 549-556.
- Gerridzen, I.J. & Goossens, M.A. (2014). Patients with Korsakoff syndrome in nursing homes: Characteristics, comorbidity, and use of psychotropic drugs. *International Psychogeriatrics*, 26, 115-121. doi: 10.1017/S1041610213001543
- Gerridzen, I.J., Moerman-van den Brink, W., Depla, M.F., Verschuur, E.M.L., Veenhuizen, R.B.V. et al. (2017). Prevalence and severity of behavioural symptoms in patients with Korsakoff syndrome and other alcohol-related cognitive disorders: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32, 256-273. doi: 10.1002/gps.4636
- Haslam, C. & Kessels, R.P.C. (Eds.; 2018). *Errorless learning in neuropsychological rehabilitation: Mechanisms, efficacy and application*. London, UK: Routledge. doi: 10.4324/9781315660738
- Jonghe, J.F. de, Ooms, M.E. & Ribbe, M.W. (1997). Verkorte gedragsobservatieschaal voor Intramurale Psychogeriatric (GIP-28). *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 28, 119-123.
- Kessels, R.P.C., Loon, E. van & Wester, A.J. (2007). Route learning in amnesia: A comparison of trial-and-error and errorless learning in patients with the Korsakoff syndrome. *Clinical Rehabilitation*, 21, 905-911. doi: 10.1177/0269215507077309
- Komatsu, S.-I., Mimura, M., Kato, M., Wakamatsu, N. & Kashima, H. (2000). Errorless and effortful processes involved in the learning of face-name associations by patients with alcoholic Korsakoff's syndrome. *Neuropsychological Rehabilitation*, 10, 113-132. doi: 10.1080/096020100389200
- Kopelman, M.D., Thomson, A.D., Guerrini, I. & Marshall, E.J. (2009). The Korsakoff syndrome: Clinical aspects, psychology, and treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 44, 148-154. doi: 10.1093/alcalc/agn118
- Lee, G.Y., Yip, C.C.K., Yu, E.C.S., & Man, D.W.K. (2013). Evaluation of a computer-assisted errorless learning-based memory training program for patients with early Alzheimer's disease in Hong Kong: a pilot study. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 623-633. doi: 10.2147/cia.s45726
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Be'dirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V. et al. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 695-699. doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x
- Oudman, E., Nijboer, T.C.W., Postma, A., Wijnia, J.W., Kerklaan, S. et al. (2013). Acquisition of an instrumental activity of daily living in patients with Korsakoff's syndrome: A comparison of trial and error and errorless learning. *Neuropsychological Rehabilitation*, 23, 888-913. doi: 10.1080/09602011.2013.835738
- Oudman, E., Nijboer, T.C.W., Postma, A., Wijnia, J.W. & Van der Stighe, S. (2017). Neuropsychologische behandelingen voor patiënten met het syndroom van Korsakov: Review. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 12, 1-13.
- Oudman, E. & Zwart, E. (2012). Quality of life in patients with Korsakoff's syndrome and patients with dementia: A cross-sectional study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13, 778-781. doi: 10.1016/j.jamda.2012.08.003
- Oudman, E. & Wijnia, J.W. (2014). Evolution of quality of life in patients with Korsakoff's syndrome in a long-term care facility. *International Psychogeriatrics*, 26, 2073-2079. doi: 10.1017/S1041610214001719
- Rensen, Y.C.M., Oosterman, J.M., Damme, J.E. van, Griekspoor, S.I.A., Wester, A.J. et al. (2016). Het meten van spontane en uitgelokte confabulaties: De Nijmegen-Venray Confabulatie Lijst-20 (NVCL-20). *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 11, 162-180.
- Thomson, A.D., Guerrini, I. & Marshall, E.J. (2012). The evolution and treatment of Korsakoff's syndrome. *Neuropsychology Review*, 22, 81-92. doi:10.1007/s11065-012-9196-z
- Van Oort, R. & Kessels, R.P.C. (2009). Executive dysfunction in Korsakoff's syndrome: Time to revise the DSM criteria for alcohol-induced persisting amnesic disorder? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13, 78-81. doi: 10.1080/13651500802308290
- De Werd, M.M.E., Boelen, D., Olde Rikkert, M.G.M. & Kessels, R.P.C. (2013). Errorless learning of everyday tasks in people with dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1177-1190. doi: 10.2147/CIA.S46809

JOIN US

@ team growwork



255
collega's



Gezocht: GZ-Psychologen

58
opdrachtgevers



1
team

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

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

growwork
de zorgversterkers

WORD TEAMUP-VRIJWILLIGER

GA VOOR MEER INFORMATIE NAAR

WWW.SAVETHECHILDREN.NL/VRIJWILLIGER

Begeleid wekelijks activiteiten voor
gevluchte kinderen bij jou in de buurt.

Spelenderwijs werken aan de toekomst. Dat is TeamUp.



FORUM

TIJD VOOR MEER ROM-DISCUSSIE

In het aprilnummer van *De Psycholoog* continueren Anton Hafkenscheid en Jim van Os (2018) hun offensief tegen Routine Outcome Monitoring (ROM) in Nederland. Het is hun elfde publicatie over dit thema, aldus Kim de Jong en Pauline Janse. Doelwit ditmaal is onderzoek naar de effectiviteit van ROM en de bij ROM gebruikte meetinstrumenten. Het valt De Jong en Janse in algemene zin op dat de discussie omtrent ROM in Nederland inmiddels een meer politieke dan inhoudelijke lading heeft gekregen; Hafkenscheid en Van Os hebben daar een

EVIDENTIE VOOR ROM-FEEDBACK

Laten we beginnen met de eerste 'misvatting' die de auteurs naar voren brengen. Hafkenscheid en Van Os (2018) stellen dat voorstanders van ROM aangeven dat er onomstotelijk bewijs is voor de effectiviteit van ROM. Naar wij weten heeft niemand ooit zulke woorden in de mond genomen. De auteurs hebben gelijk als zij stellen dat ROM niet in *alle* situaties, bij *alle* groepen patiënten leidt tot betere behandeluitkomsten. Elke

onderzoeker die zich bezighoudt met ROM is zich hiervan bewust.

Dat Hafkenscheid en Van Os vervolgens concluderen dat het bewijs voor ROM in het Nederlands taalgebied pover is, is te kort door de bocht.

