

DE PSY- CHO- LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN

JAARGANG 54 • NR 1 • JANUARI 2019

LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING IN DE DSM-5: HET BELANG VAN ADAPTIEF FUNCTIONEREN • ACHTERGROND: WEDSTRIJDJES WAKKER BLIJVEN - NEGATIEVE EFFECTEN VAN SOCIAL MEDIA • INSPIRATIE: SABINE HUNNIUS • INTERVIEW COLUMNISTE ANGÉLIQUE CRAMER: KWETSBARE POWERVROUW • JUNIOR: KIM SMEETS • ESSAY: HOE HET VOELT MENS TE ZIJN • VENI, VIDI, VICI: JASPER DE GROOT OVER ANGSTZWEET • COLUMN: DAT KAN IK BEST

BEELDENDE THERAPIE





Dé digitale test voor aandacht,
informatieverwerking en executieve functies



Cognitieve vaardigheden snel in kaart



Tijdwinst door korte
afnameduur



Testresultaten volledig
geautomatiseerd en
direct beschikbaar



Representatieve
normgroep van 1032
kinderen



Test is adaptief aan
tempo kind
(self-paced)



Onmisbare aanvulling op
het intelligentie-
onderzoek



Lage kosten en direct
aan de slag

Boompsychologie
& psychiatrie

Nu te bestellen op  www.cotapp.nl

ReAttach is een interventie die in de afgelopen 10 jaar, vanuit een dynamisch orthopedagogisch perspectief door Paula Weerkamp is bedacht en ontwikkeld. Zij ontwikkelde een doeltreffende methode om mensen te ondersteunen bij het omgaan met complexe problematiek zoals autisme, trauma, niet aangeboren hersenletsel. We zien veel overlap in de problemen die mensen met verschillende diagnoses ervaren. ReAttach is toepasbaar bij het hele scala van trans-diagnostische symptoom netwerken binnen de neuropsychiatrie. ReAttach Academy werkt diagnose vrij, gericht op het optimaliseren van ontwikkeling. ReAttach kan op maat worden aangeboden om samen met u de meeste emotionele, psychologische, ontwikkelings-, gedrags- of fysieke uitdagingen aan te gaan.

"ReAttach a new schema therapy for adults?" werd beloond met de Clinical Neuropsychiatry Award 2015.



ReAttach
Academy

ACCREDITATIE

Basisopleiding 36 punten

NIP Kinder- en Jeugdpsycholoog (K&J)
NVO Orthopedagoog-Generalist (OG)
(36 punten herregistratie 18, behandeling
12, diagnostiek 4, overige taken 2)

Specialisatie Modules 72 punten

72 punten (48 herregistratie,
12 diagnostiek, 13 behandeling)

www.reattachopleiding.nl



- 10 EFFECTEN VAN BEELDEND THERAPIE** – Praten over problemen betekent niet vanzelf dat gevoelens ook bereikt worden. Het kan veel moeite kosten daaraan woorden te geven. Het uitdrukken van gevoelens in beeldend werk brengt iemand mogelijk meer in contact met zijn of haar gevoelens, of met wat iemand doet vastlopen. Suzanne Haeyen onderzocht het effect van beeldende therapie bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen cluster B/C.
- 34 LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING IN DE DSM-5: HET BELANG VAN ADAPTIEF FUNCTIONEREN** – In de DSM-5 is de diagnosestelling van een verstandelijke beperking aangepast ten opzichte van de DSM-IV. Het accent is verschoven van het IQ naar beperkingen in het adaptief functioneren. Sophie Kruisdijk en collega's hebben de pilotversie getest van een nieuwe schaal: de Adaptieve Vragenlijst Verstandelijke Beperking (AVVB).
- 46 HOE HET VOELT MENS TE ZIJN** – GZ-psycholoog Rianne van de Weitgraven maakte een studiereis naar Zuid-Afrika. Doel was nader kennis te nemen van het gedachtegoed van neuropsycholoog en psychoanalyticus Mark Solms. 'In Nederland lijkt vooral de rede nog van belang te zijn als we nadenken over onze cliënten.'



Opleiding
De psychologie van het lichaam
bron: annet van laar

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

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

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

Start: 18 april 2019

Locatie: Conferentiecentrum te Werkhoven, (Utrecht)

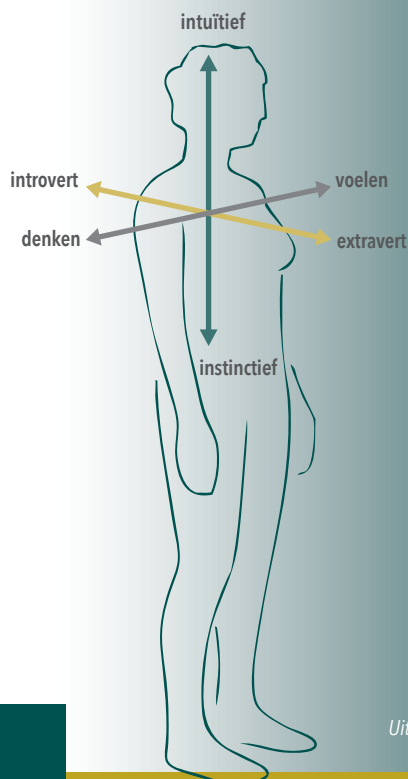
Opleiders: drs. Tessa Harts, drs. Annet van Laar (1 dag)
A. van Laar is auteur van 'Van binnen weet je alles', handboek voor lichaamswijsheid' (2012).

2^E Module: 6-daagse Masterclass 7-kwaliteitenpalet®

3^E Module: 6-daagse Masterclass BodyMindScan®

Introductieworkshop Lichaamsdiagnostiek
27 februari 2019 van 19.00 - 21.30 uur

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



verticale as
je neemt informatie op:
hoog - laag

horizontale as
je verwerkt en
interpreteert informatie:
links - rechts

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



Uit: "Van binnen weet je alles"

Informatie info@depsychologievandhetlichaam.nl
www.depsychologievandhetlichaam.nl

ERKENDE OPLEIDING TOT SYSTEEMTHERAPEUT

START 6 maart 2019

DUUR 2,5 jaar

OP Woensdagochtend eens per 14 dagen

INHOUD Basiscursus Systeemtherapie 120 uur

Specialistische cursus Partner- Relatie therapie en
Ouder en Kind 80 uur

Wetenschapsmodule 12 uur

VOOROPLEIDINGSEISEN Master op HBO of Universitair nivo

KOSTEN € 7595,-

ALLEEN DE BASISCURSUS € 4950,-

MEER INFORMATIE www.aigr.nl of bel 06 24738294

AMSTERDAMS INSTITUUT VOOR GEZINS- EN RELATIETHERAPIE

PRINSENGRACHT 697 1017 JV AMSTERDAM
TEL 020-6122065 | INFO@AIGR.NL | WWW.AIGR.NL

IMAGINARY PROCESSES IN NON-VIOLENT RESISTANCE

O.L.V. PETER JAKOB (UK) & WILLEM BECKERS (BE)

MASTERCLASS AMSTERDAM

18 & 19 MAART 2019

VERBEELDINGSVERSTERKENDE
DIALOGEN MET OUDERS VAN
KINDEREN MET AGRESSIEF EN
VERWERPEND GEDRAG

ALLE INFO:

WWW.INTERACTIE-ACADEMIE.BE

RUBRIEKEN

- 6 NIEUWS
- 9 COLUMN: Angélique Cramer
- 22 BOEKEN & MEDIA
- 26 INTERVIEW: Angélique Cramer
- 32 INSPIRATIE: Sabine Hunnius
- 44 JUNIOR: Kim Smeets
- 52 VENI, VIDI, VICI: Jasper de Groot
- 54 ACHTERGROND: Wedstrijdjes wakker blijven - negatieve effecten van social media in kaart gebracht

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 (hoofddirecteur), Jeroen van Goor (redacteur) en Geertje Kindermans (schrijvend redacteur), e-mail: redactie@psynip.nl. ISSN: 0033-3115.

Redactieraad: Eline van Baal, Marrie Bekker, Kimiko Bohle, Sonja Borgsteede, Miriam de Graaff, Dennis Hernaus, Sabine Hunnius, Johan Lataster, 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: Suzanne Hayen

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).



NIEUW

‘Schildpaddennekje’ – als lid van de generatie lieve beeldbuis kinderen had ik er niet eerder van gehoord. Redacteur Jeroen van Goor noemt dit woord in zijn stuk over problematisch sociale media gebruik onder jongeren. Ongezond gebruik daarvan zou namelijk – naast vele psychische effecten – kunnen leiden tot vergroeiing van de nek, een aandoening die steeds vaker opduikt onder de generatie lieve beeldschermkinderen. Een mens is nooit te oud om te leren, ik heb me voor het nieuwe jaar dan ook voorgenomen zo recht mogelijk op mijn smartphone te kijken.

Een nieuwe jaargang, de 54e inmiddels, vormt door gaans aanleiding voor enkele veranderingen. De rubriek ‘Eens psycholoog, altijd psycholoog’ leggen we voorlopig (of definitief) op de plank. Redacteur Geertje Kindermans trapt dit nummer af met de nieuwe rubriek ‘Veni, Vidi, Vici’. Daarin lichten onderzoekers, die een gelijknamige beurs van de Nederlandse Stichting voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) hebben gekregen, hun gestarte onderzoek of onderzoekslijn toe. In deze eerste aflevering vertelt Jasper de Groot over zijn onderzoek naar angstzweet – iets dat hier op de redactie echt nooit te ruiken is als we weer een nieuw nummer naar de drukker sturen.

Komende jaargang is Angélique Cramer de nieuwe columnist. Cramer zat eerder in de Redactieraad van *De Psycholoog* en verzorgde de onregelmatig verschenen rubriek ‘De Gereedchapskist’. Zij is van plan, zo belooft ze in het interview in dit nummer, zich in haar columns kwetsbaar op te stellen en eigen worstelingen als wetenschapper niet te schuwen. Haar eersteling is beslist veelbelovend.

Over de Redactieraad gesproken: we hebben met weemoed afscheid genomen van de leden Eveline de Kam, Sarah Prins en Bart Schutz. Zij worden ook op deze plek bedankt voor hun bewezen diensten. Drie nieuwe leden zijn toegetreten: studente Kimiko Bohle, Eline van Baal en Johan Lataster. Bohle figureerde afgelopen december reeds in de rubriek ‘In Spe’, Van Baal en Lataster, zo is het voornemen, komen dit jaar in de rubriek ‘Inspiratie’ aan het woord.

Namens alle nieuwe en oude (en jonge) mensen die bij *De Psycholoog* zijn betrokken, wens ik u de komende jaargang veel intellectueel leesplezier toe – dat u zich na elk nummer een beetje een nieuw mens moge voelen en de nek recht blijft houden.

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

EVOLUTIONAIR VERKLAARBAAR

MANNEN ALLEEN ROYAAL BIJ WINST

Mannen zijn royalier dan vrouwen. Althans, als het geldbedrag dat zij inleggen verhoogd kan worden.

In hoeverre verschillen mannen en vrouwen in vertrouwen en betrouwbaarheid? Om dat uit te zoeken nam een groep Nederlandse psychologen 77 publicaties over de trust game en 15 publicaties over bilaterale gift-exchange games onder de loep. Bij beide games spelen twee mensen tegen elkaar. Deelnemer 1 krijgt een geldbedrag en moet beslissen hoeveel hij daarvan aan deelnemer 2 geeft. Dit wordt gezien als teken van vertrouwen. Speler 2 moet

vervolgens beslissen hoeveel hij retourneert aan speler 1 – een teken van betrouwbaarheid. Nu wordt ergens in deze games het ingelegde bedrag verhoogd. Bij de trust game is dat nadat speler 1 heeft bedacht hoeveel geld hij aan speler 2 wil geven. Bij de gift-exchange game is het nadat speler 2 heeft bedacht hoeveel geld hij aan speler 1 wil retourneren. Dat verklaart waarschijnlijk de verschillende uitkomsten, denken de onderzoekers. Uit de meta-analyse van de trust-game-experimenten blijkt dat speler 1-mannen royalier zijn dan speler 1-vrouwen. In betrouwbaarheid doen

de seksen niet voor elkaar onder. Maar de gift-exchange-experimenten laten precies het omgekeerde zien: géén seksverschil in vertrouwen, maar wel in betrouwbaarheid. Mannen retourneren namelijk meer geld dan vrouwen.

Mannen zijn alleen royalier als ze denken dat dat winst oplevert – voor hun tegenspeler en/of voor henzelf. En dat is evolutionair te verklaren, want mannen worden nu eenmaal gezien als kostwinner voor vrouw en kind. (ID)

Bron: Akker, O.R. van den et al. (2018). Sex differences in trust and trustworthiness – A meta-analysis of the trust game and the gift-exchange game. *PsyArXiv*.

ORDENTELIJKHEID STRAALT AF OP PERSOONLIJKHEID

SLORDIGE WERKPLEK SLECHT VOOR IMAGO

Wie bij collega's graag doorgaat voor zorgvuldig en neurose-vrij, doet er goed aan zijn bureau vrij te houden van vuile kopjes en paperassen.

Dat concluderen onderzoekers aan de Universiteit van Michigan. Zij onderzochten of de ordentelijkheid van een werkplek van invloed is op de perceptie die mensen hebben van de eigenaar daarvan. Om daarachter te komen richtten ze drie kantoorruimtes in. De eerste was netjes, de tweede iets rommeliger (papieren op de vloer, achterlopende klok) en de derde was niet alleen rommeliger maar ook viezer (fruitschillen, etensresten). Met een baseball-petje, foto van een vrouw met een baby en wetenschappelijke boeken en tijdschriften moest de indruk gewekt worden

dat het hier om de werkruimte van een mannelijke onderzoeker ging.

De 160 proefpersonen werd gevraagd hoe zij, uitgaand van de sfeer op diens kantoor, de onderzoekers' extraversie, vriendelijkheid, nauwgezetheid, emotionele stabiliteit en openheid voor ervaringen zouden beoordelen. Een ruime meerderheid schatte de nauwgezetheid van de onderzoeker met het rommelige kantoor als minder hoog in dan die van de onderzoeker met het keurige kantoor. Van de onderzoeker met het vieze kantoor verwachtten de deelnemers dat die niet alleen minder nauwgezet, maar ook minder vriendelijk en veel neurotischer zou zijn dan de onderzoeker met het keurige kantoor.

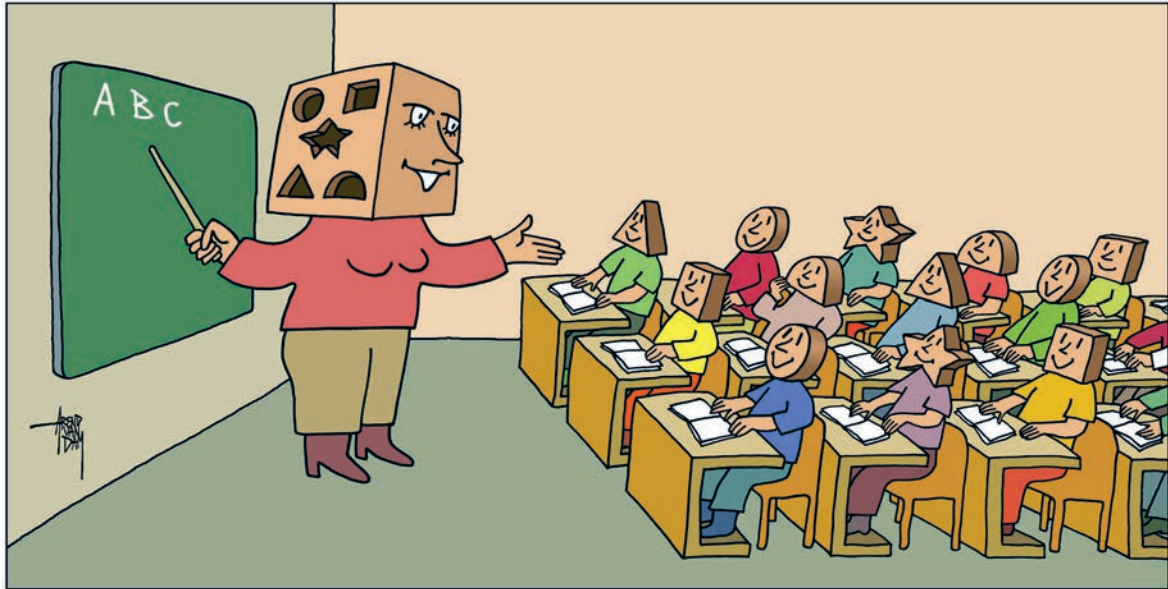
Als mensen op basis van chaos op

iemands werkplek negatieve conclusies trekken over diens persoonlijkheid, heeft dat mogelijk ook een negatieve invloed op de manier waarop ze – professioneel of persoonlijk – met die persoon omgaan, menen de onderzoekers. Wees dus gewaarschuwd. (EdJ)

Bron: Terrence, G. et al. (2018). Does your messy office make your mind look cluttered? Office appearance and perceivers' judgments about the owner's personalit. *Personality and Individual Differences*, doi.org/10.1016/j.paid.2018.10.018

SCHAP

GEEN DIAGNOSTISCHE ETIKETTEN MAAR GEDIFFERENTIËRD EN PASSEND ONDERWIJS IN DE KLAS



CPS-VAARDIGHEDEN VEREIST

JEUGD MOET LEREN SAMENWERKEN

De wereld staat voor diverse complexe problemen. Maar scholieren en studenten krijgen vooral individueel, taakgericht onderwijs. Zij worden niet of nauwelijks getraind in het gezamenlijk benaderen en oplossen van complexe problemen, ofwel cps, een afkorting die staat voor 'collaborative problem solving'.