Ten eerste ontbreken er diverse onderzoeken in de tabel met in Nederland uitgevoerde studies. Twee onderzoeken die ontbreken, beide met steekproeven boven de vierhonderd participanten, laten aanzienlijk positievere resultaten zien ten aanzien van de effectiviteit

van voortgangsfeedback op basis van ROM. Zo vonden De Jong et al. (2014) dat bij stagnerende behandelingen met een duur tot 35 weken het geven van feedback over de behandelvoortgang aan de therapeut een groot effect had (Cohen's $d=0.91$) en een zeer groot effect wanneer zowel de therapeut als de patiënt feedback kregen (Cohen's $d=1.28$). In De Jong et al. (in voorbereiding, reeds gepresenteerd op diverse landelijke congressen) werd overigens wel een algemeen effect gevonden van

NUANCE IN DE

belangrijke bijdrage aan geleverd. Hoewel het een goed geschreven stuk betreft en de auteurs ook enkele valide kritiekpunten naar voren brengen, lijken zij deze eerder als argumentatie te gebruiken in hun politieke verhaal, dan dat het aanzet geeft tot een genuanceerde inhoudelijke discussie. Dit komt met name doordat de bredere context lijkt te ontbreken in het stuk en er onnodig gepolariseerd wordt. In deze reactie willen De Jong en Janse graag een meer genuanceerde visie op ROM neerzetten. Hafkenscheid en Van Os geven een weerwoord.

ROM-feedback; er werden twee vormen van ROM-feedback vergeleken met een controleconditie zonder feedback. De reguliere ROM-feedback (ruwe scores in een grafiek en informatie over klinische significantie) was significant effectiever dan geen feedback. Bij patiënten waar de behandeling stagneerde deed de feedback met *clinical support tools*, vergelijkbaar met het systeem van Lambert, het beter, vooral in een subgroep van meer complexe patiënten.

Ten tweede is het kunstmatig om alleen te focussen op onderzoek naar ROM dat in Nederland is uitgevoerd. Onderzoek is een wereldwijde aangelegenheid, waarbij onderzoekers pogen om elkaar aan te vullen. Het onderzoek in Nederland heeft onder diverse cliëntpopulaties plaatsgevonden die in het buitenland nog niet onderzocht waren. Het aangehaalde onderzoek van Van Oenen et al. (2016) onderzoekt bijvoorbeeld de effectiviteit van feedback bij een crisispopulatie. Inmiddels weten

we uit de internationale literatuur dat het er op lijkt dat deze vorm van ROM bij zwaardere cliëntpopulaties minder goed lijkt te werken (Davidson, Perry & Bell, 2014). Het aangehaalde onderzoek van Janse et al. (2017) vergelijkt twee vormen van ROM, een lager frequentere vorm van ROM en een sessie-voorsessie vorm van feedback. In een dergelijk design kunnen geen conclusies worden getrokken ten aanzien van de meerwaarde van ROM an sich. Wel bleek dat bij bepaalde patiënten de therapie-

duur korter was en de efficiëntie van behandelingen werd verbeterd. In recent onderzoek uit Engeland in een vergelijkbare setting (waarbij ook twee vormen van ROM vergeleken werden) vonden men een vergelijkbare toename in efficiëntie (Delgadillo et al., 2017).

Inmiddels zijn er meer dan veertig onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van ROM en werd in een recente meta-analyse gevonden dat er weliswaar een klein maar robuust effect werd gevonden (de Jong et al, in voorbereiding). ROM-feedback blijkt niet in alle gevallen of in alle situaties te werken. Wetenschap is voortdurend in beweging en een internationaal thema binnen het onderzoek naar ROM is de vraag voor welke cliënten het werkt en op welke wijze. Er is vooral onderzoek nodig naar de condities waaronder feedback werkt en de cliëntgroepen waarvoor ROM meerwaarde heeft, zoals Hafkenscheid en Van Os zelf ook concluderen (Gondek et al., 2016). Dit zijn empirische vragen die alleen beantwoord kunnen worden als er data wordt verzameld. Binnen Europa is het *International Network Supporting Psychotherapy Innovations and Research into Effectiveness (INSPIRE)* momenteel bezig met het vaststellen van nieuwe standaard-



De discussie omtrent ROM in Nederland heeft inmiddels een meer politieke dan inhoudelijke lading gekregen



den voor toekomstig onderzoek naar ROM en feedback.

Hafkenscheid en Van Os stellen dat de Nederlandse ROM met laagfrequente metingen en clinici die niet getraind zijn, schraal afsteekt tegen de Amerikaanse versie van het inzetten van ROM van Lambert. Dit zijn wij gedeeltelijk met hen eens. De therapeuten in het onderzoek van Lambert hebben echter ook vrij minimale training gehad in voortgangsfeedback, terwijl hun systeem veel complexer is dan het Nederlandse systeem. Belangrijker is dat we niet kunnen weten of de 'Nederlandse' ROM (voor zover die bestaat) effectief is of niet, omdat dat in die vorm niet in Nederland onderzocht is. Wel weten we dat in onderzoek van De Jong et al. (2012), waarbij eens per vijf sessies gemeten werd, ROM bij actief gebruik nog steeds de effectiviteit van de behandeling kan vergroten. In buitenlandse onderzoeken werd ROM ook regelmatig minder frequent ingezet dan elke sessie en werden wel degelijk positieve effecten van ROM gevonden (bijv. Berking, Orth, & Lutz, 2006; Lutz et al., 2011; Newnham, Hooke, & Page, 2010).

ROM-INSTRUMENTEN METEN UITKOMSTEN

Een tweede 'misvatting' die Hafkenscheid en Van Os bespreken is dat ROM-instrumenten niet vanzelfsprekend als behandeluitkomsten geïnterpreteerd kunnen worden. Deze uitspraak is opmerkelijk te noemen, aangezien meetinstrumenten zoals de SCL-90, BSI en OQ-45 ook als uitkomstmaten worden gebruikt

Procesgericht meten en meten van symptoomreductie hebben verschillende doelen en kunnen elkaar juist aanvullen

in een aanzienlijke hoeveelheid internationaal wetenschappelijk onderzoeken naar de effectiviteit van behandelinterventies. Wel is het zo dat deze instrumenten zich voornamelijk richten op symptoomreductie en het is zeker ook mogelijk dat ook andere meetdoelmeinen (bijv. kwaliteit van leven of functioneren op het werk) relevant zijn als uitkomst voor psychologische behandelingen.

Opmerkelijk genoeg richten Hafkenscheid en Van Os hun pijlen vooral op de kwaliteit van de OQ-45, terwijl dat nou juist een van de weinige instrumenten is die naast symptomen ook het functioneren in interpersoonlijke relaties en het functioneren in de sociale rol (werk en vrije tijd) meet. Symptoomreductie is desalniettemin voor veel patiënten een belangrijk doel: een depressieve patiënt wil uiteindelijk toch van zijn depressieve klachten af. Het gaat te ver om te stellen dat behandeluitkomsten op basis van symptoomreductie niet gemeten moeten worden. Wat wel zo is, is dat ROM-instrumenten in mindere mate het behandelproces meten. Wie daar meer over wil weten, moet inderdaad andere meetinstrumenten gebruiken. Procesgericht meten en meten van symptoomreductie hebben verschillende doelen en kunnen elkaar juist aanvullen.

De auteurs geven een voorbeeld van een sociaal fobische patiënt die

voor het eerst zijn therapeut durft tegen te spreken, waarbij de resultaten op de ROM niet weergeven wat cliënt bereikt in zijn proces. Dit is een voorbeeld van een idiosyncratische behandeluitkomst, een behandeluitkomst die relevant is voor een individuele patiënt, maar niet noodzakelijkerwijs voor andere patiënten. Dat kan problematisch zijn bij de evaluatie van de behandeling. Stel dat dit tegenspreken van de behandelaar bij een andere sociaal fobische patiënt niet gebeurt, is die behandeling dan niet geslaagd? Dat kunnen we niet zomaar stellen. En wat nou als deze patiënt zijn behandelaar weliswaar durft tegen te spreken, maar op andere symptomen van zijn sociale fobie geen verbetering vertoont, spreken we dan nog steeds van behandel succes?

Uiteraard is het wel belangrijk om oog te hebben voor individuele resultaten in de behandeling, maar het gaat te ver om dit de enige vorm van evaluatie te laten zijn. In de wetenschappelijk literatuur zijn er verschillende ontwikkelingen gaande waarbij geëxperimenteerd wordt met idiosyncratische behandeluitkomsten. Met *computerized adaptive testing* (CAT) worden bijvoorbeeld alleen die symptomen gemeten die voor die patiënt relevant zijn. Er zijn ook ROM-systemen waarbij de doelen van de individuele patiënt gemonitord worden (meestal naast symptoomreductie). Een andere

ontwikkeling is het gebruik van idiosyncratische ROM-instrumenten waarbij een deel van het instrument gestandaardiseerd is en een deel bestaat uit vragen die voor die specifieke patiënt relevant zijn. Op dit moment zijn deze methoden van ROM nog in ontwikkeling en kan er nog niet met voldoende nauwkeurigheid herhaaldelijk worden gemeten.

Voorts bekritiseren Hafkenscheid en Van Os de bij ROM gebruikte meetinstrumenten op hun psychometrische eigenschappen. Hun voornaamste kritiek is dat de gevoeligheid van verandering van deze lijsten bij een te kleine groep patiënten is onderzocht. Interessant genoeg is er juist door de grote hoeveelheid verzamelde ROM-gegevens inmiddels beschikking over data van een aanzienlijke groep cliënten. De Beurs et al. (2012) toonden eerder al aan dat de binnen ROM gebruikte meetinstrumenten weliswaar verschillen in hun gevoeligheid voor verandering, maar dat alle instrumenten gevoelig zijn voor verandering.

Het is goed mogelijk om kritiek te hebben op ROM-instrumenten, aangezien geen enkel meetinstrument perfect is. Zelfs wanneer er in theorie een perfect instrument ontwikkeld zou worden, is het nog steeds niet mogelijk om in alle situaties valide te meten, bijvoorbeeld wanneer een patiënt de vragen niet begrijpt door een

taalbarrière. Ook ogenschijnlijk objectieve metingen zoals hartslag en bloeddruk zijn onderhevig aan meetfouten. Zelfs de door auteurs aangehaalde ondubbelzinnig telbare percentages patiënten die sterven na maagkankeroperaties zijn niet honderd procent foutloos; als een patiënt bijvoorbeeld sterft na een operatie, maar ten gevolge van een reeds bestaande hartaandoening, dient deze dan wel of niet meegeteld te worden als sterfte ten gevolge van de maagoperatie? En wat is er eigenlijk mis met een subjectieve meting? Ons vak gaat bij uitstek over de eigen beleving van patiënten, dus waarom zouden we die niet meten? Ook in de somatische zorg hecht men steeds meer waarde aan de beleving van de patiënt naast medische evaluaties (Antunes, Harding & Higginson, 2013; Kotronoulas et al., 2014; Marshall, Haywood & Fitzpatrick, 2006). Dit is een belangrijke reden geweest voor de ontwikkeling van *Patient-Reported Outcome Measurement (PROM)*.

CONCLUSIE

Het artikel van Hafkenscheid en Van Os stelt een inhoudelijk verhaal te zijn, maar lijkt door het ontbreken van de bredere context van internationaal onderzoek naar ROM toch zeer selectief bepaalde wetenschappelijke resultaten te bespreken. Waarschijnlijker is echter dat zij met het stuk toch meer een politiek effect beogen – namelijk dat van het stoppen met ROM in Nederland. Het feit dat de auteurs hun ‘tegenstanders’ woorden in de mond leggen als dat ROM ‘onomstotelijk effectief’ zou zijn, doet dat vermoeden. Argu-

menten tegen hun visie worden weggezet als ‘ideologisch en retorisch’, zonder dat de auteurs hier werkelijke argumenten voor geven. Hiermee wordt de ruimte voor een vruchtbare discussie beperkt.