Jongeren zijn slecht voorbereid op een maatschappelijke rol in de grote wereld. Uit een onderzoek in 2015 van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OECD) – onder 500.000 leerlingen van vijftien jaar bleek dat maar acht procent van deze hen ervaring heeft met samenwerken aan het oplossen van een probleem.

In reactie daarop heeft een inter-

disciplinaire groep van onderzoekers uit de vs, Duitsland en Luxemburg uiteengezet wat volgens hen de cognitieve en sociale componenten zijn van cps. Zij concluderen dat bijvoorbeeld het kunnen vaststellen van een gemeenschappelijk doel, transparant willen zijn over eigen inspanningen en een gedifferentieerde rolverdeling daarbij horen. Aan de hand van 'real world testing' laten ze zien hoe training in cps het probleemoplossend vermogen en de samenwerkingsvaardigheden van studenten vergroot. Zo kregen studenten uit diverse vakgebieden, waaronder milieukunde, rechten en politicologie, opdracht zich samen te buigen over de stijgende zeespiegel aan de Amerikaanse oostkust. Hoewel voor

die problematiek geen sluitende oplossing werd bedacht, ontstonden er door onderlinge uitwisseling nieuwe inzichten, innovatieve plannen en leidde feedback op de samenwerking tot betere communicatie.

De auteurs pleiten ervoor van cps een kernonderdeel van het middelbare-schoolcurriculum te maken. Dat vraagt om samenwerking tussen sociaal wetenschappers, onderwijsdeskundigen en beleidsmakers. Die moeten, om een en ander tot een succes te maken, dan natuurlijk wél over cps-vaardigheden beschikken. (EdJ)

Bron: Graesser, A.C. et al. (2018). Advancing the Science of Collaborative Problem Solving. *Psychological Science in the Public Interest*, 19(2), DOI: 10.1177/1529100618808244

PROMOTIES

LEES SLECHTHORENDE KINDEREN INTERACTIEF VOOR

Evelien Dirks onderzocht in haar dissertatie het psychosociale functioneren van matig slechthorende peuters en de rol van hun ouders. Deze peuters blijken geraakt te worden door de emoties van anderen en de affectieve band met hun ouders verschilt niet van die bij goedhorende peuters. Matig slechthorende peuters lopen sociaal wel tegen meer uitdagingen aan. Ze begrijpen de intenties van een ander minder goed en wisselen minder sociale signalen uit tijdens interacties dan goedhorende peuters. Ook is het lastiger voor matig slechthorende peuters en hun ouders om tot gedeelde aandacht te komen en gedeelde aandacht vast te houden. Een remedie is interactief voorlezen. Een cursus daarover zou in het zorgaanbod voor jonge slechthorende kinderen kunnen worden opgenomen.

Evelien Dirks, *Psychosocial Functioning in Toddlers with Moderate Hearing Loss: The Importance of Caregivers*. Universiteit Leiden, 31 oktober 2018. Promotoren prof. dr. C. Rieffe, prof. dr. ir. J. H. M. Frijns

FIETSERS EN STILLE, ELEKTRISCHE AUTO'S

Verkeerspsychologe Agnieszka Stelling, verbonden aan het Instituut voor Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV), onderzocht de rol van geluid voor fietsers en hun verkeersveiligheid in relatie tot (stille) elektrische auto's, het luisteren naar muziek op de fiets en het telefoneren op de fiets. Het lokaliseren van elektrische auto's bleek lastiger vergeleken met conventionele auto's, vooral bij een lage snelheid. Het is evenwel nog de vraag of het toevoegen van kunstmatig geluid aan elektrische auto's een oplossing is, onder andere omdat omgevingsgeluiden het kunstmatige geluid kunnen maskeren.

Agnieszka Stelling-Kończak, *Cycling safe and sound. The impact of quiet electric cars, listening to music and conversing on the phone on cyclists' auditory perception and cycling safety*. Technische Universiteit Delft, 5 november 2018. Promotoren: prof. dr. M. P. Hagenzieker, prof. dr. G. P. van Wee

LEEFSTIJLINTERVENTIES VERBETEREN GEZONDHEID PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN

Het gezonder maken van de leefomgeving van patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening leidt tot een verbetering in hun lichamelijke gezondheid en fitheid. Dat concludeert psychologe Anne Looijmans in haar proefschrift, waarin zij onderzocht hoe binnen de reguliere ggz het leefstijlgedrag van dergelijke patiënten veranderd kan worden. Looijmans onderzocht onder meer het effect van het veranderen van de obesitas bevorderende omgeving van patiënten die in een beschermde woonvorm verblijven, door het voedings- en bewegingsaanbod gezonder te maken. Hiervoor werden stafleden gecoacht door leefstijlcoaches. Het veranderen van de omgeving leidde tot een verbetering in lichamelijke gezondheid en fitheid van patiënten. Het effect verdween evenwel zodra de leefstijlcoaches vertrokken en de stafleden zelf verantwoordelijk waren voor de gezonde omgeving.

Anne Looijmans, *Lifestyle interventions in patients with a severe mental illness. Addressing self-management and living environment to improve health*. Rijksuniversiteit Groningen, 14 november 2018. (Co-)promotoren prof. dr. C. P. van der Schans, dr. M. A. de Groot, dr. A. Kooy (Co-)promotoren prof. dr. R. Schoevers, prof. dr. R. P. Stolk, dr. ir. E. Corpeleijn, dr. F. de Jong

Thea Kooiman, *The use of self-tracking technology for health. Validity, adoption, and effectiveness*.

Rijksuniversiteit Groningen, 7 november 2018. (Co-)promotoren prof. dr. C. P. van der Schans, dr. M. A. de Groot, dr. A. Kooy

Jolanda Meeuwissen, *The case of stepped care. Exploring the applicability and cost-utility of stepped-care strategies in the management of depression*. Vrije Universiteit, 7 november 2018. Promotoren prof. dr. A. J. L. M. van Balkom, prof. dr. H. F. E. Smit

Jessica Overweg, *Taking an alternative perspective on language in autism*. Rijksuniversiteit Groningen, 8 november 2018. (Co-)promotoren prof. dr. P. Hendriks, dr. C. A. Hartman

Rense van der Zwet, *Implementing evidence-based practice in social work: a shared responsibility*. Tilburg University, 9 november. (Co-)promotoren prof. dr. M. J. D. Schalk, prof. dr. M. R. F. van Regenmortel, dr. D. M. Beneken

Esther van Duin, *Dancing in the (b)rain. Neurobiology of reward, stress & information processing in 22q11.2 deletion syndrome*. Maastricht University, 15 november 2018. (Co-)promotoren prof. dr. T. van Amelsvoort, prof. dr. J. Booij, dr. D. Hernaus

DAT DURF IK BEST

Ergens in 2013 stuurde een collega en vriendin mij een link naar een TED-talk van onderzoekster/schrijfster Brené Brown. Het ging over de kracht van kwetsbaarheid. Na een minuut te hebben gekeken, zette ik de video uit. Ik vond het maar een beetje zweverig gedoe: jezelf kwetsbaar opstellen, er durven zijn met je hele hebben en houden. Poeh. En bovenal: het was mij werkelijk een raadsel waarom ze me die link had opgestuurd.

Dat raadsel werd vanzelf opgelost toen ik ongeveer een half jaar later thuis kwam te zitten met een burn-out. Niet een huis-tuin-en-keuken stressvol momentje, maar eentje van het kaliber dat het maken van een boodschappenlijstje een monumentale taak was. De oorzaak? Onder andere: moeite met kwetsbaar opstellen. Zo vond ik het bijvoorbeeld niet nodig om met iemand op mijn werk te delen dat ik het ontwerpen van een nieuwe cursus eigenlijk heel spannend vond en wel wat advies kon gebruiken. Ook bleef ik maar blij overal verkondigen dat het echt prima te doen was – beginnen als docent combineren met een beursaanvraag schrijven die mijn beginnende carrière kon maken of breken, verhuizen en een dreumes – terwijl ik af en toe de wanhoop nabij was.

Tijdens mijn herstel kwam de term ‘work-life balance’ vaak voorbij. Het klinkt prachtig: je hebt werk, en je hebt de rest van je leven, en die twee zaken moeten met elkaar in balans zijn. Niet teveel werken dus en dat is natuurlijk een prima idee. Maar: wat mij betreft kleeft er een enorme schaduwzijde aan deze term, en dat is het onderliggende idee dat work en life twee volstrekt gescheiden aspecten zijn van het zelf. Dat is mijns inziens echt onzin, en een ‘gevaarlijk’ idee.

Onzin omdat we eigenlijk allemaal wel weten dat het niet te doen is om de rest van je leven bij de voordeur te parkeren op het moment dat je naar je werk gaat. Natuurlijk, we proberen het wel – dus we praten op het werk niet over dat we uitgeput raken omdat we mantelzorger zijn voor onze dementerende vader – maar het komt naar buiten in de vorm van gedrag: die ene onterecht venijnige e-mail naar je collega bijvoorbeeld. En het is gevaarlijk: je niet kwetsbaar opstellen – en dat is wat je doet als je angstvallig je leven buiten de werkdeur probeert te houden – maakt je niet authentiek en dat is een bekende voedingsbodem voor allerlei psychische klachten: hallo, burn-out!

We hoeven nu echt niet voortaan al onze zielenroerselen bij de koffieauto-maat te delen met elke willekeurige collega, maar laten we proberen om iets meer van onszelf te laten zien op het werk. Beschouw deze column maar als mijn eerste poging. Vraag eens aan een collega die er moe uitziet of het allemaal wel een beetje gaat. En: probeer eens iets te vertellen over jezelf wat misschien niet heel glansrijk, gaaf of succesvol klinkt.

Ik volg het voorbeeld van mijn zesjarige dochter die het volgende zei toen ik uitlegde dat deze column over kwetsbaar en jezelf zijn gaat: dat durf ik best!



Angélique Cramer

Dr. Angélique Cramer is
universitair hoofddocent aan
de afdeling Methodologie en
Statistiek van de Tilburg School
of Social and Behavioral Sciences
van Tilburg University.
E-mail: aoj.cramer@gmail.com

FOTO: STIJN RADEMAKER

Praten over problemen betekent niet vanzelf dat gevoelens ook bereikt worden. Het kan veel moeite kosten woorden daaraan te geven. Bij heftige emoties kan dit erg oplopen. Het uitdrukken van gevoelens in beeldend werk brengt iemand mogelijk meer in contact met zijn of haar gevoelens, of met wat iemand doet vastlopen. Suzanne Haeyen onderzocht het effect van beeldende therapie bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen cluster B/C.

DE CASUS PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN CLUSTER B/C

EFFECTEN VAN BEELDEND THERAPIE

Beeldende therapie – een behandelvorm waarin beeldende materialen zoals klei, schilder- en tekenmateriaal, speksteen, ijzerdraad, stof of collagemateriaal, op een methodische manier worden ingezet – is gericht op doelen die te maken hebben met emotioneel functioneren, zelfexpressie en welzijn voor patiënten. Deze vorm van therapie wordt vrij frequent ingezet in de geestelijke gezondheidszorg. Hoewel praktijkervaringen suggereren dat beeldende therapie een effectieve interventie is, is beeldende therapie weinig onderzocht en is er een degelijke wetenschappelijke basis nodig voor deze interventie (Reynolds, Nabors & Quinlan, 2000; Slayton, D'Archer & Kaplan, 2010; Van Lith, Schofield & Fenner, 2013).

Beeldende therapie biedt een wezenlijk andere therapeutische ingang dan praten. Mensen die goed kunnen praten over hun problemen, kunnen soms met woorden hun gevoelens niet bereiken. Door het beeldend werken krijgen zij meer contact met hun gevoelens en met wat hen doet vastlopen. Anderen hebben juist moeite met praten over wat hen bezighoudt. Dan kunnen het beeldend werken en de beelden die ontstaan helpen om zich uit te drukken. Door beeldende therapie aan te bieden worden deze patiënten bereikt waar zij anders mogelijk onvoldoende geholpen worden.

Beeldende therapie werkt enerzijds klachtgericht. De therapie beoogt patiënten te ondersteunen om psychosociale of psychische problematiek op te heffen, te verminderen of te accepteren en om terugval en hernieuwde klachten zoveel mogelijk te voorkomen. Anderzijds is beeldende therapie persoonsgericht, gericht op de bevordering van het welbevinden en de kwaliteit van leven alsmede de persoonlijke ontwikkeling van de patiënt. Dit komt tot uitdrukking in het versterken van positieve gevoelens door het scheppende, actieve karakter van de therapie waarbinnen nieuwe ervaringen kunnen worden opgedaan.

Beeldende therapie wordt al vele jaren aangeboden bij de behandeling van mensen met persoonlijkheidsstoornissen cluster B/C – mensen gediagnosticeerd met een borderline, narcistische, vermijdende of obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. Beeldende therapie is bij hen vaak deel van het behandelingsprogramma omdat zowel therapeuten als patiënten geloven dat beeldende therapie een belangrijke bijdrage in het behandelingsresultaat levert. Het beschikbare wetenschappelijke bewijs is echter zwak. De weinige beschikbare studies zijn grotendeels gelimiteerd in steekproefgrootte en kwaliteit, en zien er in het beste geval veelbelovend uit. Verder valt op dat de beeldende therapeutische interventies voor persoonlijkheidsstoornissen niet systematisch, duidelijk en expliciet genoeg zijn beschreven,

vooral niet volgens de stappen die nodig zijn om de interventies tot een bewezen effectieve status te ontwikkelen (Spring, 2007; Veerman & Van Yperen, 2007). Er is dan ook een duidelijke behoefte aan nader onderzoek naar beeldende therapie. Door meer onderzoek zou beeldende therapie verder onderbouwd en kwalitatief verbeterd kunnen worden.

De centrale vraag in dit artikel, dat verslag doet van een gericht onderzoek hiernaar, luidt: is beeldende therapie effectief bij mensen gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis cluster B/C? En zo ja, hoe groot zijn de effecten en wat kan gezegd worden over de aard ervan?

Patiënten verklaarden dat beeldende therapie hen confronteerde met henzelf en hun eigen patronen in gevoelens, gedachten en gedrag

PATIËNTPERSPECTIEF

Om de effecten te exploreren, is in dit onderzoek allereerst het patiëntperspectief geëxploreerd. Het doel hiervan was inzicht te krijgen in de waargenomen effecten van beeldende therapie. Hiervoor zijn 29 volwassen patiënten geïnterviewd, beginnend met een onderwerpenlijst afgeleid uit de literatuur. De hoofdvraag bij de interviews was: 'Wat heb je ervaren in de beeldende therapie en wat is in jouw ogen het verschil met verbale therapie?' De respondenten kozen het, voor hen belangrijkste, zelfgemaakte werkstuk uit en dit was tijdens het interview aanwezig om aan te kunnen refereren.