De auteurs stellen voor om volledig af te stappen van de bestaande ROM en deze compleet opnieuw in te richten. Wij vinden het jammer dat een voormalig enthousiast bepleiter van ROM als Hafkenscheid zich nu volledig tegen elke bestaande vorm van ROM gekeerd lijkt te hebben. De voorgestelde idiosyncratische vorm van ROM is behandelinhoudelijk mooi, maar heeft niet de mogelijkheid om bijvoorbeeld op basis van een database van vergelijkbare patiënten te beslissen wanneer de behandelaar dient in te grijpen in de behandeling. Behandelaars zijn doorgaans te optimistisch over het beloop van de behandeling en kunnen slecht inschatten wat het functioneren van de patiënt is, zonder hiervoor gebruik te maken van gestandaardiseerde meetinstrumenten (Hannan et al., 2005; Hatfield et al., 2010). We hebben binnen de psychologie ook een prachtige traditie omtrent het gebruik van gestandaardiseerde en genormeerde meetinstrumenten. Waarom zouden wij deze verwerpen als het gaat om het meten van behandeluitkomsten? Juist wanneer gebruik wordt gemaakt van *expected recovery curves* op basis waarvan de therapeut een signaal krijgt dat de behandeling stagneert, lijken betere resultaten gevonden te worden met ROM-feedback (Krägeloh et al., 2015). Interessant genoeg zijn er aanwijzingen dat

juist behandelaars die gebruik maken van ROM-feedback als methode om beter te worden in hun vak effectievere therapeuten lijken te worden (Goldberg et al., 2016), terwijl de gemiddelde therapeut over tijd gemiddeld iets minder effectief wordt (Goldberg et al., 2016).

In onze beleving liggen de verschillen tussen voor- en tegenstanders van ROM juist op het vlak van het doel van ROM om de behandeling te ondersteunen vrij dicht bij elkaar. Het artikel van Hafkenscheid en Van Os lijkt daarmee te leiden tot onnodige polarisatie en wij vragen ons af wat de auteurs daarmee hopen te bereiken. Het is uiteraard belangrijk om kritisch te blijven en daarmee verdere ontwikkeling van ROM te stimuleren, maar de auteurs lijken zich nu tot missie te hebben gesteld om de huidige ROM compleet af te branden. Daarmee lopen zij overigens ook het risico om het draagvlak te verliezen voor een ROM die zij voorstellen. Het zou mooi zijn als de discussie rondom ROM zich meer zou kunnen verplaatsen naar constructieve feedback en samenwerking tussen de verschillende partijen om uiteindelijk tot een inhoudelijk steeds sterkere ROM te kunnen komen.

OVER DE AUTEURS

Dr. Kim de Jong is universitair docent Klinische Psychologie bij de Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Universiteit van Leiden. Drs. Pauline Janse is klinisch psycholoog en medior onderzoeker bij Pro Persona. E-mail: k.de.jong@fsw.leidenuniv.nl; p.janse@propersona.nl.

Literatuur

- Antunes, B., Harding, R. & Higginson, I.J. (2014). Implementing patient-reported outcome measures in palliative care clinical practice: A systematic review of facilitators and barriers. *Palliative Medicine*, 28, 158-175. doi:10.1177/0269216313491619
- Berking, M., Orth, U. & Lutz, W. (2006). Wie effektiv sind systematische Rückmeldungen des Therapieverlaufs an den Therapeuten? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (1), 21-29. doi:10.1026/1616-3443.35.1.21
- Davidson, K., Perry, A. & Bell, L. (2015). Would continuous feedback of patient's clinical outcomes to practitioners improve NHS psychological therapy services? Critical analysis and assessment of quality of existing studies. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88, 21-37. DOI: 10.1111/papt.12032
- de Beurs, E., Barendregt, M., Flens, G., van Dijk, E., Huijbrechts, I. & Meering, W. (2012). Equivalence in responsiviteit van veel gebruikte zelfrapportage meetinstrumenten in de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 67, 259-264.
- de Jong, K., Conijn, J.M., Lutz, M.C., Gallagher, R.A.V. & Heij, M. (in preparation). Using progress feedback to improve outcomes and reduce drop-out: A multilevel meta-analysis.
- De Jong, K., Timman, R., Hakkaart-Van Roijen, L., Vermeulen, P., Kooiman, K. et al. (2014). The effect of outcome monitoring feedback to clinicians and patients in short and long-term psychotherapy: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 24(6), 629-639. doi:10.1080/10503307.2013.871079
- Delgadillo, J., Overend, K., Lucock, M., Groom, M., Kirby, N. et al. (2017). Improving the efficiency of psychological treatment using outcome feedback technology. *Behaviour research and therapy*, 99 (Supplement C), 89-97. doi: 10.1016/j.brat.2017.09.011
- Goldberg, S.B., Babins-Wagner, R., Rousmaniere, T., Berzins, S., Hoyt, W.T. et al. (2016). Creating a climate for therapist improvement: A case study of an agency focused on outcomes and deliberate practice. *Psychotherapy*, 53 (3), 367-375. doi:10.1037/pst0000060
- Goldberg, S.B., Rousmaniere, T., Miller, S.D., Whipple, J., Nielsen, S.L. et al. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63 (1), 1-11. doi:10.1037/cou0000131
- Gondek, D., Edbrooke-Childs, J., Fink, E., Deighton, J. & Wolpert, M. (2016). Feedback from Outcome Measures and Treatment Effectiveness, Treatment Efficiency, and Collaborative Practice: A Systematic Review. *Adm Policy Ment Health*, 43 (3), 325-343. doi:10.1007/s10488-015-0710-5
- Hafkenscheid, A., & Van Os, J. (2018). Twee misvattingen over ROM. *De Psycholoog*, 53 (4), 34-44.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (2), 155-163. doi:10.1002/jclp.20108
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S.H. & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17 (1), 25-32. doi:10.1002/cpp.656
- Janse, P.D., De Jong, K., Van Dijk, M.K., Hutschemaekers, G.J.M. & Verbraak, M.J.P.M. (2017). Improving the efficiency of cognitive-behavioural therapy by using formal client feedback. *Psychotherapy Research*, 27 (5), 525-538. doi:10.1080/10503307.2016.1152408
- Kotronoulas, G., Kearney, N., Maguire, R., Harrow, A., Di Domenico, D. et al. (2014). What Is the Value of the Routine Use of Patient-Reported Outcome Measures Toward Improvement of Patient Outcomes, Processes of Care, and Health Service Outcomes in Cancer Care? A Systematic Review of Controlled Trials. *Journal of Clinical Oncology*. doi:10.1200/jco.2013.53.5948
- Krägeloh, C.U., Czuba, K.J., Billington, D.R., Kersten, P. & Siegert, R.J. (2015). Using Feedback From Patient-Reported Outcome Measures in Mental Health Services: A Scoping Study and Typology. *Psychiatric Services*, 66(3), 224-241. doi:doi:10.1176/appi.ps.201400141
- Lutz, W., Boehnke, J.R., Köck, K. & Bittermann, A. (2011). Diagnostik und psychometrische Verlaufsrückmeldungen im Rahmen eines Modellprojektes zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40, 283-297. doi:http://dx.doi.org/10.1026/1616-3443/a000125
- Marshall, S., Haywood, K. & Fitzpatrick, R. (2006). Impact of patient-reported outcome measures on routine practice: a structured review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(5), 559-568. doi:10.1111/j.1365-2753.2006.00650.x
- Newnham, E.A., Hooke, G.R. & Page, A.C. (2010). Progress monitoring and feedback in psychiatric care reduces depressive symptoms. *Journal of affective disorders*, 127(1-3), 139-146. http://dx.doi.org/10.1037/a0026143
- van Oenen, F.J., Schipper, S., Van, R., Schoevers, R., Visch, I., Peen J., & Dekker, J. (2016). Feedback-informed treatment in emergency psychiatry: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 16 (1), 110. doi:10.1186/s12888-016-0811-z