Data werden verzameld en geanalyseerd met behulp van de Grounded Theory Approach (Corbin & Strauss, 2008). In de laatste stap van de kwalitatieve inhoudsanalyse zijn de resultaten geïntegreerd in een theoretisch model dat bestond uit vijf effectcategorieën: (1) perceptie; (2) persoonlijke integratie; (3) emotie- en impulsregulatie; (4) gedragsverandering; en (5) inzicht en begrip. Verbeterde perceptie betreft het ervaren van het actuele moment en werd gezien als de basis waarop de andere therapeutische effecten zich kunnen ontwikkelen. De gevonden effecten betreffen een meer

complete ervaring van zichzelf, meer balans in het hanteren van emoties en impulsen, acceptatie, ontwikkeling en het zich eigen maken van ander gedrag ten opzichte van zichzelf en anderen en een beter begrip van zichzelf en anderen. Hoe emotieregulatie aan bod kan komen, illustreert het volgende citaat uit één van de interviews: *'Ik denk, nou ja, ik zie wel wat er komt, en ik ben met ecoline gaan spatten, gooien en het rood was voor mij net bloed, en er borrelde van alles binnen, en toen werd ik echt gewoon zo boos, ik kreeg het helemaal benauwd en ik moest echt even afstand nemen... dit was zo belangrijk voor mij, omdat ik eigenlijk die boosheid in mij altijd wegdruk.'*

De analyses lieten zien dat, vergeleken met verbale therapie zoals zij die kenden, patiënten beeldende therapie ervoeren als een ervaringsgerichte behandeling met een complementaire kwaliteit naast verbale therapie en als een meer directe manier om toegang tot emoties te krijgen. Dit schreven ze toe aan het appèl van beeldende materialen op lichamelijke sensaties en emotionele responsen. Patiënten verklaarden dat beeldende therapie hen confronteerde met henzelf en hun eigen patronen in gevoelens, gedachten en gedrag, verdergaand dan een bewust, rationeel niveau en leidend tot een sterker emotioneel bewustzijn. Beeldende therapie kwam naar voren als goed passend bij en aansluitend op de kernproblemen van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. De therapie bood een specifieke weg naar meer bewustzijn van emoties en droeg bij aan constructieve emotieregulatie (Haeyen, 2018; Haeyen, Van Hooren & Hutschemaekers, 2015).

ONTWIKKELING BEELDEND THERAPEUTISCHE INTERVENTIE

Een degelijke en evidence-based interventie voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen was vereist om de effecten van beeldende therapie te onderzoeken. Een geprotocolleerde beeldende therapie-interventie werd ontwikkeld via Intervention Mapping (IM). Deze methode leidt systematisch de ontwikkeling, implementatie en geplande evaluatie van een interventie. Via voorgeschreven stappen worden empirische bevindingen, theoretische modellen en klinische ervaringen gecombineerd om een programma te ontwikkelen, toegesneden op de behoeften van de doelgroep en de daarbij passende centrale behandeldoelen (Bartholomew et al., 2011).

Dit resulteerde in een gestructureerd beeldend therapeutisch interventieprogramma van tien sessies ter verbetering van het functioneren van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. De interventie richt zich op: het ervaren van een (meer) stabiel en positief zelfgevoel, emoties kunnen uiten

en reguleren, emoties, gedachten en gedragingen kunnen begrijpen, en gebruik kunnen maken van verbeterde sociale en probleemoplossende vaardigheden. Verder zijn ook aanbevelingen beschreven ten aanzien van de houding van de therapeut, evenals randvoorwaarden en gebruiksadviezen. Een handleiding is geschreven voor de implementatie van de interventie. Voor zover ons bekend, was dit de eerste keer dat een aantal potentieel effectieve beeldende therapie-methoden is gecombineerd in een protocol-gestuurd programma voor deze patiëntenpopulatie (Haeyen, Dehue, Van Hooren, & Hutschemaekers, 2018). Deze interventie is inmiddels opgenomen in de databank Erkende Interventies GGZ van het Trimnos Instituut (Haeyen, 2018b).

RANDOMISED CONTROL TRIAL

Een randomised controlled trial (RCT) is uitgevoerd, gebaseerd op het ontwikkelde beeldende therapeutische interventieprotocol (Haeyen et al., 2017). Doel was de effecten te evalueren van de interventie voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. In totaal zijn 74 volwassen participanten gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis cluster B/C (SCID-II) gerandomiseerd ingedeeld in (1) een wekelijkse beeldende therapiegroep (1,5 uur, 10 weken) of (2) een wachtlijstgroep.

De *Outcome Questionnaire 45* (OQ45; Lambert et al., 1996), de *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II; Jacobs et al., 2008) en de *Schema Mode Inventory* (SMI-II; Young et al., 2007) zijn afgenomen bij baseline, post-test (tien weken na baseline), en follow-up (vijf weken na post-test).

De OQ45 meet algemeen psychologisch functioneren (psychische klachten, interpersoonlijk functioneren en functioneren in de sociale rol) en bestaat uit 45 items (bijvoorbeeld: 'Ik heb vaak ruzie'). De AAQ-II meet psychologische flexibiliteit en bestaat uit tien items (bijvoorbeeld: 'Ik ben bang voor mijn gevoelens'). De SMI-II meet de aanwezigheid van veertien verschillende schemamodi zoals bijvoorbeeld het boze kind of de bestraffende ouder-modus. Deze lijst bestaat uit 124 items (bijvoorbeeld 'Ik voel me vaak alleen op de wereld').

In de analyse evalueerden we de randomisatie door de groepen bij pre-test te vergelijken, daarnaast evalueerden we of de drop-out random was. De effectiviteit is getest door middel van een *general linear model repeated measures*-analyse. In toevoeging hierop is de verandering in Cohen's *d* effect-grootte (*d*) berekend om het effect van beeldende therapie over de tijd vast te stellen.

Zevenenvijftig patiënten doorliepen het complete

KADER



De maakster (28) van dit werkstuk vertelt dat dit beeld laat zien hoe zij zich overmatig zorgen maakt, verbeeld door de vele beren boven het hoofd en de zorgelijke blik. Zij legt zichzelf steeds enorm hoge eisen op en dit doet haar vastlopen van de stress die hiermee gepaard gaat. Zij raakt zo ook in conflict in relaties. In het midden van het lijf is te zien hoe zij zich in de kern een klein meisje voelt, eenzaam en kwetsbaar.



'Ik heb deze torso's gemaakt om uiting te geven aan mijn lichaamsbeleving. De eerste torso heb ik bewerkt met prikkeldraad om mijn beschadigd voelen te verbeelden. Daarna ben ik de uitdaging aangegaan om de opdracht opnieuw te maken maar nu met liefde en zelfcompassie voor mijn lichaam.' (Vrouw, 30)

De effecten van beeldende therapie gaan verder dan alleen spontaan herstel

onderzoek met de drie meetmomenten. Vergeleken met de patiënten in de wachtlijstgroep lieten patiënten die de geprotocolleerde beeldende therapie-interventie ontvingen een afname zien van persoonlijkheidsstoornis-pathologie zoals: maladaptieve schemamodi waarbij het gaat over minder impulsiviteit, onthechting, kwetsbaarheid en bestraffend gedrag (Impulsieve kind-modus: $d=-1.66$, Onthechte beschermer-modus: $d=-1.31$, Kwetsbare kind-modus: $d=-1.24$ en de bestraffende ouder-modus: $d=-1.29$) en ervaringsvermijding (meer acceptatie van onaangename innerlijke ervaringen, zoals gedachten, gevoelens en fysieke sensaties). Deze patiënten van de experimentele groep lieten tevens een verbetering zien in hun geestelijke gezondheid op symptoomniveau (OQ45-total score: $d=-1.67$) en adaptieve schemamodi die bijvoorbeeld gaan over aangename gevoelens en spontaniteit (Blijde kind-modus: $d=1.55$) en zelfregulatie (Gezonde volwassene: $d=1.60$). De effectgroottes waren groot tot zeer groot. Deze effectgroottes van de verandering in de uitkomsten indiceren dat er een substantiële verbetering was van mentale gezondheid na de interventie. De randomisatie bleek in orde.

Deze resultaten waren gelijk of meer uitgesproken in vergelijking met andere studies (Gratz & Gunderson, 2006; Horn et al., 2015; Renner et al., 2013; Soler et al., 2009; Stoffers et al., 2012; Van Vreeswijk, Spinhoven, Eurelings-Bontekoe & Broersen, 2014; Zanarini & Frankenburg, 2008) met dezelfde doelgroep – dat wil zeggen: dezelfde specifieke populatie met patiënten met een persoonlijkheidsstoornis cluster B of C of met een borderline-persoonlijkheidsstoornis alleen. De interventies bestonden uit poliklinische behandelprogramma's met dezelfde duur (drie maanden) en dezelfde intensiteit van wekelijkse sessies. Dit onderzoeksdesign (RCT) was evenwel sterker en het aantal patiënten hoger.

Samenvattend: de resultaten van deze RCT laten het potentieel van beeldende therapie zien als effectieve behandeloptie en toonden de effectiviteit van beeldende therapie aan. Beeldende therapie verminderde niet alleen persoonlijkheidsstoornis-pathologie en maladaptieve modi, maar hielp patiënten ook om adaptieve positieve modi te

ontwikkelen die een meer positieve geestelijke gezondheid en zelfregulatie indiceren.

AFNAME SYMPTOMEN OF VERSTERKEN VEERKRACHT?

Beeldende therapie wordt vaak in verband gebracht met algemene positieve geestelijke gezondheid (bijvoorbeeld: Arts Council England, 2007; Chilton, 2013; Czamanski-Cohen & Weihs, 2016; Gussak & Rosal, 2016; Leckey, 2011; Malchiodi, 2015; Schnetz, 2005; Springham, Findlay, Woods & Harris, 2012; Taylor, Fletcher & Lobban, 2015; Wilkinson & Chilton, 2013). Dit suggereert een nadruk op veerkracht, welzijn en flexibiliteit. Dit zou kunnen veronderstellen dat beeldende therapie minder effectief is op specifieke symptoomreductie.

Om deze hypothese te toetsen zijn de data van het RCT geanalyseerd met nog enkele andere uitkomstmaten. Deze zijn in twee domeinen geclusterd: positieve geestelijke gezondheidsschalen tegenover psychische stoornisschalen. Het domein van positieve geestelijke gezondheid werd gemeten met de AAQ-II, de *Mental Health Continuum-Short Form* (MHC-SF), de *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS) en de SMI-II adaptieve schaal. Het domein van psychische stoornissen werd gemeten met de SMI-II maladaptieve schaal en met twee subschalen van de OQ45. De MHC-SF meet emotioneel, sociaal en psychologisch welbevinden. Deze schaal bestaat uit veertien items (bijvoorbeeld: 'In de afgelopen maand, hoe vaak had u het gevoel dat u tevreden was?'). De MAAS meet bewuste aandacht voor wat zich in het huidige moment afspeelt. De schaal bestaat uit vijftien items (bijvoorbeeld: 'Ik merk dat ik dingen doe, zonder er aandacht aan te besteden').

Onderzocht zijn metingen bij baseline en post-interventie na tien weken. Daarbij is gebruik gemaakt van een repeated measures ANOVA, effectgroottes om de effecten van beeldende therapie vast te stellen en Pearson-correlaties om de relatie tussen de positieve geestelijke gezondheid en de psychische klachten te onderzoeken. Daartoe werd per domein een factorscore bepaald die vastgesteld werd via een principale component analyse (PCA).

De resultaten lieten zeer grote effectgroottes zien voor uitkomstmaten voor psychische stoornissen evenals voor uitkomstmaten voor geestelijke gezondheid (Haeyen, Van Hooren, Van der Veld & Hutschemaekers, 2011). Het effect van beeldende therapie op de indicatoren voor geestelijke gezondheid lag tussen $d=.52$ op de MHC-SF (sociaal welbevinden) en $d=1.46$ op de AAQ-II. Bewuste aandacht (mindful attention) verbeterde met $d=1.26$. Op de indicatoren voor

psychische stoornis lagen de effectgroottes tussen $d = -.82$ op de OQ45 Interpersoonlijke relaties schaal en $d = -1.32$ voor de SMI maladaptive modes. Het gemiddelde effect op de indicatoren voor 'geestelijke gezondheid' was $d = 1.06$ en op indicatoren voor 'psychische stoornis' $d = -1.09$. De correlatie tussen 'geestelijke gezondheid' en 'psychische stoornis' was behoorlijk sterk ($r = -.75$, $p < .00$).

Dit was een verrassend resultaat, aangezien de dominante opvatting is dat beeldende therapie meer georiënteerd lijkt op positieve geestelijke gezondheid. De conclusie luidt dat beeldende therapie niet alleen een generieke interventie is ter verbetering van welzijn en kwaliteit van leven, maar dat het ook een specifieke therapie is ter reductie van specifieke symptomen zoals het veranderen van psychopathologie-gerelateerde patronen. Daarnaast bleek positieve geestelijke gezondheid sterk gerelateerd te zijn aan psychische stoornis; dat indiceert dat het onderscheid tussen beide concepten problematisch of zelfs niet-bestaand is. Gebaseerd op deze studie zouden positieve geestelijke gezondheid en psychische stoornissen als twee kanten van dezelfde munt kunnen worden gezien.

STERK EFFECT BEELDENDE THERAPIE

Beeldende therapie, zo toont het complete promotieonderzoek aan (Haeyen, 2018a), heeft gunstige effecten op patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, cluster B/C. De therapie vermindert zowel algemene disfunctie als ook specifieke symptomen van persoonlijkheidsstoornissen cluster B/C. De aanwezigheid van vroege maladaptieve gedragingen of toestanden die typisch zijn voor persoonlijkheidsstoornissen (minder impulsiviteit, onthechting, kwetsbaarheid en bestraffend gedrag) vermindert door beeldende therapie, en adaptieve toestanden worden sterker (aangenaam gevoel, spontaniteit en zelfregulatie). Onaangename innerlijke/interne gedachten, gevoelens en fysieke sensaties worden makkelijker geaccepteerd.

Wat is er te zeggen over de effecten en wat zegt het over beeldende therapie? Het effect is robuust, zeker vergeleken met eerder aangehaalde studies van andere onderzoekers. Ook zijn de effecten gebaseerd op lagere kosten. Beide aspecten zijn van belang, zeker in verband met het negatieve beeld dat de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen duur zou zijn en vaak niet erg effectief. Gebaseerd op de resultaten in dit onderzoek worden patiënten in een korte tijd en daarom tegen lage kosten geholpen. De effecten van beeldende therapie lijken verder te gaan dan alleen spontaan herstel en zijn gerelateerd aan de interventie; in de wacht-

lijst-controlegroep werd geen positief effect gevonden. Tegelijkertijd zijn er geen causale beweringen te doen over de onderliggende mechanismen omdat non-specifieke factoren zoals aandacht en hoop op verbetering niet uitgesloten zijn. Dit is een belangrijke beperking van het gehanteerde onderzoeksdesign (RCT met wachtlijst als controlegroep). Het differentiëren tussen algemene (nonspecifieke) en specifieke effecten van beeldende therapie behoeft aanvullend onderzoek. Deze beperking impliceert echter niet dat niets gezegd kan worden over de specificiteit van de effecten. Op basis van de beschikbare literatuur over de veronderstelde werkingsmechanismen van beeldende therapie kan de waarschijnlijkheid ervan worden uitgewerkt. Dit kan helpen om beter te beschrijven wat karakteristiek is voor beeldende therapie.

SPECIFIEKE EFFECTEN In beeldende therapie zijn drie belangrijke elementen te onderscheiden: (1) het beeldend proces, de actieve werkfase waarin iets gemaakt wordt; (2) het beeldend product, het concrete resultaat van het beeldend proces; en (3) de interactie, betreffende alle (in)directe interventies en communicaties over hoe men zich verhoudt tot het beeldend proces en het beeldend product, in contact met elkaar. Deze elementen bieden therapeutische mogelijkheden om problemen van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen cluster B/C aan te pakken. Het gaat daarbij om: emotieregulatie, zelfregulatie, voortdurende en inflexibele patronen (van cognities, emoties en gedragingen) en interpersoonlijke functioneren. Wat kan er worden gezegd over het potentieel van deze elementen, evenals over hun plausibiliteit dat zij deze specifieke problemen kunnen aanpakken?

Emotieregulatie: Beeldende therapie kan behulpzaam zijn bij het reduceren van emotie-regulatieproblemen (bijv. Keulen-De Vos, 2013; Malchiodi, 2012; Rankanen, 2016; Schweizer et al., 2009). Ten eerste omdat het beeldend proces het mogelijk maakt om emoties en (innerlijke) conflicten te ervaren en verkennen. Ten tweede omdat het beeldend product deze ervaringen en emoties op een concrete wijze spiegelt en de mogelijkheid biedt tot een ander perspectief,

*'Ik merk dat ik dingen doe,
zonder er aandacht aan
te besteden'*

Beeldende therapie kan behulpzaam zijn bij het reduceren van emotie-regulatieproblemen

met meer afstand, ten opzichte van deze emoties – hetgeen (zelf)reflectie bevordert. De kwalitatieve interviews in de eerste studie naar het patiëntperspectief bevestigen deze processen evenals de resultaten met betrekking tot de veranderingen in de schemamodi beschreven in de resultaten in het RCT. De hier beschreven deelstudies van het promotieonderzoek bieden sterke evidentie dat ervarings- en emotionele processen inderdaad aangepakt worden in beeldende therapie. De grote effecten in verandering op schalen met betrekking tot moeilijke emotionele toestanden/modi zoals gevoelens van eenzaamheid, onthechting, impulsiviteit of bestraffend gedrag ten opzichte van zichzelf of anderen zouden een specifieke kwaliteit van beeldende therapie kunnen onthullen: patiënten leren moeilijke emoties uit te drukken en ermee om te gaan, in beweging te komen, keuzes te maken en zichzelf te reguleren. Beeldende therapie faciliteert het herstellen van emotioneel contact met ervaringen, zoals gerapporteerd door patiënten. Deze mechanismen dragen mogelijk bij aan emotieregulatie en dat is in hoge mate relevant voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen (Huckvale & Learmonth, 2009; Rubin, 2001). Een andere verwachting die deels gefalsificeerd is, is het beeld van therapeuten dat beeldende therapie een ‘veilige haven’ is om emoties te exploreren. Patiënten ervoeren beeldende therapie soms als bedreigend omdat ze emotionele disregulatie, verlies van controle bij sterke emoties en confrontatie met pijnlijke emoties vrezen.

Zelfregulatie: Literatuur (bijv. Czamanski-Cohen & Weihs, 2016; Gatta et al., 2014; Haeyen, 2007; 2011a/b; Malchiodi, 2012; Neumann, 2001) en beeldend therapeuten suggereren dat beeldende therapie de kans biedt om te werken aan zelfregulatieproblemen. Dit omdat de patiënt in het beeldend proces zelf verantwoordelijk is voor de creatie van beeldend werk – hetgeen zelfsturing en zelfmanagement vraagt. Het resulterende beeldend werk drukt aspecten uit van de eigen identiteit. In het RCT verbeterde beeldende therapie zelfregulatie, aangezien patiënten meer psychologisch overzicht en controle ervoeren gelinkt aan de Gezonde Volwassene-modus. Verder verbeterde het psychologisch welzijn, hetgeen een betere persoonlijke prestatie betekent, inclusief cruciale aspecten voor zelfregulatie zoals auton-

omie en zelfacceptatie. In het onderzoek naar de ervaringen van patiënten is gevonden dat zij expliciet rapporteerden dat beeldende therapie resulteerde in integratie van conflicterende intrapsychische emoties. Volgens de patiënten hielp beeldende therapie hen sterk in het ontwikkelen van hun interne dialoog, in hun eigen tempo, hun persoonlijke expressie en zelfreflectie, gebaseerd op het proces en het beeldend product. Ze verklaarden dat beeldende therapie een andere dynamiek heeft dan verbale therapie, namelijk meer gradueel, met relatief meer concentratie op zichzelf en meer ‘onverstoorde’ innerlijke dialoog; duidelijk werd dat bewuste aandacht (mindful attention) verbeterde.

Voortdurende en inflexibele patronen (in cognities, emoties en gedrag) worden doelgericht aangepakt in beeldende therapie (bijv. Gunther, Blokland-Vos, van Mook & Molenaar, 2009; Gussak & Rosal, 2016; Haeyen, Kleijberg & Hinz, 2018; Schweizer et al. 2009; Van Vreeswijk, Broersen, Bloo & Haeyen, 2012). In deze patronen kan het gaan om negatieve of onthechte gedachten, kwetsbare of zeer intense gevoelens of impulsieve acties/gedragingen. Deze patronen komen naar voren in beeldende therapie en worden mogelijk beïnvloedbaar omdat beeldende therapie een ervaringsgerichte situatie betreft, die spontaniteit en spel kan stimuleren, maar die ook uitdagingen en confrontaties bevat. De resultaten in dit onderzoek tonen een afname in veel problematische patronen wat betreft impulsiviteit, onthechting, kwetsbaarheid en bestraffend gedrag. Beeldende therapie stimuleert inderdaad spontaniteit en spel en helpt ook om meer gezonde patronen te ontwikkelen. Daarnaast meldden patiënten dat beeldende therapie persoonlijk inzicht en begrip verbeterde met betrekking tot hun patronen en dat dit input gaf tot gedragsverandering. Vergeleken met de meer cognitieve, verbale therapieën ervoeren zij beeldende therapie soms als een betere therapeutische ingang om hun disfunctionele patronen te verkennen. Het veranderen van problematische patronen in cognities, emoties en gedragingen vraagt om ‘affecttolerantie’ en ervaringsacceptatie.

De resultaten in de verschillende studies in dit promotieonderzoek laten zien dat beeldende therapie de kans biedt hiermee te oefenen. De effecten in de RCT tonen dat de

emotionele staat van zich vlak of onverschillig voelen over de meeste dingen afnam, zoals gemeten met de Onthechte Beschermers-modus. De aanname met betrekking tot ervaringsacceptatie kwam echter niet naar voren in het RCT.

Interpersoonlijk functioneren: Beeldende therapie zou interpersoonlijk (empathisch of intiem) functioneren kunnen verbeteren, omdat het interactieve speelveld en de communicatie een brug leggen voor moeilijke persoonlijke thema's. Dat kan worden verkend in het beeldend werken zonder direct verbaal 'geadresseerd' te worden (Gussak & Rosal, 2016; Springham et al., 2012). Het interpersoonlijk functioneren verbeterde inderdaad sterk in de RCT, zoals gemeten met de OQ45 Interpersonal Relations-subschaal. Verder namen gevoelens van eenzaamheid af, zoals bleek uit de score op de Kwetsbare Kind-modus. Deze emotionele toestand is specifiek gerelateerd aan verlatenheid/achterlating in de kindertijd en misbruik, en staat erom bekend een destructief effect te hebben op het interpersoonlijk functioneren. Als resultaat van beeldende therapie voelden patiënten zich meer verbonden met andere mensen en ze waren meer open om sterker betrokken te raken bij mensen zoals de afname van de Onthechte Beschermers-modus liet zien. Patiënten bevestigden dat door betekenis te geven (te mentaliseren) via objecten in de vorm van beeldende werkstukken mentalisering werd gestimuleerd (Bateman & Fonagy, 2004; Springham et al., 2012; Verfaillie, 2016).

WEINIG GEDIFFERENTIEERD Naast het sterke effect van beeldende therapie op diverse uitkomstmaten viel op dat de variantie in de effecten/resultaten nauwelijks gedifferentieerd was; op alle instrumenten laat beeldende therapie min of meer positieve resultaten zien. Het gebrek aan differentiatie in de uitkomsten is onverwacht. Zijn de resultaten van beeldende therapie niet zo gedifferentieerd als professionals, onderzoekers en patiënten in het algemeen aannemen? Of betreft het hier een fout of beperking in het onderzoeksdesign?

Wat het RCT betreft, kan een verklaring zijn dat er een wachtlijstconditie als controlegroep werd gebruikt zonder enige supplementaire activiteit. Als de controleconditie een andere behandel- of preventieactiviteit was geweest, dan was het mogelijk geweest te controleren op non-specifieke factoren – hetgeen wellicht een meer gedifferentieerd effect van beeldende therapie had getoond. Een tweede verklaring kan het gebruik van redelijk algemene uitkomstmaten zijn. Door eveneens gebruik te maken van instrumenten waarop geen effecten van beeldende therapie verwacht worden, was

er de mogelijkheid om de hypothese van alleen non-specifiek effect te testen. Een derde verklaring kan de keuze van de interventie in het RCT zijn. Omdat de interventie gericht was op verschillende doelen zou deze te breed en te specifiek kunnen zijn geweest. Ten vierde waren er wellicht te weinig participanten om significante verschillen tussen de diverse uitkomstmaten te vinden.

Het gebrek aan differentiatie is eveneens gevonden in de studie naar het empirisch onderscheid tussen psychische stoornis en positieve mentale gezondheid. Daarbij is gebruik gemaakt van verschillende gevalideerde instrumenten, maar zijn geen grote verschillen gevonden. We kunnen vermoeden dat de operationalisaties van de twee concepten een verklaring hiervoor zijn. Maar zelfs als deze zwak waren, blijven de resultaten (hoge correlaties) onverwacht.

BETEKENIS VAN DEZE TWEE RESULTATEN De resultaten laten een vrij massief effect van beeldende therapie zien zonder veel differentiatie. In plaats van het gebrek aan differentiatie toe te schrijven aan methodologische kwesties, is er wellicht iets gevonden dat echt en betekenisvol is. Daartoe zijn de resultaten uit de RCT vergeleken met die van andere studies die hoofdzakelijk psychotherapeutische interventies evalueren (Gratz & Gunderson, 2006; Renner et al., 2013; Soler et al., 2009; Van Vreeswijk et al., 2014). De resultaten op symptoomreductie in de andere studies waren vergelijkbaar en evenmin erg gedifferentieerd. In deze studies toonden de meetinstrumenten met betrekking tot algemeen functioneren en symptomen (bijv. SCI-99/SCL-90, OQ45, QOI) dezelfde resultaten, met dezelfde gemiddelde tot grote effectgroottes van .66 (Van Vreeswijk et al., 2014) tot .81 (Renner et al., 2013). Ook persoonlijkheidsstoornis-specifieke uitkomstmaten lieten vergelijkbare resultaten zien; afname van ernst van borderline persoonlijkheidsstoornis in globale termen met grote effectgroottes (-1.02; Gratz & Gunderson, 2006; -1.01; Soler et al., 2009) evenals grote effecten op affectieve instabiliteit (-1.65), impulsiviteit (-1.30) en depressie (-1.20; (Gratz & Gunderson, 2006). Met betrekking tot de schemamodi is een effectgrootte van -1.66 gevonden op impulsiviteit (Impulsieve Kind-modus), een vergelijkbaar resultaat van -1.30 werd gevonden in het onderzoek van Gratz en Gunderson bij een emotieregulatie-groepstraining (DERS-impulse control). Overall zijn dat vergelijkbare resultaten.

Met betrekking tot de andere schemamodi verschijnen echter ook enkele opvallende verschillen. In andere onderzoeken was een afname te zien van vroege maladaptieve schema's met een effectgrootte van -.88 en een toename van

adaptieve modes met een medium effectgrootte van .40 en .58 (Renner et al., 2013; Van Vreeswijk et al., 2014). De resultaten in het voorliggend onderzoek lieten op deze punten grotere effecten zien, variërend van -1.24 tot -1.31. Daarbij ging het om een afname van vroege maladaptieve schema's zoals kwetsbaarheid, bestraffend gedrag en onthechtheid (Kwetsbare Kind-modus -1.24, Bestraffende Ouder-modus -1.29, Onthechte Beschermers-modus -1.31) alsook een toename in adaptieve schemamodi (Blijve Kind-modus 1.55, Gezonde Volwassene 1.60). Dus binnen de, over het algemeen weinig gedifferentieerde, effecten zijn er pieken te zien in de resultaten die van betekenis kunnen zijn voor beeldende therapie.

Eveneens is een gebrek aan differentiatie gevonden tussen positieve mentale gezondheid en psychische stoornis in klinische populaties. Hoe kan dat? In een gezonde populatie werd onderscheid gevonden tussen welzijn en psychische klachten (Lamers et al., 2014; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster & Keyes, 2011), terwijl hier in een klinische populatie dit onderscheid afwezig lijkt. Wellicht wordt het gebrek in differentiatie verklaard door de patiënt-populatie zelf en de ernst van hun psychische problemen. Zo ja: hoe ernstiger de problemen, hoe minder de patiënt in staat is te differentiëren tussen zijn klachten en reacties op de problemen. Deze hypothese is naar voren gebracht in onderzoek van Van Erp Taalman Kip en Hutschemaekers (2018) waarin de onderscheidbaarheid eveneens problematisch was. Als deze hypothese correct is, is te veronderstellen dat het gebrek aan onderscheidbaarheid tussen verschillende uitkomstmaten direct gerelateerd is aan de ernst van de geestelijke problemen van de mensen die bestudeerd worden; hoe ernstiger de problemen, hoe minder onderscheid tussen uitkomstmaten.

Deze interpretatie heeft zowel praktische als theoretische consequenties. Praktisch omdat de gebruikte concepten om te differentiëren tussen verschillende therapie-effecten niet refereren naar echte en diepgaande verschillen in uitkomst in de geestelijke gezondheidszorg. De waarde van deze concepten hangt af van hun bruikbaarheid in de klinische praktijk, bijvoorbeeld doordat de metaforische waarde ervan patiënten helpt hun problemen te overwinnen. Mogelijke theoretische consequenties zijn dat het populaire onderscheid tussen positieve geestelijke gezondheid en psychische stoornis bruikbaar kan zijn in een gezonde populatie (Lamers et al., 2011, 2014), maar niet in de populatie van patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Is het aannemelijk dat de verschillende effecten, zoals gerapport-

teerd door patiënten, sterker zijn naarmate het herstel vordert: zijn gezonde mensen beter in staat de distincties te maken vergeleken met patiënten met een ernstige psychische stoornis? Dit is natuurlijk een hypothese die vraagt om verder onderzoek, in dit geval bij gezonde proefpersonen, bij voorkeur in een laboratoriumsituatie.

IMPLICATIES

Wat in dit onderzoek gevonden is, heeft consequenties voor het gebruik van beeldende therapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Te pleiten is voor gepast gebruik van beeldende therapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen en aanpassing van de huidige Nederlandse multidisciplinaire richtlijn voor behandeling van persoonlijkheidsstoornissen (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn ontwikkeling in de GGZ, 2008) en de Zorgstandaard PS (Trimbos Instituut, 2017). In de huidige editie van deze documenten wordt beeldende therapie beschreven als een ondersteunende behandeling en als een mogelijke behulpzame toegevoegde therapie in te zetten naast evidence based psychotherapeutische behandeling – bijvoorbeeld om in contact te komen met patiënten die moeilijk te bereiken zijn op emotioneel vlak. Onderhavige bevindingen laten zien dat beeldende therapie niet uitsluitend een ondersteunende behandeling is naast andere interventies voor persoonlijkheidsstoornissen, maar een bewezen effectieve behandeling op zichzelf (Haeyen, 2018a/b). Daarom is een bijstelling over het inzetten van beeldende therapie vereist. Zeker omdat beeldende therapie naar verwachting een kosten- en tijds-effectieve interventie is.

Ervaringsgerichte technieken zijn in toegenomen mate opgenomen in cognitieve gedragstherapieën (bijv. Schema Focused Therapy (SFT), Acceptance and Commitment Therapy en Compassion Focused Therapy) en grotendeels op een supplementaire manier toegevoegd aan een centrale basis van verbale interventies. Arntz (2011; 2012) heeft bijvoorbeeld gesteld dat deze ervaringsgerichte technieken (gebruikt als onderdeel in SFT) veelbelovend lijken voor therapeutisch gebruik – hoewel hij benadrukt dat deze technieken systematische empirische evaluatie moeten ondergaan om hun effectiviteit te testen en de onderliggende mechanismen van verandering te ontrafelen. Onderhavige studies bieden steun aan Arntz en collega's, maar deze resultaten gaan verder: ze laten zien dat ervaringsgerichte technieken op zichzelf krachtig zijn en niet enkel werken als supplement in verbale therapieën.