REACTIE

De Jong en Janse hebben niet geheel ongelijk als zij onze kritische publicaties over ROM als 'een offensief' typeren. Voor hen lijkt dat geenszins een neutrale, laat staan een positieve typering. Wie ons stuk niet, maar hun emotioneel geladen reactie wel heeft gelezen, zou ten onrechte kunnen concluderen dat zij ons niet minder dan een regelrechte

kruistocht tegen ROM toeschrijven. De Jong en Janse spreken de eerste auteur (Hafkenscheid) persoonlijk aan om hun teleurstelling over te brengen: hij zou zich van enthousiast bepleiter van ROM in het kamp van de a priori 'tegenstanders', waaronder zij de tweede auteur (Van Os) lijken te scharen, hebben laten trekken. Er is bij geen van ons tweeën sprake van standpuntverandering. Tien (Hafkenscheid, 2008*) en zes (Hafkenscheid, 2012*; Van Os et al.,

2012*) jaar geleden lieten wij precies dezelfde waarschuwingen horen: met andere accenten en argumenten.

ZERE PLEK

De Jong en Janse werpen ons voor de voeten dat wij 'een inhoudelijk verhaal' als dekmantel gebruiken om 'een politiek effect' te oogsten. Er zijn ergere verwijten denkbaar: beleidskeuzes dienen immers gebaseerd te zijn op inhoudelijke argumenten, in plaats van op

ongefundeerde beweringen, zoals de veel gehoorde 'ROM opent de black box van de ggz'. De Jong en Janse stellen zelf: 'Belangrijker is dat we niet kunnen weten of de 'Nederlandse' ROM (voor zover die bestaat) effectief is of niet, omdat dat in die vorm niet in Nederland onderzocht is.' Zij leggen de vinger op de zere plek: een systeem waaraan jaarlijks tientallen miljoenen euro's worden gespendeerd moet door de behandelaar als effectief aan de patiënt worden verkocht, zonder dat de pretentie van effectiviteit inhoudelijk en empirisch kan worden waargemaakt.

Wij wijzen elke suggestie dat wij ons tegen routine monitoren richten resoluut van de hand. Op het gebied van de experience sampling (PsyMate) en het monitoren van tegenoverdrachtsreacties (Impact Message Inventory-Circumplex (IMI-C)) hebben wij uitgebreid onderzoek verricht.* Wij hebben diverse nieuwe onderzoeken in voorbereiding en in uitvoering. Deze onderzoeken richten zich op louter subjectieve metingen. De Jong en Janse vergissen zich dus als zij suggereren dat wij weinig van subjectieve monitorinstrumenten zouden willen weten. Het gaat ons om de context waarin subjectieve oordelen worden gebruikt, alsmede om de validiteit van de conclusies die er uit worden afgeleid.

De Jong en Janse beweren dat wij tegenkritiek wegzetten als 'retorisch en ideologisch', zonder werkelijk op de argumenten van pleitbezorgers voor handhaving van de nationale ROM in te gaan.

Wij zouden het willen omkeren: tot op heden is het ons nooit gelukt om een inhoudelijke discussie aan te gaan, omdat pleitbezorgers die discussie meden en bleven hameren op de (nog niet waar gemaakte) beloften van de opgelegde nationale ROM. In dit verband verwijzen wij nogmaals naar bovenstaand citaat van henzelf: er valt empirisch weinig te verdedigen aan de opgelegde ROM.

HANDSCHOEN

Dat De Jong en Janse de handschoen wel oppakken, kunnen wij als zodanig waarderen. Wat ons echter teleurstelt, is dat zij vrijwel alle argumenten uit ons stuk ofwel uit hun verband trekken, ofwel laten liggen. Wij stellen dan ook enkele vragen aan De Jong en Janse:

- Waar halen zij vandaan dat wij verklaarde tegenstanders zijn van zelfrapportage of van het meten van klachtenreductie?
- Waar lezen zij dat we onze pijlen specifiek op de OQ-45 richten?
- Waaruit leiden zij af dat wij uitsluitend zouden willen varen op objectieve (telbare) informatiebronnen?
- Wat vinden zij van onze kritiek dat 'sturend monitoren' de deur wagenwijd openzet voor het vinden van de paaseieren die men zelf heeft verstoppt, dus kan leiden tot geflatteerd gunstige uitkomsten aangaande de toegevoegde effectiviteit van ROM-feedback?
- Hoe kijken zij aan tegen onze kritiek dat de OQ-45 moeilijk een generiek instrument kan

worden genoemd, wanneer de respondent verondersteld wordt een liefdespartner te hebben, seksueel actief te zijn, te werken?

- Zijn zij het met ons (on)eens dat betrouwbare verandering overschat wordt door homogeneiteitscoëfficiënten te gebruiken, in plaats van test-herstest-betrouwbaarheden?
- Hoe zien zij ons pleidooi om behandeluitkomsten altijd vanuit meerdere perspectieven te meten?

We sluiten af met een laatste en meest prangende vraag: Hoe is wat hun betreft aan patiënten en behandelaars uit te leggen dat wetenschappelijk onderzoek heeft bewezen dat verplichte ROM de behandel-effectiviteit verhoogt, terwijl we dat – hun eigen citaat indachtig – helemaal niet weten?

OVER DE AUTEURS

Anton Hafkenscheid is klinisch psycholoog-psychotherapeut en werkzaam bij Arkin/Sinai Centrum. Jim van Os is hoogleraar Psychiatrische Epidemiologie en publieke GGZ, UMC Utrecht Hersencentrum, Utrecht. De met een * aangegeven publicaties zijn opvraagbaar bij de auteurs. E-mail: a.hafkenscheid@sinaicentrum.nl, vanosj@gmail.com.