Er is een aanzienlijke theoretische en praktische behoefte naar meer onderzoek naar beeldende therapie en de effecten ervan

VERVOLG

Er is een aanzienlijke theoretische en praktische behoefte naar meer onderzoek naar beeldende therapie en de effecten ervan. Om de 'stand van wetenschap en praktijk' voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen te verbeteren, is het nodig de impact van beeldende therapie op geestelijke gezondheid nader te verhelderen. Deze kennis zou gebaseerd moeten zijn op een integratie van onderzoekskennis, klinische expertise en voorkeuren van patiënten, namelijk de principes van evidence-based practice (RVS, 2017). Zo is het van belang om het gebruik van beeldende therapie in behandelingsprogramma's verder te onderbouwen, niet alleen voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, maar ook voor patiënten met angst-, stemmings- en cognitieve stoornissen zoals schizofrenie en dementie. Het zou interessant zijn te weten hoe beeldende therapie non-specifieke effecten stimuleert. Gebaseerd op deze resultaten (Haeyen, 2018a) is het aan te raden onderzoek te doen naar de effecten, doeltreffendheid en werkingsmechanismen van beeldende therapie ook voor andere psychische stoornissen.

De differentiatie van specifieke en non-specifieke factoren kan een interessante insteek zijn. Vanzelfsprekend maakt beeldende therapie gebruik van non-specifieke factoren, zoals gefocuste aandacht, hoop, methodisch werken met behandelingsdoelen zoals bij elke andere therapie het geval is. Dit helpt patiënten vooruit te komen en biedt hoop. Behandelresultaten zoals hier naar voren gekomen, kunnen niet gereduceerd worden tot non-specifieke factoren alleen. Specifieke factoren lijken eveneens in het spel, direct gerelateerd aan een specifieke therapie ten behoeve van het terugdringen van symptomen.

Qua designs is ook een en ander aan te bevelen. Aan te raden is de effecten toegeschreven aan beeldende therapie te onderzoeken door beeldende therapie direct te vergelijken met andere therapieën. Een ander te overwegen design is een 'add-on'-design waarin een behandeling als gebruikelijk (Treatment As Usual - TAU) vergeleken wordt met TAU waar beeldende therapie aan is toegevoegd. In dit design zou de toegevoegde waarde van beeldende therapie verder onder-

zocht kunnen worden, evenals unieke en specifieke effecten van beeldende therapie in vergelijking met de TAU. Dit type onderzoek kan ook direct inzicht verschaffen in wat de effecten zijn van het verwijderen van beeldende therapie uit behandelprogramma's. Hoewel dit design hoge ecologische waarde heeft en gegevens aanlevert ten behoeve van de actuele politieke discussie over de bruikbaarheid van beeldende therapie in multidisciplinaire behandelprogramma's, zal dit type onderzoek niet gemakkelijk leiden tot ondubbelzinnige uitkomsten. Ten eerste vereist het een zeer groot aantal deelnemers om voldoende power te bereiken om significante verschillen in uitkomsten op te leveren. Verder zal een dergelijke studie moeilijk te realiseren zijn in de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg; de dagelijkse praktijk is immers veelal inconsistent en maakt grote veranderingen door de tijd heen door. Verder vallen patiënten vaak uit in deze behandelprogramma's. Ook kunnen ethische aspecten aan de orde zijn omdat een dergelijk design beperking van andere behandelmogelijkheden kan impliceren voor patiënten die psychologische ondersteuning behoeven.

Als laatste kan verder onderzoek gericht zijn op de specifieke beeldende therapiefactoren en effecten, zoals het werken met verschillende materialen en technieken. Dit omdat de vraag binnen dit onderzoek is welke rol het beeldend werken speelt in het verkrijgen van de positieve resultaten. Inmiddels zijn in vervolgonderzoek een aantal patiënten van het RCT geïnterviewd om uit te vinden welke specifieke beeldende therapiefactoren van belang waren en in welke mate, bijvoorbeeld beeldende opdrachten, materiaalinteractie, geprefereerde benadering van het beeldend proces door het evalueren van ervaringen met het beeldend werken vanuit patiënt- en expertperspectief met een focus op emotieregulatie (Haeyen, Kleijberg & Hinz, 2018). Het doel hiervan was om een causale verklaring (Lub, 2014) te vinden waarom beeldende therapie leidde tot de resultaten behaald door de RCT-interventie, als toevoeging aan de causale relatie zoals gevonden in het RCT. Het zou ook zeker interessant zijn te verkennen of verschillende materialen

verschillende fysiologische effecten hebben op bijvoorbeeld arousal, gemeten met fysiologische meetinstrumenten.

Meer onderzoek is nodig om de effecten van beeldende therapie nader te exploreren en om deze te relateren aan de onderliggende werkingsmechanismen van beeldende therapie. Ondertussen zou de geestelijke gezondheidszorg meer kunnen investeren in beeldende therapie voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Die kan in korte tijd goede resultaten bieden.

OVER DE AUTEUR

Dr. Suzanne Haeyen werkt als beeldend therapeut bij GGNet, instelling voor geestelijke gezondheid, bij de polikliniek en bij Scelta, expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek. Zij is voorzitter van de leerkring vaktherapie bij GGNet. Daarnaast werkt zij als hoofddocent bij de Opleiding Vaktherapie (bachelor/master) van Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en is zij lid van Kenvak, coöperatie Kennisontwikkeling Vaktherapie. Onderhavig artikel is geschreven naar aanleiding van haar proefschrift *Effects of Art Therapy. The Case of Personality Disorders cluster B/C, dat zij op 14 maart 2018 met succes verdedigde aan de Radboud University. Haar promotoren waren prof. dr. G. Hutschemaekers, prof. dr. S. van Hooren, co-promotor was dr. W. van der Veld. Correspondentie aangaande dit artikel: s.haeyen@ggnet.nl.*

Summary

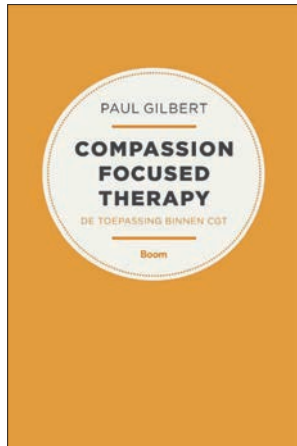
EFFECTS OF ART THERAPY IN PATIENTS WITH PERSONALITY DISORDERS CLUSTER B AND C S. HAEYEN

This study is one of the first serious attempts to explore effects of art therapy. Its main conclusion is that art therapy in patients with personality disorders of clusters B or C is effective. Art therapy has several beneficial effects for personality disorder patients. The results indicate that art therapy is a powerful therapy for reducing psychopathology; as powerful as it is for enhancing well-being (increasing resilience and emotional adaptation). Art therapy is not mainly or only a general procedure for improving well-being and quality of life. It also is a specific therapy, with interventions that reduce specific symptoms. It is our hope that this study contributes to the understanding of art therapy and its benefits, and provides insight into the scope of art therapy. Although more research is needed, the present study adds evidence to the empirical base of art therapy in patients with personality disorders cluster B and C and asks for a reappraisal of its symptom reduction quality next to the quality of enhancing positive mental health.

Literatuur

- Arntz, A. (2011). Imagery rescripting for personality disorders. *Cognitive and Behavioural Practice*, 18, 466-481. doi:10.1016/j.cbpra.2011.04.006.
- Arntz, A. (2012). Imagery rescripting as a therapeutic technique: Review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 189-208. doi:10.5127/jep.024211
- Arts Council England. (2007). *The Arts Health and Wellbeing*. Liverpool, England: Centre for Public Health, Research Directorate, John Moors University.
- Bartholomew, L., Parcel, G., Kok, G., Gottlieb, N. & Fernández, M. (2011). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalisation Based Treatment*. New York, NY: Oxford University Press.
- Chilton, G. (2013). Art therapy and flow: A review of the literature and applications. *Art Therapy*, 30, 64-70. doi:10.1080/07421656.2013.787211
- Corbin, J. & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. London, United Kingdom: Sage.
- Czamanski-Cohen, J. & Weihs, K. (2016). The bodymind model: A platform for studying the mechanisms of change induced by art therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 51, 63-71. doi:10.1016/j.aip.2016.08.006
- Gatta, M., Gallo, C. & Vianello, M. (2014). Art therapy groups for adolescents with personality disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 41, 1-6. doi:10.1016/j.aip.2013.11.001
- Gratz, K., & Gunderson, J. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behaviour Therapy*, 37, 25-35. doi:10.1016/j.beth.2005.03.002
- Gunther, G., Blokland-Vos, J., van Mook, C. & Molenaar, J.P. (2009). Vaktherapie binnen klinische schematherapie. In E. Muste, A. Weertman, & A. Claassen (Eds.), *Handboek klinische schematherapie* (pp. 99-130). Houten, the Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum.
- Gussak, D. & Rosal, M. (Eds.). (2016). *The Wiley Handbook of Art Therapy*. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.
- Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven: Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten, the Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum.
- Haeyen, S. (2011a). *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie. Effecten van beeldende therapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen*. Antwerpen, Belgium: Garant.
- Haeyen, S. (2011b). Vaktherapie: De kracht van de ervaring. In T. Ingenhoven, A. van Reekum, B. van Luyn, & P. Luyten (Eds.), *Handboek borderline persoonlijkheidsstoornis* (pp. 215-227). Utrecht, the Netherlands: De Tijdstroom.
- Haeyen, S.W. (2018). *Effects of Art Therapy. The Case of Personality Disorders cluster B/C*. (Dissertation manuscript). Radboud University, 14 maart 2018. Nijmegen, the Netherlands: Proefschriftmaken.nl.
- Haeyen, S. (2018b). *Interventiebeschrijving Beeldend Therapeutische Emotieregulatie Groep*. Databank Erkende Interventies GGZ, Trimbos Instituut, Utrecht. <https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies/beeldend-therapeutische-emotieregulatie-groep>
- Haeyen, S., Kleijberg, M. & Hinz, L.D. (2017). Art Therapy for Patients with Personality Disorders Cluster B/C: A Thematic Analysis of Emotion Regulation from Patient and Art Therapist Perspectives. *The International Journal of Art Therapy*. Published online: 08 Dec 2017. Vol. 0, Iss. 0,0. doi.org/10.1080/17454832.2017.1406966
- Haeyen, S., Dehue, F., Van Hooren, S., Van der veld, W., & Hutschemaekers, G. (2018). Development of an art therapy intervention for patients with Personality Disorders: an intervention Mapping study. *International Journal of Art Therapy*, (23)3, 125-135. doi.org/10.1080/17454832.2017.1403458
- Haeyen, S., van Hooren, S. & Hutschemaekers, G. (2015). Perceived effects of art therapy in the treatment of personality disorders, cluster B/C: A qualitative study. *The Arts in Psychotherapy*, 45, 1-10. doi:10.1016/j.aip.2015.04.005.
- Haeyen, S., Van Hooren, S., Van der Veld, W., & Hutschemaekers, G. (2018). Efficacy of art therapy in individuals with personality disorders cluster

- B/C: a randomized controlled trial. *Journal of Personality Disorders*, (32)4, 527-542. doi.org/10.1521/pedi_2017_31_312
- Haeyen, S., Van Hooren, S., van der Veld, W.M. & Hutschemaekers, G. (2018). Promoting Mental Health versus Reducing Mental Illness in Art Therapy with Patients with Personality Disorders: A Quantitative Study. *The Arts in Psychotherapy*, 58, 11-16. doi: 10.1016/j.aip.2017.12.009
- Horn, E., Verheul, R., Thunnissen, M., Delimon, J., Soons, M. et al. (2015). Effectiveness of Short-Term Inpatient Psychotherapy Based on Transactional Analysis With Patients With Personality Disorders: A Matched Control Study Using Propensity Score. *Journal of Personality Disorders*, 29, 663-683. doi:10.1521/pedi_2014_28_166.
- Huckvale, K. & Learmonth, M. (2009). A case example of art therapy in relation to dialectical behavior therapy. *International Journal of Art Theory*, 14, 5263. doi:10.1080/17454830903329196
- Jacobs, N., Kleen, M., de Groot, F. & A-Tjak, J. (2008). Het meten van experiëntiële vermijding: De Nederlandse versie van de Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQII) [Measuring experiential avoidance: The Dutch version of the Acceptance and action Questionnaire-II (AAQII)]. *Gedragstherapie*, 41(4), 349-361
- Keulen-De Vos, M.E. (2013). *Emotional states, crime and violence: A Schema Therapy approach to the understanding and treatment of forensic patients with personality disorders*. Maastricht, the Netherlands: Datawyse/Maastricht University Press.
- Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V., Hansen, N.B., Vermeersch, D.A. et al. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249-258. doi:10.1002/(sici)1099-0879(199612)3:4<249::aid-cpp106>3.3.co;2-j
- Lamers, S.M.A., Gül, P., Kovács, B.E., Kroeze, R., Müller, A.M.K. et al. (2014). Conceptualizations of Mental Health Across Europe: Comparing Psychology with Science and Engineering Students. *Journal of European Psychology Students*, 5, 3-7. doi:10.5334/jeps.bt
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., Ten Klooster, P.M. & Keyes, C.L.M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99-110. doi:10.1002/jclp.20741
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn ontwikkeling in de GGZ (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht, the Netherlands: Trimbos Instituut.
- Leckey, J. (2011). The therapeutic effectiveness of creative activities on mental wellbeing: A systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 18, 501-509. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01693.x
- Lub, V. (2014). *Kwalitatief evalueren in het sociale domein: Mogelijkheden en beperkingen*. Den Haag, The Netherlands: Boom Lemma.
- Malchiodi, C.A. (2012). *Handbook of Art Therapy* (2nd ed.). New York, NY: Guilford.
- Malchiodi, C.A. (2015, August 31). Art is about resilience, it always has been. Retrieved from <https://www.psychologytoday.com/blog/arts-and-health/201508/art-is-about-resilience-it-always-has-been>
- Neumann, E. (2001). Forschungsperspektiven integrativer klinischer Kunsttherapie am beispiel einer borderlineproblematik. *Musik-, tanz- und Kunsttherapie*, 12, 171-187. doi:10.1026//0933-6885.12.4.171
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). (2017). *Zonder context geen bewijs: Over de illusie van evidence-based practice in de zorg*. RVS publicatie 17-05. Den Haag, The Netherlands: Author.
- Rankanen, M. (2016). *The visible spectrum: Participants' experiences of the process and impacts of art therapy*. Doctoral Dissertations (141), Aalto University, Espoo, Finland.
- Renner, F., van Goor, M., Huijbers, M., Arntz, A., Butz, B. & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioural therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 487-492. doi:10.1016/j.brat.2013.05.011
- Reynolds, M., Nabors, L. & Quinlan, A. (2000). The effectiveness of art therapy: does it work? *Art Therapy*, 17, 207-213. doi:10.1080/07421656.2000.10129706
- Rubin J. (2001). *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*. New York, NY: Routledge.
- Schnetz, M. (2005). *The Healing Flow: Artistic Expression in Therapy*. London, United Kingdom: Jessica Kingsley.
- Schweizer, C., Bruyn, J., Haeyen, S., Henskens, B., Rutten-Saris, M. & Visser, H. (2009). *Handboek beeldende therapie: Uit de verf*. Houten, the Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum.
- Slayton, S. C., D'Archer, J. & Kaplan, F. (2010). Outcome studies on the efficacy of art therapy: A review of findings. *Art Therapy*, 27(3), 108-118.
- Soler, J., Pascual J., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J. et al. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 353-358. doi:10.1016/j.brat.2009.01.013
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 611-631. doi:10.1002/jclp.20373
- Springham, N., Findlay, D., Woods, A. & Harris, J. (2012). How can art therapy contribute to mentalization in borderline personality disorder? *International Journal of Art Therapy*, 17, 115-129. doi:10.1080/17454832.2012.734835
- Stoffers, J., Vollm, B., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N. & Lieb, K. (2012). *Psychological therapies for people with borderline personality disorder*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD005652.
- Taylor, K., Fletcher, I. & Lobban, F. (2015). Exploring the links between the phenomenology of creativity and bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 174, 658-664. doi:10.1016/j.jad.2014.10.040
- Trimbos Instituut. (2017). *Zorgstandaard persoonlijkheidsstoornissen: Kwaliteitsontwikkeling GGZ*. Utrecht: Author. Utrecht: author.
- Van Erp Taalman Kip, R. & Hutschemaekers, G. (2018). Health, well-Being and psychopathology in a Clinical population: structure and discriminant validity of Mental Health Continuum Short form (MHCSF). *Journal of Clinical Psychology*, 3, 1-11. doi:10.1002/jclp.22621
- Van Lith, T., Schofield, M.J. & Fenner, P. (2013). Identifying the evidence-base for art-based practices and their potential benefit for mental health recovery: A critical review. *Disability & Rehabilitation*, 35, 1309-1323. doi:10.3109/09638288.2012.732188
- Van Vreeswijk, M., Broersen, J., Bloo, J. & Haeyen, S. (2012). Techniques within schema therapy. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice* (pp. 185-195). Chichester, United Kingdom: John Wiley.
- Van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Eurelings-Bontekoe, E. & Broersen, J. (2014). Changes in symptom severity, schemas and modes in heterogeneous psychiatric patient groups following short-term schema cognitive behavioural group therapy: A naturalistic pre-treatment and post-treatment design in an outpatient clinic. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21, 29-38. doi:10.1002/cpp.1813
- Veerman, J.W. & van Yperen, T.A. (2007). Degrees of freedom and degrees of certainty. A developmental model for the establishment of evidence-based youth care. *Evaluation and Program Planning*, 30, 212-221. doi:10.1016/j.evalprogplan.2007.01.011
- Verfaillie, M. (2016). *Mentalizing in Arts Therapies*. London, United Kingdom: Karnac Books.
- Wilkinson, R. & Chilton, G. (2013). Positive art therapy: Linking positive psychology to art therapy theory, practice, and research. *Art Therapy*, 30, 4-11. doi:10.1080/07421656.2013.757513
- Young, J., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M. et al. (2007). *Schema Mode Inventory (SMI version 1)*. New York, NY: Schema Therapy Institute.
- Zanarini, M. & Frankenburg, F. (2008). A preliminary, randomised trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22, 284-290. doi:10.1521/pedi.2008.22.3.284



Traineren van de geest

Compassion focused therapy. De toepassing binnen CGT

Door P. Gilbert (2018)

Amsterdam: Boom, 287 p.