REAGEREN?

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

EENS PSYCHOLOOG,

GESMEERDE ACADEMICUS

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

dr. Theo Verheggen, leerling-monteur luchtgekoelde Volkswagens

‘Het is nu al de tweede keer dat ik uit de academische psychologie vertrek, om nooit terug te keren,’ begint Theo Verheggen. De eerste keer werkte hij aan zijn proefschrift aan de Radbouduniversiteit Nijmegen. Hij stapte op uit solidariteit met collega’s die weg moesten en werkte vervolgens op verschillende plekken. Vervolgens ging hij vijf maanden op reis met een oude Volkswagenbus. (Voor de liefhebber: een T2, luchtgekoeld.) Hij raakte eraan verknocht. Toch kwam hij in 2005 terug als psycholoog; hij kreeg een baan aan de Open Universiteit (ou), waar hij vakken gaf als cultuurpsychologie en geschiedenis van de psychologie.

PROBLEMEN

De ou richtte zich aanvankelijk alleen op onderwijs. Maar het idee heerste dat elke zichzelf respecterende universiteit onderzoek moest doen, dus dat wilde de ou ook. ‘En daarmee werden problemen geïntroduceerd die ik ook al bij andere universiteiten had zien ontstaan, zoals hoge publicatiedruk en toenemende concurrentie,’ zegt Verheggen. Hij is ervan overtuigd dat die ontwikkelingen het vakgebied geen goed doen.

Ook het idee dat onderwijs geld moet opleveren, werd dominant binnen de universiteiten. ‘Maar onderwijs kóst geld,’ zegt Verheggen. ‘De opbrengst is vooral dat je een hoogopgeleide bevolking krijgt, wat op termijn economisch gunstig is.’

FOTO VLINDERS: SHUTTERSTOCK

Universiteiten worden niet meer per student betaald, maar krijgen pas geld als de student een diploma heeft behaald. Dan is het verleidelijk om zoveel mogelijk studenten de eindstreep te laten halen, desnoods door te morrelen aan het niveau. Dat is precies wat Verheggen zag gebeuren, en niet alleen aan zijn eigen universiteit. ‘De opleidingen hollen uit. Psychologie is in Nederland nog maar een hele korte opleiding, waaruit vrijwel alle verdiepende vakken zijn weggesneden. Ik vind dat we van de academische psychologie een voorbereidende beroepsopleiding hebben gemaakt en dat is niet waarvoor universiteiten zijn bestemd. En onderzoek doen omwille van het onderzoek, omdat er telkens kortetermijnresultaat moet worden getoond, is evenmin waarvoor universiteiten bedoeld zijn. Het gaat toch om het nastreven van “ware” kennis en niet om het laten draaien van een commerciële onderneming?’

ALTIJD PSYCHOLOOG...



STEMPELKAART

Hij was blij met zijn positie als universitair hoofddocent (UHD), maar hoe er binnen de universiteit carrière wordt gemaakt, begon hem ook steeds meer tegen te staan. 'Er wordt nu niet meer vooral geselecteerd op oorspronkelijkheid, kritische blik of intellectuele vergezichten. In plaats daarvan beschrijven vaste functieprofielen de inhoud van een functie aan de universiteit, dat zijn een soort stempelkaarten geworden. Iedereen met voldoende kruisjes bij publicaties, fondsenwerving en commissiewerk kan op gaan voor het diploma UD, UHD of hoogleraar.' Zijn werk begon ondertussen steeds meer op een salesfunctie te lijken. 'Ik werd geacht een belangrijk deel van mijn tijd te besteden aan reclame voor mijn eigen toko en mijn klanttevredenheid op te peppen.'

Dit alles leidde ertoe dat zijn motivatie kelderde. November 2017 raakte hij in een dip. Toch sleepte hij zich door de

daaropvolgende maanden heen, maar in april was het alleen maar erger geworden. 'We gingen op vakantie, ik zat in de knoop en kreeg van mijn vriendin het boek *Siddhartha* van Herman Hesse om te herlezen. Het sloeg in als een bom. Ik realiseerde me dat ik al lang niet meer bezig was met dingen die ik belangrijk vond.'

Je baan opzeggen doe je niet makkelijk met kinderen en een hypotheek. Maar zijn vriendin vroeg: 'Hoezo niet?' Daarom ging hij praten met zijn bazen. Die dachten met hem mee. Hij nam eervol ontslag en kreeg tijd om uit te zoeken waarvan hij wel gelukkig werd.

Hij kon maar één echte passie bedenken: die luchtgekoelde vw-bussen, maar ja, dat was niet reëel. Weer was het zijn vriendin die vroeg: 'Waarom niet?'

Door stom toeval liep hij een vriend tegen het lijf die destijds zijn vw-bus had onderhouden. Van die vriend mocht hij in de garage komen helpen en zo ervaring opdoen. En zo werkt hij nu in een garage aan zijn favoriete voertuig. Het bevalt hem. 'Voor het eerst in jaren ging ik weer helemaal op in mijn werk.' Inmiddels is hij in de volgende fase beland: uitzoeken in welke vorm hij er geld mee kan verdienen.

Los daarvan realiseert hij zich dat het monteurschap niet genoeg is. 'Ik voel me op en top academicus en opeens sta ik in de smeerput.' Daarom blijft hij zoeken naar iets wat hij ernaast kan doen en waarmee hij zijn hoofd aan het werk zet. En de problemen waar hij bij de universiteit tegenaan liep, vormen mogelijk een uitgangspunt. Want het speelt niet alleen in de academische psychologie, het is een breder maatschappelijk probleem: alles moet geld opleveren, er is onvoldoende aandacht voor kwaliteit en verdieping. Hij zou er meer over willen schrijven en spreken en zich ook bezighouden met de vraag: hoe kan het anders en beter? Een interessant thema dat aanslaat bij veel mensen. 'Op de ingezonden brief voor de NRC die ik erover schreef (zie: tinyurl.com/ydz96f8), heb ik al meer reacties gehad dan onderhand op mijn hele wetenschappelijke werk.'

*Onderwijs moet geld opleveren?
Onderwijs kóst geld!*

BIJEENKOMST

MODERN VADERSCHAP

Ooit kwamen ze in wetenschappelijke artikelen niet verder dan de voetnoot, maar dit voorjaar stonden vaders op liefst twee congressen in het middelpunt van de belangstelling. Hun rol blijkt net zo belangrijk als die van moeders. Hoe zorgen we ervoor dat ze vanaf het begin ook net zo betrokken zijn? ‘De kabinetsplannen voor uitbreiding van het partnerverlof bevatten ruimte voor verbetering.’

‘Waarom zou hij dat doen? Wat vind je daarvan? Wat zou je zelf doen?’ Tijdens het voorlezen stelt emeritus hoogleraar Pedagogiek Louis

Tavecchio regelmatig vragen. Hij is een trotse opa van zeven kleinkinderen – ze zijn bezig in *Meester Kees*.

Vandaag is Tavecchio openingsspreker op het Utrechtse congres *Vaders in de 21e eeuw*, een initiatief van vakblad *Vroeg* en het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). Aan het begin van zijn loopbaan kregen vaders in leerboeken over opvoeding en ontwikkeling niet meer dan een voetnoot toebedeeld, inmiddels wordt de grote én unieke invloed van vaders algemeen erkend. Als vaders voorlezen doen ze dat bijvoorbeeld op een andere manier dan moeders. ‘Vaders stellen vaker open vragen, moeders gesloten

vragen. Vaders laten een moeilijk woord in de tekst staan, moeders vervangen het door een makkelijker woord,’ vertelt Tavecchio. Ook de dagelijkse gesprekjes met een vader verlopen volgens Tavecchio complexer: ‘Misschien is dat de reden dat vaders, hoewel zij minder met kinderen praten, een zeker zo grote invloed hebben op de taalontwikkeling van kinderen als moeders.’

De verschillen tussen vaders en moeders beperken zich niet tot hun taalgebruik. Moeders gaan graag op een voorzichtige, gecontroleerde manier met hun kinderen om. Maar kinderen hebben niet alleen behoefte aan veiligheid. Hun behoefte om gestimuleerd te worden is volgens Tavecchio even groot. Daarin voorzien vaders. ‘Papa’s doen onverwachte, gekke dingen,’ zegt Tavecchio. ‘Ze vinden het leuk om hun kind hoog de lucht in te gooien en weer op te vangen. Moeders kijken dan liever even weg.’



FOTO: STIJN UNSPLASH

SECUNDAIRE OPVOEDERS

Waar komen de verschillen in opvoedgedrag tussen vaders en moeders vandaan? 'Eerlijk gezegd weten we dat nog niet precies', zegt Renske Keizer, hoogleraar Familiesociologie aan de Erasmus Universiteit. Op de Focusdag die de gemeente Rotterdam jaarlijks voor hulpverleners organiseert, houdt Keizer een lezing over vaders. Volgens Keizer kunnen de verschillen in opvoedgedrag niet alleen een weerspiegeling zijn van man-vrouwverschillen, maar ook een gevolg van het feit dat vaders meestal de secundaire opvoeder zijn. 'Gebruiken vaders die moeilijke woorden bewust om hun kind voor te bereiden op de maatschappij? Of is het onbewust? Schatten ze de woordenschat van hun kinderen bijvoorbeeld te hoog in omdat ze gemiddeld genomen minder tijd doorbrengen met hun kinderen dan moeders?'

Regelmatig een flink robbertje stoeien met de secundaire opvoeder blijkt in ieder geval veel voordelen te hebben. 'Kinderen die een goede band hebben met hun vader, vertonen minder gedragsproblemen, zijn populairder en hebben een hogere zelfwaardering,' vat Keizer de snel groeiende onderzoeksliteratuur op dit gebied samen. 'Ook doen deze kinderen het beter op school.'

VERSCHILLENDE ROLLEN

Het goede nieuws is dat we in Nederland, en in veel

andere westerse landen, het opvoedpotentieel van vaders steeds meer zijn gaan benutten: tussen 1965 en 2010 gingen vaders fors meer tijd doorbrengen met hun kinderen. Het slechte nieuws is dat die trend zich vooral voordoet onder hoogopgeleide vaders. Daarvoor ziet Keizer verschillende oorzaken. Zo hebben hoogopgeleide vaders gemiddeld genomen meer inkomen, waardoor zij makkelijker onbetaald verlof op kunnen nemen. Daarnaast hebben zij een kleinere kans om werkloos te geraken. De kostwinnerrol is volgens Keizer voor veel mannen een zeer belangrijk onderdeel van het vaderschap: 'De economische crisis zorgde in Zuid-Europese landen voor een hoge werkloosheid onder mannen. Toen mannen niet meer konden voldoen aan hun rol als kostwinner, onttrokken ze zich ook aan andere vaderrollen.'

Ook Tavecchio kent de beperkingen van een traditionele invulling van het vaderschap. Recent Nederlands en Vlaams onderzoek liet zien dat moderne rolopvattingen –het normaal vinden dat jij als vader ook luiers verschoont en 's nachts je huilende baby gaat troosten– de band tussen vader en kind versterken. En dat traditionele rolopvattingen dat niet doen.

Tot slot krijgen praktisch geschoolde mannen vaker te maken met het fenomeen 'maternal gate-keeping': moeders verbieden hun (ex)-partner de toegang tot wat zij beschouwen als hun terrein. Dat begint soms al

voor de geboorte. Hedwig van Bakel, hoogleraar Infant Mental Health aan de Universiteit van Tilburg, deed onderzoek naar de emotionele band die ouders met hun kindje ervaren tijdens de zwangerschap en na de geboorte. 'Een zwakke band tussen vader en kind was bijna altijd te wijten aan het gedrag van de moeder,' vertelt Van Bakel. Als een vader geen steun krijgt van zijn partner, lukt het hem niet om een emotionele band met zijn kind op te bouwen.

'Vrouwelijke hulpverleners vinden vaders vaak lastig

UITBREIDING PARTNERVERLOF

Enerzijds zijn laagopgeleide vaders gemiddeld dus minder betrokken bij de opvoeding dan hoogopgeleide vaders. Anderzijds is bekend dat juist vaders de schoolprestaties van hun kinderen positief beïnvloeden. Keizer telt één en één bij elkaar op: 'Niet alleen moeders, maar zeker ook vaders bestendigen via de opvoeding de ontwikkelingskloof die er bestaat tussen kinderen uit lage en hoge sociale klassen. Als we niks doen, wordt die kloof alleen maar groter.'