Recensent: Annemarie Huiberts

In 2016 woonde ik op een congres over positieve psychologie een lezing bij van Paul Gilbert. Gilbert legde uit dat de evolutie ons heeft opgezadeld met een ingewikkeld brein. In tegenstelling tot andere zoogdieren zijn wij, dankzij onze goed ontwikkelde prefrontale cortex, geneigd primitieve emoties zoals angst en woede onnodig uit te vergroten. Alleen dat is al reden om compassie met onszelf te hebben. Zijn boodschap werd versterkt door zijn houding: op het podium oogde hij vriendelijk, open en volledig ontspannen. *Practice what you preach* blijkt binnen Compassion Focused Therapy (CFT) dan ook een belangrijk principe. Het is de taak van CFT-therapeuten, schrijft Gilbert in *Compassion Focused Therapy*, om cliënten tijdens de therapie alles te laten doen 'in een geest van validering, steun en vriendelijkheid, in plaats van met een onderliggend innerlijk affect van afstandelijkheid, invalidering, kilte, intimidatie of kritiek, en daarbij maakt het niet uit welke specifieke interventie er precies wordt gebruikt'.

Hoewel CFT inspiratie put uit het boeddhisme, is CFT allereerst een wetenschappelijke benadering met een brede basis in evolutieleer en sociale en ontwikkelingspsychologie. Centraal staan drie emotiereguleringsystemen. Ons prestatiesysteem is gericht op seks en status, ons dreigingssysteem signaleert gevaar en ons kalmeringssysteem zorgt dat wij ons veilig voelen als het gevaar is geweken. Bij mensen die lijden onder schaamte en zelfkritiek hebben het dreigings- en prestatiesysteem zich te sterk ontwikkeld, terwijl het kalmeringssysteem is achtergebleven.

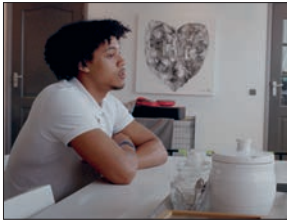
In CFT-therapie wordt geprobeerd het evenwicht tussen deze systemen te herstellen met interventies

uit verschillende therapeutische benaderingen. Aan deze interventies voegt CFT iets toe: compassie. Een mooi voorbeeld vormen de rationele gedachten uit de CFT. Als beginnend therapeut ontdekte Gilbert dat deze gedachten zijn cliënten niet hielpen door de kilte en analytische manier waarop zijn cliënten zichzelf benaderden. Gilbert besloot zijn cliënten te leren alternatieve gedachten anders te gaan uitspreken: niet langer kritisch en afstandelijk, maar vriendelijk en vanuit oprechte zorg om het eigen welzijn. In termen van het CFT-model maken cliënten dan de overstap van het dreigings- naar het kalmeringssysteem.

Deze overstap vereist veel oefening. Met imaginatie-oefeningen kunnen cliënten hun geest trainen om met meer compassie te reageren. Gilbert beschrijft diverse oefeningen, ook speciaal voor therapeuten. Hij nodigt hen uit zich voor te stellen hoe zij zichzelf, als zij het moeilijk hebben met bepaalde cliënten, met compassie benaderen: door terug te denken aan cliënten met wie het wel goed ging, of door collega's om hulp te vragen.

Compassion Focused Therapy is een toegankelijk boek dat theoretische achtergrond en toepassing in de praktijk evenwichtig beschrijft. Niemand heeft zoveel behoefte aan compassie als iemand met complexe psychische problemen die al jarenlang lijdt onder (zelf)stigma. Alleen therapeuten die compassie hebben voor zichzelf en hun cliënten, kunnen bij dergelijke mensen een veranderingsproces op gang brengen.

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



Dit is je laatste kans

Regie: Alaye van Empel - Aderemi
Korte documentaire - 2018 - 29 min.

Recensent: Jeroen van Goor

Michell Requena runt samen met zijn vrouw gezinshuis 'Zorgzaamheid' in Biddinghuizen, een laatste kans voor uit huis geplaatste jongeren om hun destructieve gedragspatronen te doorbreken. Binnen Jeugdzorg weet men geen raad met deze jongeren, vaak kinderen van tienermoeders en afkomstig uit een omgeving van verslavingsproblematiek en fysieke en mentale mishandeling.

Requena – gespierd en onder de tatoeages – spreekt de taal van de straat en is direct, wat hem respect oplevert onder de jongeren. Hij legt de nadruk op succeservaringen, ook in kleine dingen. Bijvoorbeeld als hij verslagen wordt in een computerspelletje: 'Dit is een succeservaring, daardoor sta je weer beter in het leven. Als je wint, word je blij. En als je blij bent, gedragen jullie je.'

De documentaire volgt Requena in de begeleiding van een paar jongeren in het bijzonder. Dat gaat met ups en downs, als bijvoorbeeld een jongen een drugstest doet en thc in zijn bloed blijkt te hebben. Aanvankelijk liegt hij erover, hij zou de rook hebben ingeademd toen hij naast anderen stond die aan het blowen waren. Maar daar trapt Requena niet in: 'Je moet sterker worden,' zegt hij, 'straks krijg je de ruimte om elke avond te smoken als je wilt, en dan gaat niemand je urine controleren. Maar beetje bij beetje krijgt het je te pakken, en dan brokkelt alles af wat je hebt opgebouwd. Waar je op focust, daar ga je heen.'

'Dit is je laatste kans' biedt een mooi portret van een authentieke jongerenwerker die van zijn achtergrond zijn kracht heeft gemaakt. Door zijn directe en onorthodoxe aanpak weet Requena tot de jongeren door te dringen en leert hij ze de strijdmodus te verlaten, kwetsbaar te zijn en verantwoordelijkheid te nemen voor hun daden.

De uitzending op televisie is op 27 januari bij de EO.

ADVERTENTIE

Traumasporen

Prof. dr. Bessel van der Kolk, Uitgeverij Mens!,
576 pagina's, € 41,50

Traumatische gebeurtenissen laten sporen achter in gedachten, gevoelens en de fysieke gesteldheid. Gebaseerd op het synchroniseren van lichaam en geest met o.a. mindfulness, yoga, EMDR en neurofeedback worden herstelmogelijkheden getoond.



Innerlijke zelfvervreemding overwinnen na trauma

Janina Fisher, Uitgeverij Mens!,
448 pagina's, € 38,50

Janina Fisher combineert neurobiologische kennis over trauma, persoonlijkheidsdelen en gehechtheid met een praktische benadering. De interventies zijn afgeleid van Sensorimotor Psychotherapy, Internal Family Systems Therapy, mindfulnessgerichte therapieën en klinische hypnose.



Behandeling van traumagerelateerde dissociatie

Kathy Steele, Suzette Boon en Onno van der Hart,
Uitgeverij Mens!, 672 pagina's, € 57,00

Dissociatie ten gevolge van traumatische ervaringen is een vorm van non-realisatie. Dit boek bespreekt diagnostiek, stabilisatie en integratie van traumatische herinneringen. Toepasbaar voor meer en minder complexe vormen van trauma.



Ga naar www.uitgeverijmens.nl voor meer informatie en een compleet overzicht van onze boeken en congressen.

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



Naar de tuchtrechter

Verslagen door het tuchtrecht: 9 persoonlijke verhalen

Door Martin Appelo (2018)

Amsterdam: Boom, 151 p.

Recensent: Karel Soudijn

Negen professionals op het gebied van gezondheidszorg vertellen in dit boek over hun ervaringen met klachtenprocedures. Hun achtergrond is gevarieerd, want het gaat hier om een psycholoog, twee psychiaters, twee verloskundigen, een huisarts, een bedrijfsarts, een tandarts en een orthopeed. Vier van de negen blijven anoniem.

Op basis van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) handelen regionale tuchtcolleges klachten af. Tegen hun uitspraken kan beroep worden aangetekend bij het centraal tuchtcollege. Bij de behandeling van klachten gaat het vooral om de vraag of zorgverleners zich redelijk aan de standaarden houden van hun eigen beroepsgroep. Zittingen van deze tuchtcolleges zijn openbaar. Onder de Wet BIG worden namen van overtreders gepubliceerd zodra zij een berisping of een zwaardere maatregel opgelegd krijgen. Blijft de maatregel beperkt tot een waarschuwing, dan vindt op internet publicatie in anonieme vorm plaats.

Het NIP kent ook een regeling voor de behandeling van klachten, maar deze is niet bij wet vastgelegd. Bij ons is sprake van 'verenigingstuchtrecht'. Het College van Toezicht toetst aan de hand van een uit 108 artikelen bestaande beroepscode. Tegen uitspraken kan beroep worden aangetekend bij het College van Beroep. Op de website van het NIP staan de uitspraken in geanonimiseerde vorm; slechts bij hoge uitzondering komt de naam van de psycholoog naar buiten. En nóg een belangrijk verschil met de BIG-procedures: zittingen van de NIP-colleges zijn niet openbaar.

Klachtenprocedures zijn tijdrovend en emotioneel

belastend. Een van de schrijvers in dit boek vertelt dat de relatie met zijn partner (mede) door de procedure zo sterk onder druk kwam te staan, dat ze uiteindelijk uit elkaar zijn gegaan. Een andere auteur ergert zich aan een voorzitter van het tuchtcollege, die nauwelijks verstaanbaar spreekt en die kennelijk zijn eindoordeel al klaar heeft voordat de partijen tijdens een hoorzitting hun standpunten goed naar voren kunnen brengen. De procedure wordt nogal eens ervaren als krenkend. Soms wordt in dit boek aangegeven dat een tuchtcollege wel op een nette manier met de beklaagde omging, maar dan is de uitkomst toch teleurstellend. De kritiek komt er vaak op neer dat de tuchtcolleges nauwelijks rekening houden met omstandigheden waaronder moest worden gewerkt. Een van de professionals klaagt dat richtlijnen voor hulpverlening worden verengd tot regels zonder speelruimte. Ook vinden verschillende auteurs dat het tuchtcollege beter moet letten op de motieven van klagers.

ZWEEFTEEF

Martin Appelo is niet alleen de schrijver en samensteller van dit boek; hij is ook de enige psycholoog die hier aan het woord komt. Hij bespreekt twee zaken die tegen hem werden gevoerd. In beide gevallen kreeg hij een berisping. In de epiloog van dit boek schrijft hij over de uitspraak van het centraal tuchtcollege in een van beide zaken: 'Ook zij keken alleen maar naar de feiten, de regels en de richtlijnen, en niet naar de context of naar mijn intenties.'

Appelo vindt dit verkeerd, maar dit is nu precies wat de bedoeling is van tuchtrechtspraak. Context is hier

Gegevens uit het dossier over de ene persoon mogen niet zomaar doorgespeeld worden naar de andere persoon

pas echt belangrijk als de professional twee regels moet opvolgen die onderling strijdig zijn. Pas dan is een principe van hogere orde nodig om een afweging te maken.

Bij de andere klacht die Appelo bespreekt, wordt duidelijk hoe zinvol het voor psychologen is om zich te richten naar de NIP-beroepscode. Appelo voerde twee gesprekken met een mevrouw die hulp zocht voor haar relatieproblemen. De echtgenoot kwam mee, maar zag zich niet als cliënt. Aan het eind van het tweede gesprek gaf Appelo duidelijk aan dat hij mevrouw (en haar man) niet verder kon helpen, maar hij wilde wel voor een doorverwijzing zorgen. Op dat aanbod werd niet ingegaan. Na enige tijd kreeg hij het verzoek om een verslag van de twee consulten te sturen. Dit deed hij. Nog weer later klaagde mevrouw hem aan. Hij zou haar dramaqueen en zweefteef hebben genoemd (wat hij ook toegeeft). Bovendien zou hij 'zonder medeweten' van mevrouw een verslag van de consulten aan de man hebben gestuurd. De man zou het verslag tijdens een inmiddels ingezette echtscheidingsprocedure tegen haar hebben gebruikt. Hierover schrijft Appelo nu: 'Het verslag werd door mij op hun verzoek geschreven en verstuurd.'

Het regionaal college beoordeelt de klachten als gegrond, wat tot boosheid bij Appelo leidt (maar hij gaat niet in beroep tegen de uitspraak). In dit boek geeft hij ruime aandacht aan zijn verweer en aan kritiek op de gevolgde procedure. Als lezer kan ik me zijn emotionele reacties goed voorstellen, maar tegelijkertijd verbaas ik me over de naïviteit van de schrijver. Hij verwijst in dit boek enkele keren naar het bestaan van de beroepscode van het NIP, maar

nergens in de analyse van zijn eigen casus maakt hij daar gebruik van. Moet een hulpverlener ingaan op het verzoek om een verslag te schrijven? Dit is een wisseling van rol waar de NIP-code ernstig tegen waarschuwt (art. 51). Cliënten hebben het recht om hun eigen dossier in te zien en er een kopie van te krijgen (art. 67), maar het is zinvol om een onderscheid te maken tussen een verslag (rapportage) en een dossier. Aan een verslag worden eisen gesteld volgens artikel 97.

We krijgen bij Appelo nergens te lezen of zijn verslag hieraan voldeed. Mocht het verslag van Appelo slechts onderdeel zijn van het dossier, dan had hij zich moeten realiseren dat hij te maken kreeg met twee personen die in termen van de beroepscode een cliëntsysteem vormen. Gegevens uit het dossier over de ene persoon mogen echter niet zomaar doorgespeeld worden naar de andere persoon. Het eerder genoemde artikel 67 over het dossier geeft heel specifieke regels over handhaving van vertrouwelijkheid bij een cliëntsysteem. Nergens laat Appelo blijken dat hij dergelijke nuances kent.

Aan het slot van dit boek geeft Appelo adviezen die erop neerkomen dat het klachtrecht eigenlijk zou moeten worden beperkt. Veel heil moet komen van bemiddeling (mediation) tussen partijen. Alles beter dan een confrontatie in de tuchtrechtzaal.

Dr. K.A. Soudijn, verbonden aan de Universiteit van Tilburg, maakt deel uit van het College van Beroep van het NIP. Hij publiceerde het boek Ethische codes voor psychologen. E-mail: k.a.soudijn@uvt.nl.