Volgend jaar wil het kabinet een begin maken met de uitbreiding van het partnerverlof. In 2019 krijgen vaders vijf in plaats van twee dagen betaald verlof en in 2020 komt daar de mogelijkheid bij om tegen 70% van het salaris vijf weken aanvullend verlof op te nemen. Zowel Tavecchio als Keizer ziet deze plannen als een mooi signaal aan vaders dat hun betrokkenheid, vanaf het begin, net zo gewenst is als die van moeders. Tegelijkertijd achten beide hoogleraren de kans groot dat juist gezinnen met een laag tot modaal inkomen het minst van de regeling gebruik zullen maken.

'De kabinetsplannen voor uitbreiding van het partnerverlof bevatten ruimte voor verbetering,' stelt Tavecchio. 'We hebben als Nederland met onze verlofregeling zo lang onderaan gebungeld, waarom niet vijf weken tegen 100% van het loon? Of, als dat economisch niet haalbaar is, beginnen met 70% en dan geleidelijk uitbreiden naar 100%?' Keizer vult aan: '30% salaris is niet niks als je al weinig hebt. In IJsland kregen vaders aanvankelijk 80% doorbetaald tijdens hun verlof. Toen dat percentage werd verlaagd namen vaders prompt minder dagen verlof op.'

EEN VROUWENBOLWERK

Niet alleen de overheid moet vaders in hun rol als opvoeder serieus nemen. Ook professionals uit de zorg, de kinderopvang en het onderwijs kunnen een steentje bijdragen. 'Zorg dat je website en folders ook aantrekkelijk zijn voor vaders,' tipt Keizer. 'Maak afspraken mogelijk in de avonduren en in het weekeind zodat vaders vaker meekunnen.' De hulpverleners op de Focusdag in congresgebouw de Doelen lijken hiertoe bereid. Bij de quiz aan het begin van de lezing – geen goede of foute antwoorden – liet 84% van de aanwezigen via hun mobieltje weten dat zij tijdens het werk meer met moeders dan met vaders in aanraking kwamen. En 90% van de hulpverleners vond dat er in de jeugdzorg meer aandacht moest komen voor vaders. Toch is er nog wel een belangrijke hobbel die genomen moet worden. Op beide congressen zitten er nauwelijks mannen in de zaal. De wereld van het kind is een vrouwenbolwerk.

Marilene de Zeeuw, klinisch psycholoog bij Jeugdggz Dimence, onderschrijft het probleem dat er te weinig mannen in de hulpverlening werken. 'Vrouwelijke hulpverleners vinden vaders vaak lastig. Ze zijn niet thuis bij het huisbezoek, ze komen niet mee naar de afspraak, ze gedragen zich agressief,' vertelt ze op het congres in Utrecht. 'Omgekeerd vinden veel vaders het juist prettig om een man tegenover zich te hebben.'

Dit probleem laat zich niet zomaar oplossen, maar aan haar mannelijke collega's ontfutselde De Zeeuw wel wat tips. In de omgang met vaders moeten vrouwelijke hulpverleners duidelijk de leiding nemen en niet bang zijn voor een confrontatie. 'Maak een vader duidelijk welk voorbeeld hij geeft door te schreeuwen of te slaan,' zegt De Zeeuw. 'Ook bij kwetsend taalgebruik moet je ingrijpen. Leg vaders het effect uit dat hun woorden hebben op het zelfbeeld van hun dochter.'

Eveneens belangrijk in het contact met vaders: oplossingsgericht werken en wollig taalgebruik vermijden. De laatste tips van De Zeeuw zijn relevant voor alle professionals in de dagelijkse opvoedpraktijk: 'Zet vaders in hun kracht. Nodig ze expliciet uit bij afspraken en spreek ze aan op hun rol. Erken de unieke pedagogische capaciteiten die vaders hebben.'

Dr. Annemarie Huiberts is psycholoog en journalist.
E-mail: amphiuiberts@gmail.com.

VRAG & AANBOD

DE PSYCHOLOOG / OKTOBER 2018 59

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

VACATURES

GZ Psycholoog
'S-GRAVENHAGE



VACATURES

GZ Psycholoog /
Meewerkend Teamleider
WOERDEN



VACATURES

GZ-Psycholoog
WESTZAAN



GZ-psycholoog (neuropsycholoog)
DEN HAAG E.O.



Psycholoog Bewegen met Pijn
VELSEN NOORD - HILVERSUM



Psychotherapeut (psychodynam.)
MAASTRICHT



Psychotherapeut /
praktijkopleider
TILBURG - BREDA - ROTTERDAM -
LEIDEN



GZ-psycholoog
DIVERSE LOCATIES



Psycholoog 24 uur
UTRECHT



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



Studentenpsycholoog
ENSCHDEDE



PRAKTIJKKRUIMTES

Overname huur praktijkruimte
WORMERVEER



acc
cccd
nrr
ccg

ADNG con gres

Geheugens om nooit te vergeten

De invloed van Hans Crombag en
Willem Albert Wagenaar op recht en psychologie

Met medewerking van

Elizabeth Loftus, Hans Crombag, Harald Merckelbach,
Douwe Draaisma, Peter van Koppen, Henry Otgaar,
Job Cohen (dagvoorzitter)

DINSDAG 27 NOVEMBER 2018
PAUSHUIZE UTRECHT



Tijdens het jaarcongres van het ADNG staat het geheugenonderzoek van Hans Crombag en Willem Albert Wagenaar centraal. Inspirerende sprekers gaan in op het onmiskenbare belang van hun werk voor zowel psychologen als juristen.



Crombag en Wagenaar schreven spraakmakende boeken als *Dubieuze zaken*, *Het herkennen van Iwan en Hervonden herinneringen* en andere misverstanden. Hun onderzoek naar het denken van de strafrechter en het gebruik en totstandkomen van bewijsmiddelen is met reden baanbrekend te noemen.

PROGRAMMA

- 12.30** — Registratie en ontvangst
- 13.00** — Opening door de dagvoorzitter
Job Cohen
- 13.10** — Interview met Hans Crombag
Harald Merckelbach
- 13.50** — Memory Science in the US, NL and beyond...
Elizabeth Loftus
- 14.35** — Wagenaar en de zaak Demjanjuk
Douwe Draaisma
- 15.30** — De memorabele invloed van Crombag en
Wagenaar op de rechtspraak
Peter van Koppen
- 16.15** — Memoria Aeterna: Waarom Crombag en Wagenaar
niet vergeten kunnen worden
Henry Otgaar
- 17.00** — Afsluiting en borrel

MEER INFO EN INSCHRIJVEN OP ADNG.NL