ANGÉLIQUE CRAMER, COLUMNIST 2019

KWETSBARE POWERVROUW

Angélique Cramer is dit jaar onze columnist. Ze is methodoloog, oud-redactieraadslid van *De Psycholoog* en verzorgde tot voor kort de rubriek De Gereedschapskist. Een gesprek over haar intellectuele ontwikkeling, hoe ze op de barricades klimt als ze het ergens niet mee eens is. En over haar kwetsbare kanten. 'In de wetenschap gaat het heel erg om de persoon en als je dan je zwakte laat zien, ben je al snel niet goed genoeg.'



De eerste herinneringen die Colette Cramer aan haar dochter ophaalt, gaan terug naar haar kindertijd. Angélique Cramer is inmiddels universitair hoofddocent Modellen en Methoden voor Klinische

Psychologie aan Tilburg University en dit jaar is ze onze columnist. Als vijfjarig meisje stond ze achter haar vader die de krant zat te lezen. Ze begon te spellen: T e k o p a a n g e b o d e n... Haar ouders waren met stomheid geslagen. Dat Angélique kon lezen wist niemand, ook op school was het niet bekend. Haar moeder kocht meteen het boekje *Pim en de vis* (van auteur Maaijke Jansma) voor haar, Angélique had het binnen tien minuten uit. En zo werd besloten dat ze een klas kon overslaan en direct naar groep 3 mocht.

Cramer herinnert zich het voorval en zegt: 'Het past bij mij. Ik houd zulke dingen voor me tot ik het een beetje kan en dan komt het er ineens helemaal uit. Nieuwe ideeën denk ik bij voorkeur eerst helemaal door en dan deel ik ze pas met anderen.'

EINSTEIN

Al vroeg was duidelijk dat ze een slim meisje was, ze werd als kind door sommige juffen en meesters extra uitgedaagd. Op haar negende kreeg ze van een meester een Teleac-cursus over Einstein. Die las ze en ze vond het fascinerend.

Moeder Cramer vertelt dat Angelique op haar negende 'leesmoeder' werd. Ze zegt: 'Dat vindt ze zelf niet goed, het is te jong. Want daar heeft ze natuurlijk ook een mening over.'

Cramer moet erg om de uitspraak lachen. Maar het klopt wel dat ze over veel dingen een mening heeft. Ook hierover. 'Ik was er destijds trots op dat ik leesmoeder werd, maar later realiseerde ik me dat zoiets een kind erg apart zet. Voor het sluiten van vriendschappen is het niet altijd even bevorderlijk. Zelf zou ik er als ouder terughoudend mee zijn, dat zal ik tegen mijn moeder gezegd hebben. Maar ik had er toen veel lol in.'

De relatie met haar ouders was altijd hecht. 'We noemden onszelf "de drie musketiers",' vertelt Cramer. Maar haar ouders verschillen sterk van elkaar. Vader was een aanwezige, krachtige, selfmade man. Cramer was een vaderskind en wilde van jongs af aan net als

haar vader accountant worden. Ze was van plan zijn zaak over te nemen en ging daarom economie studeren. Al snel merkte ze dat ze de studie 'echt verschrikkelijk' vond. 'Ik hield het toch drie jaar vol,' vertelt ze. 'Ik heb er lang over gedaan om aan mezelf toe te geven dat het niets voor mij was en daarna duurde het nog een tijd voor ik het mijn ouders vertelde.'

Toen ze de knoop eenmaal had doorgehakt, stopte ze gelijk met de studie, hoewel haar bul binnen handbereik was. Ze gaf zichzelf de zomer de tijd om te bedenken wat ze dan wilde. Ze overwoog politicus, journalist en rechercheur. Dat laatste viel af toen ze begreep dat ze dan eerst als politieagent de straat op moest. Uiteindelijk koos ze voor de studie psychologie, met het plan om forensische psychologie te gaan studeren en daarna onderzoeker te worden.

EN NU?

Na haar afstuderen zou ze een promotieplek krijgen, maar dat ging op het laatst niet door. Even was er paniek, want nu had ze niets. Maar een hoogleraar Mathematische Psychologie bij wie ze student-assistent was geweest, Eric-Jan Wagenmakers, tipte haar om met Denny Borsboom te gaan praten. Borsboom, nu hoogleraar van de programmagroep Psychologische Methoden van de Universiteit van Amsterdam (UvA) en twee jaar terug columnist van *De Psycholoog*, had net een Vidi-beurs op het gebied van de toepassing van de netwerktheorie op psychopathologie gekregen. Deze theorie stelt dat mentale stoornissen niet te herleiden zijn tot een enkele oorzaak, maar dat ze te begrijpen zijn op het niveau van netwerken van symptomen. Borsboom zocht iemand voor dit methodologische onderwerp en Cramer had laten zien dat haar talent en affiniteit op dat gebied lag.

De eerste kennismaking met Borsboom herinnert Cramer zich nog levendig. Wagenmakers had haar bijna bij Borsboom de kamer in geduwd. 'We hebben een gesprek gevoerd en ik heb die keer al uitgebreid op zijn bord staan tekenen. Daarna heb ik de gebruikelijke sollicitatieprocedure gevolgd.'

Borsboom vertelde eerder dat Wagenmakers, met wie hij bevriend is, hem tipte. 'Ik heb nu een student ... als je haar niet als aio aanneemt, ben je gek.'

Dit was precies de goede plek voor Cramer, want het ging over methodologie die niet te abstract is. 'De

getallen moeten voor mij iets betekenen,' zegt ze. 'De netwerkmethodes heeft te maken met begrijpelijke, menselijke vragen. De theorie is buitengewoon relevant voor de klinische praktijk.'

Over het eerste wetenschappelijk artikel dat ze als aio schreef, vertelt Cramer: 'In dat artikel stelde ik voor om comorbiditeit te verklaren met behulp van netwerken.' Maar er wordt veel geschreven en het meeste wordt niet opgemerkt, daarom ging ze er 'met de sloophamer in'. Cramer: 'Als je wilt dat mensen luisteren, moet je een grote keel opzetten. In het artikel zijn we heel kritisch over andere benaderingen en we hebben de netwerkbenadering als goed alternatief geponeerd.'

Borsboom over dat bewuste paper: 'Het was het eerste paper dat ze schreef. Toen het bijna af was, zei Angélique: "We moeten het wel ergens heen sturen." En ze stelde *Behavioral & Brain Sciences* (BBS) voor. Ik schrok, want dat was erg ambitieus, het is zo'n beetje het belangrijkste tijdschrift in het vakgebied.' Na overleg met een collega overtuigde hij haar dat het beter was van niet. Ze reviewen erg hard bij dat tijdschrift, legde hij haar uit. Dat zou niet goed zijn voor de moraal van een beginnende promovenda. Cramer liet zich overtuigen, maar de volgende dag kwam ze erop terug. Ze wilde het toch naar BBS sturen. Uiteindelijk liet Borsboom haar begaan. Tot ieders verrassing waren de vijf reviewers unaniem enthousiast en stelden zij alleen kleinere wijzigingen voor. Borsboom: 'Niemand wees het af! Dat is heel bijzonder. Het was een van de mildste reviewprocessen die ik ooit heb meegemaakt!'

Daarmee behaalde ze een groot succes vroeg in haar carrière. Cramer: 'Dat is natuurlijk fantastisch, maar ik werd er ook zenuwachtig van. Want de verwachtingen waren vanaf dat moment hooggespannen.'

DE HAMER VAN CRAMER

Cramer hield zich in het artikel bepaald niet op de vlakte, maar dat is haar gewoonte; op papier is ze scherp. Borsboom verwijst ernaar met 'de hamer van Cramer.' 'Ik wist dat die zou komen!' lacht Cramer. Ze legt vervolgens uit waarom het van belang is stelling te nemen. 'Soms moet je even je punt maken zodat mensen luisteren.' Ook in mails kan ze uithalen. Face-to-face is ze een stuk milder. 'Van nature ben ik een vriendelijk persoon.'

Dat uitgesprokene heeft ze van haar vader. 'Aan tafel werd vroeger alles besproken,' vertelt Cramer over haar jeugd. 'We discussieerden over politiek en economie. Mijn vader behandelde me niet als kind, maar als gelijkwaardige gesprekspartner. Hij wist van alle onderwerpen iets af en daarom was het leuk om met hem te praten. Ook met persoonlijke dingen kon ik goed bij hem terecht.' Haar vader overleed tien jaar geleden. 'Ik voel nog steeds het gat.'

De schets die Cramer van haar vader geeft, is het spiegelbeeld van wat vriendin en gz-psycholoog Eveline de Kam over Cramer vertelt. 'Je kunt goed met haar praten, er komen interessante onderwerpen op tafel, het is nooit oppervlakkig. En ook als ik ergens mee zit, kan ik bij Angélique terecht. Ze oordeelt niet, maar analyseert. Ze stelt vragen en luistert goed. Als ik iets met haar besproken heb, weet ik vaak wat ik moet doen, zonder dat zij het gezegd heeft.'

'Zelfs de paginanummers op de sheets moeten het juiste lettertype hebben'

Cramer lijkt ook op haar moeder. Het zorgzame en moederlijke heeft ze van haar. Haar moeder is begaan met mensen en heeft een groot inlevingsvermogen, iets waarin Cramer zich eveneens herkent. Maar vooral het perfectionisme dat haar moeder ook heeft, wordt door verschillende mensen genoemd als ze over Cramer spreken. 'De kleinste dingen moeten perfect zijn,' zegt Borsboom. 'Zelfs de paginanummers op de sheets wil ze in het juiste lettertype hebben.'

Dat klopt, geeft Cramer lachend toe. 'Ik ben nog steeds perfectionistisch. Maar ik maak tegenwoordig wel bewuste keuzes op de gebieden waarin ik perfectionistisch ben.' Dus het lettertype van de paginanummers kan ze loslaten? 'Jaa, ik denk het wel... Hoewel voor een keynote...' Goed, ook die sheets moeten perfect zijn. Cramer: 'Ik ben perfectionistisch op de gebieden die ik belangrijk vind. Ik probeer het voor me te laten werken en me er niet door te laten hinderen.'

Want dat het haar kan hinderen, daar kwam ze een aantal jaar geleden achter. In 2014 ging het mis, ze



FOTO: STIJN RADEMAKER

‘Als je wilt dat mensen luisteren, moet je een grote keel opzetten’

maakt er geen geheim van – zie ook haar eerste column in dit nummer. ‘Ik was net gepromoveerd, we gingen voor de tweede keer in korte tijd verhuizen, ik was zwanger van mijn tweede kind, ik was net universitair docent geworden met alles wat daarbij hoort en ik had net een belangrijke beursaanvraag geschreven. En dan stond ik na een lange werkdag bij de supermarkt met tranen in mijn ogen een kilo tomaten af te wegen, omdat ik mijn dochtertje per se niet uit potjes wilde laten eten.’

Vlak voor kerst voelde ze zich beroerd, ze had ook hartkloppingen, haar huisarts was op vakantie, de vervanger wilde dat ze naar de eerste hulp ging. Ze onderzochten haar uitgebreid, maar vonden niets verontrustends.

‘Later belde mijn eigen huisarts me terug en zei

niet veel meer als: “Zou het kunnen dat je overspannen bent?” Ik barstte in huilen uit. Vanaf dat moment kon ik helemaal niets meer. Ik heb me ziek gemeld. Dat voelde als falen, maar het kon niet anders. Als ik terugkijk, kan ik me amper voorstellen dat ik niet eerder de signalen zag: Oorsuizen, vaak hoofdpijn, slecht slapen en een kort lontje.’

Zich kwetsbaar opstellen en hulp vragen, durfde ze niet. Want in de wetenschap gaat het heel erg om de persoon en als je dan je zwakte laat zien, ben je al snel niet goed genoeg. Ze begon in te zien dat je dit niet van mensen kunt vragen. Ook wetenschappers zijn geen superhelden. Het was aanleiding ‘op de zeepkist te klimmen’. Cramer: ‘Wetenschap gaat teveel over individuen, mensen die succes boeken worden op een voetstuk gezet. Maar daar val je ook makkelijk weer af. Hulp vragen doe je niet. En uitleggen dat je even geen paper hebt geschreven, omdat je voor je zieke moeder hebt gezorgd, is niet gebruikelijk in de wetenschappelijke wereld. Ook niet in het bedrijfsleven trouwens.’

Dat moet veranderen, vindt Cramer. Voor haarzelf is er in ieder geval zeker iets veranderd. Ze is veel opener geworden over zichzelf, zegt ze. Het valt de mensen om haar heen op. Ze probeert niet alleen een power woman te zijn, maar ook het kwetsbare meisje te omarmen. Ze probeert haar grenzen te bewaken, hoewel Borsboom daar om moet lachen. ‘Ze werkt nog steeds kéihard.’

Ook tegenover anderen is er iets veranderd. Vriendinnen merken het. En bij haar eigen promovendi houdt ze de vinger aan de pols, vraagt ze of het goed gaat, let ze erop dat ze niet te hard werken.

Maar ze beperkt zich niet tot haar eigen leven. Want ze wil bij voorkeur ook actief iets veranderen aan het systeem. ‘Ik zie teveel collega’s die langs het randje lopen. Ik heb veel van mijn burn-out geleerd. Op mijn cv staat wat ik gepubliceerd heb, welke subsidies en prijzen ik heb gewonnen, dat ik lid ben van De Jonge Akademie. Maar er staat niet op waarvoor ik bang ben, wat ik nog wil leren, en welke dingen ik heb geprobeerd maar niet zijn gelukt.’

Kwetsbaar durven zijn dus, dat is Cramer ook van plan om te doen in de columns die ze dit jaar zal gaan schrijven. ‘Ik zal over psychologie en wetenschap schrijven en dat vermengen met het persoonlijke waarbij ik vertellen over mijn eigen worstelingen niet zal schuwen.’

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!

"Eigenlijk doen we te veel om op te noemen"

Half juni maakte Vera Naber de overstap van het sectie Jeugdbestuur naar het Algemeen Bestuur, dus ging de sectie Jeugd op zoek naar een nieuwe voorzitter. Marga Jonkman nam het stokje over. Marga is sinds 2007 Kinder- & Jeugdpsycholoog (NIP/SKJ) en werkt met veel plezier in een groepspraktijk in Apeldoorn. Ze is getrouwd en heeft drie kinderen.

Wat was uw drive om voorzitter te worden?

"Ik was zoals de meeste trouwe NIP-leden meer een lezer en volger van de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van psychologie, die onder andere in het magazine en de nieuwsbrieven te lezen zijn. Echt kritisch werd ik toen bleek dat de K&J-psycholoog NIP de strijd dreigde te verliezen om in het BIG-register terecht te komen. Dat vind ik een onbegrijpelijke gang van zaken. Het NIP schuwt kritische mensen niet en vroeg me mee te doen in de sectie Jeugd, waar ik toen gelijk voorzitter van werd."

Wat zijn uw belangrijkste speerpunten voor 2019?

"Deze belangrijke speerpunten vallen min of meer samen met die van de sectie Jeugd: K&J-psycholoog in de wet BIG, het faciliteren en informeren van psychologen op allerlei vlakken zoals bijvoorbeeld regeldruk, outcome en visitatie. De positie van de

schoolpsycholoog. Het organiseren van inspirerende bijeenkomsten, zoals de vergadering voor de leden in oktober en het weer op poten zetten van de werkgroep Jeugd GGZ. Dit is maar een korte greep uit voor mij belangrijke punten."

Welke thema's staan op de agenda van de sectie?

De werkgroepen het jonge kind, de schoolpsychologen, gehoor en communicatieve beperkingen (WAG) aangevuld met de werkgroep jeugd GGZ organiseren allerlei zeer interessante (ook geaccrediteerde) bijeenkomsten, manifesten en werken daarbij ook samen met externe partijen. Dan lezen we mee met allerlei richtlijnen, bijvoorbeeld over dyslexie. Ook reageert de sectie op de actualiteit, bijvoorbeeld met betrekking tot kinderen in een asielprocedure en de stresstest.

"Eigenlijk doen we te veel om op te noemen", concludeert Marga. "Dat was voor mij ook echt een verrassing en ik wil iedereen uitnodigen eens goed op de NIP-agenda te kijken want er is altijd iets vernieuwends bij voor iedereen. Ook bijeenkomsten van andere secties zijn vaak interessant of ga eens naar de NIP-Up borrel, een leuke bijeenkomst waar je je collega's informeel kunt ontmoeten.."

Waarom moet iedere K&J'er zich aansluiten bij het NIP?

"Natuurlijk zou iedere psycholoog zich moeten aansluiten bij het NIP en actief mee moeten denken (al is het via de e-mail) over onderwerpen die ons aangaan en waar we nu nog geen aandacht aan besteden. Het is van belang om je stem te laten horen en je beroep van binnen uit mede vorm te geven. Blijf niet mopperen, maar zet je in om iets te veranderen!"



Marga Jonkman Kinder- & Jeugdpsycholoog (NIP/SKJ)

'Jeugdprofessionals kunnen cruciaal verschil maken in het leven van een kind'



In de Jeugdwet staat dat professionals in de jeugdhulp en jeugdbescherming goede hulpverleners moeten zijn. Maar hoe doe je dat? Wilma Lozowski, senior beleidsmedewerker van het NIP, schreef een naslagwerk: *Kompas in de jeugdhulp en jeugdbescherming*.

De hulpverlener neemt bij zijn werkzaamheden de zorg van een goede hulpverlener in acht en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor die hulpverlener geldende professionele standaard. (art 4.1.1. lid 3 Jeugdwet)

Het is aan beroepsverenigingen om die professionele standaard met onder andere de beroepscode en vakinhoudelijke richtlijnen door te ontwikkelen. Een belangrijke taak, want jeugdprofessionals kunnen een cruciaal verschil maken in het leven van kwetsbare kinderen en gezinnen.

Alle kinderen en jongeren moeten gezond en veilig kunnen opgroeien en zich optimaal kunnen ontwikkelen. Dat is het doel van de Jeugdwet die sinds 1 januari 2015 van kracht is. Wanneer de situatie daarom vraagt, moeten kinderen, jongeren en hun ouders kunnen rekenen op professionals die hun vak verstaan.

Complex werkveld

Waarom is zo'n naslagwerk nodig? Leden van het NIP, de NVO en de BPSW moeten zich toch houden aan de beroepscode van hun vereniging? "Klopt, de verschillende beroeps-

BEROEPSVERENIGINGEN

De beroepsverenigingen voor Kinder- en Jeugdpsychologen, pedagogen en jeugd- en gezinsprofessionals zijn:

- **BPSW:** Beroepsvereniging van professionals in sociaal werk en de jeugd- en gezinsprofessionals
- **NVO:** Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen
- **NIP:** Nederlands Instituut van Psychologen

codes zijn het fundament voor dit Kompas, maar de werksituatie voor jeugdprofessionals is vaak complex", vertelt Wilma. Je hebt te maken met de sociale omgeving: het systeem. Een kind of jongere heeft ouders, soms ook stief- of pleegouders, woont in een gezin, gaat naar school, heeft familie, vrienden en burens. Daarnaast werk je vaak samen met andere professionals zoals medewerkers van een wijkteam of van andere gespecialiseerde instellingen, Veilig Thuis of leraren. Soms is een kind in aanraking geweest met justitie of gedwongen opgenomen in een instelling. "Al die partijen hebben vaak verschillende rollen, verantwoordelijkheden en belangen." Belangrijk is dat je je beroep bijhoudt en dus ook reflecteert op je handelen. Daarvoor worden tips gegeven. Per werkveld heeft Wilma beroepsethische dilemma's geschetst zodat je weet wat je taak is.

"Het is een naslagwerk om regelmatig door te bladeren zodat je scherp blijft in lastige situaties", vindt Wilma. "Lees het vooral online, want het document staat vol links waarop je dan kunt doorklikken." Je vindt het Kompas op www.psynip.nl/kompas

PROFESSIONALISERING JEUGDHULP EN JEUGDBESCHERMING

In het magazine *Samen werken aan professionalisering* op www.professionaliseringjeugdhulp.nl lees je hoe jij je continu kunt blijven ontwikkelen als een goede jeugdprofessional.

Wat kunnen we doen voor mensen op de wachtlijst?



Cliënten die op een wachtlijst staan voor een behandeling in de ggz kunnen veel baat hebben bij wachtlijstondersteuning door ervaringsdeskundigen, POH-GGZ, het wijkteam of ervaren masterpsychologen in instellingen. Dit bleek op 6 december 2018 tijdens de creatieve Meet-up over wachtlijstondersteuning waarin verschillende beroepsgroepen hun ervaringen deelden.

De groep ging aan de slag met verschillende casussen. Hun ervaring leverde een bron van goede ideeën op. Wat kun je bijvoorbeeld doen als een jongere zich bij de huisarts meldt omdat hij kampt met een depressie en verslavingsproblemen heeft, een moeilijke situatie thuissituatie en bekend is bij de politie? Zo'n jongen vraagt niet makkelijk om hulp en zal snel afhaken als hij te lang aan zijn lot wordt overgelaten.

Een wijkteam kan bijvoorbeeld al direct aan de slag met een jobcoach of biedt schuld als dat nodig is. Daarmee bied je iemand een positief vooruitzicht. Door te praten met ervaringsdeskundigen voelt hij zich erkend in zijn problemen en staat hij er niet alleen voor. Er is zelfs een kans dat hij zijn leven weer zelf oppakt zonder hulp uit de ggz of met een korter traject.

Bij de andere casussen bleek ook hoeveel er mogelijk is om iemand direct te ondersteunen zodra hij of zij hulp vraagt. De creatieve sessie leverde verrassende en waardevolle resultaten op. Het wachtlijdsbegeleidingstraject wordt ondersteund door onderzoeksbureau SIRM. De resultaten worden gedeeld tijdens het congres Weg van de wachtlijst op 11 april 2019.

WEG VAN DE WACHTLIJST

Cliënten- en naastenorganisaties, ggz-aanbieders en zorgverzekeraars werken daarom samen hard aan het terugdringen van de wachttijden en aan betere begeleiding tijdens de wachttijd. Wilt u de ontwikkelingen volgen? Meld u via wegvandewachtlijst.nl aan voor de nieuwsupdate of neem contact op via info@wegvandewachtlijst.nl.

OPROEP: DE PSYCHOLOOG VAN DE TOEKOMST



De digitale wereld verandert in een snel tempo. En hoewel mensen veel ouder worden, zijn we op zoek naar een zinvolle rol binnen deze nieuwe maatschappij. Als psycholoog zullen we mensen immers moeten begeleiden bij deze veranderingen. Maar hoe?

Essayprijsvraag

Schrijf een essay over hoe de studie of de beroepspraktijk van de psychologie zou moeten vernieuwen om succesvol te zijn in de snel veranderende wereld om ons heen. Welke kennis en vaardigheden heeft de psycholoog van de toekomst nodig om mensen te ondersteunen? En hoe brengen we aankomende psychologen deze kennis en vaardigheden bij tijdens de studie?

Deadline: 1 april 2019

Aantal woorden: maximaal 1500

Prijzen: 2 prijzen van 600 euro en 400 euro voor de meest inspirerende essays

Inzendingen per e-mail aan: redactie@psynip.nl, o.v.v. Essayprijsvraag

Jury: Vittorio Busato en Geertje Kindermans (redactie *De Psycholoog*) en Harold Bekkering (Radboud Universiteit Nijmegen)



DE NIP-AGENDA

Bij het NIP is iedere psycholoog welkom. Of je nu studeert, een baan zoekt of al jarenlang werkt als psycholoog. We leren van elkaar tijdens symposia en ontmoeten elkaar tijdens informele meet-ups. Door wie laat u zich inspireren? Kijk op psynip.nl/agenda voor een overzicht van de NIP-bijeenkomsten.

HET NIEUWE JAAR INLUIDEN

De NIP-Up is een informeel moment voor NIP-leden om elkaar te ontmoeten, om het NIP beter te leren kennen, vakinhoudelijke ervaringen uit te wisselen, en meer! Tijdens de eerste NIP-Up van 2019 luiden we graag het nieuwe jaar met u in. Bent u erbij op 17 januari? Meld u aan via psynip.nl/NIPUp

Praktische info

De NIP-Ups vinden in 2019 plaats op 17 januari, 21 maart en 23 mei

Tijd: vanaf 16.30 uur. Kom gerust later binnen, we zijn er tot een uur of 18.30 uur

Waar: Huis van de Psychologie, NIP-kantoor, Utrecht



DE VEERKRACHT VAN DE PSYCHE

Het feestelijke lustrumcongres op 1 februari 2019 is al volgeboekt! Daar zijn we natuurlijk blij mee, maar het betekent ook dat we leden moesten teleurstellen. De ervaring leert dat mensen zich voor een gratis congres relatief makkelijk afmelden. Daarom zijn we een wachtlijst gestart. Aanmelden voor de wachtlijst kan via psynip.nl/veerkrachtpsyche. Komt u toch niet? Dat horen wij graag via secretariaat@psynip.nl, want dan kunnen wij iemand van de wachtlijst blij maken!



OP ZOEK NAAR EEN GESCHIKTE STAGIAIR(E)?

DE SPS-NIP STAGEBANK BIEDT DE OPLOSSING!

SPS-NIP is de studentensectie binnen het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). Door middel van goede informatievoorziening willen wij de psychologiestudent een stap verder helpen naar het werkveld.

Eén van de diensten van SPS-NIP is de online Stagebank. Deze biedt een overzicht van het actuele stageaanbod binnen de psychologie! De Stagebank staat vol met meeloop-, onderzoeks-, en afstudeerstage binnen alle richtingen van de psychologie. De Stagebank van SPS-NIP is exclusief toegankelijk voor onze 3.000

leden, die proactief bezig zijn met hun toekomstige carrière in de psychologie.

Een stage aanbieden in onze Stagebank is een gratis manier om uw stageplaats onder de aandacht te brengen bij 3.000 gemotiveerde psychologiestudenten. Dit bespaart u tijd en moeite in uw zoektocht naar geschikte kandidaten. Heeft u een stageplek beschikbaar? Laat het ons dan weten via stagebank@spsnip.nl en vind via de Stagebank uw toekomstige stagiaire!



PUBLICATIEPRIJS VOOR JONGE AUTEURS

De redactie(raad) van *De Psycholoog* wil jong talent in de psychologie aanmoedigen tot het schrijven van goede en originele artikelen in de Nederlandse taal. In 1995 is daarom een tweejaarlijkse Publicatieprijs voor aankomende auteurs ingesteld die in 2019 voor de twaalfde keer zal worden uitgelooft. De prijs bestaat uit een publicatie als hoofdartikel in *De Psycholoog* en een bedrag van € 1250.

De ingezonden artikelen worden beoordeeld door een deskundige jury uit de redactieraad, onder leiding van de hoofdredacteur van *De Psycholoog*. De jury let op inhoudelijke en stilistische kwaliteit, originaliteit en toegankelijkheid en de mate waarin het artikel van belang is voor een breed publiek van psychologen. Het winnende manuscript wordt als hoofdartikel geplaatst in het december-nummer van 2019 of januarinumnummer van 2020. Elk ingezonden manuscript wordt beoordeeld en komt, na de gebruikelijk reviewprocedure, eventueel voor plaatsing in aanmerking. Over beslissingen van de jury is geen correspondentie mogelijk.

Ingezonden manuscripten dienen aan de volgende voorwaarden te voldoen:

1. Het artikel biedt een gedegen overzicht van een psychologisch relevant onderwerp, waarin recent onderzoek, literatuur, theorievorming en/of toepassingen op originele wijze worden besproken.
2. De lengte van het artikel bedraagt maximaal 4500 woorden (exclusief referenties).
3. Het is geschreven in goed Nederlands door een junior-psycholoog, niet eerder afgestudeerd dan 1 augustus 2011.
4. Het manuscript moet uiterlijk op 1 september 2019 zijn ingediend volgens de geldende richtlijnen voor auteurs. Uitgebreide richtlijnen kunnen bij de redactie worden aangevraagd (redactie@psynip.nl), en zijn ook te vinden op internet www.tijdschriftdepsycholoog.nl, bij de sectie 'voor auteurs'.
5. Het manuscript mag niet elders zijn aangeboden of gepubliceerd.

MANUSCRIPTEN KUNNEN
TOT 1 SEPTEMBER 2019 WORDEN
TOEGEZONDEN AAN:
Jury Publicatieprijs De Psycholoog
redactie@psynip.nl

INSPIRATIE – ER IS GEEN PLAN

Sabine Hunnius, hoogleraar Developmental Cognitive Neuroscience aan de Radboud Universiteit Nijmegen, directeur van het Baby en Child Research Center. Ook is zij lid van de redactieraad van De Psycholoog.

Ik ben altijd geïnteresseerd geweest in de ontwikkeling van mensen. Het gekke is: de ontwikkeling die je zelf doormaakt, heb je bijna niet door. Je hebt altijd het gevoel dat je gewoon jezelf blijft. Toch ontwikkel je je.

In mijn kindertijd dacht ik voortdurend: nu weet ik alles. Als je naar school gaat, zeggen mensen dat je veel gaat leren en dat je zult veranderen. Maar vooraf kun je je daar helemaal geen voorstelling van maken. Je hebt geen idee waar de reis naartoe gaat. Zo ervoer ik het. Alleen bij lezen was het anders. Voor ik kon lezen, keek ik naar een tekst en dacht: ik snap niet hoe mensen hier iets zinvol uit kunnen halen. En toen leerde ik zelf lezen...

Veel mensen weten waar ze naartoe willen of wat ze willen weten, maar dat heb ik eigenlijk nooit gehad, ook niet als volwassene. Ik had geen finale gedachte als: ik word hoogleraar... Ik dacht alleen: nu doe ik dit en dat vind ik heel leuk.

MAAR JA...

O jé... straks staat dit op papier; dan staat er dat ik geen grote visie heb van wat ik met mijn leven wil, dat ik overal inrol. Maar ja... het is wel de waarheid. Hoe wel... het klinkt moeiteloos en dat is het niet. Ik heb steeds dingen gedaan die me spannend leken, maar dat deed ik wel vol passie en overgave.

Eigenlijk doen kinderen dat op dezelfde manier. Ze denken vooraf ook niet: ik moet straks kunnen lopen en communiceren. Een kind doet bepaalde dingen die op een bepaald moment zijn interesse wekken. Een baby wil iets pakken dat buiten zijn bereik ligt en dan gaat hij zo lang proberen, tot hij omrolt en het lukt. In die zin hebben we het nu dus over iets essentieels. Het is hoe ik ontwikkeling zie. Er is geen groot vooropgezet plan: daar gaat een mens naartoe en in maand zoveel kan een baby dit en dat. Ontwikkeling voltrekt zich telkens weer op het moment zelf, door interactie met de omgeving.

Veel ontwikkelingspsychologen zijn bezig met het beschrijven van ontwikkeling, maar dat is niet genoeg. Je moet ook begrijpen welke mechanismen eraan ten grondslag liggen. Wat is er nodig om een volgende stap in de ontwikkeling te kunnen nemen? Dat klinkt triviaal, maar dit is wat de ontwikkelingspsychologie nodig heeft om verder te komen.

Wat me eveneens bevreemdt is hoe we belangrijke beslissingen nemen in ons leven. Welke studie ga je doen, welke baan wil je, waar ga je wonen, welke partner neem je? Op het moment dat je die beslissingen neemt, doe je dat doorgaans weloverwogen. Maar of je een goed of slecht besluit neemt, kun je totaal niet overzien. De redenen die maken dat het besluit goed of slecht is, ken je nog helemaal niet. Toen ik besloot om naar Groningen te gaan om te promoveren, nam ik dat besluit omdat ik het laboratorium daar leuk vond en de mensen ook. Maar dat het uiteindelijk een goede beslissing is geweest, heeft te maken met



dat ik er veel geleerd heb en dat ze experimenteel onderzoek deden met baby's. Dat gebeurde in die tijd nog weinig, maar zou later een hoge vlucht nemen. Vooraf wist ik dat allemaal nog niet, dus dat woog niet mee in mijn beslissing.

DUUR LAB

Op een gegeven moment werkte ik op een andere universiteit waar weinig ruimte was voor het onderzoek dat ik wilde doen: experimenteel neurowetenschappelijk onderzoek bij jonge kinderen, waarmee we in Groningen waren begonnen. Daarvoor had ik een lab nodig, maar dat kost geld en dat moet een universiteit onder-



FOTO: LEONIE VAN DER LOCHT - HUIJBERS

Of je een goed of slecht besluit neemt, kun je totaal niet overzien

steunen. De hoogleraar met wie ik toen werkte en mijn collega's steunden mij wel, maar het management niet. Het was dezelfde universiteit waar de als fraudeur ontmaskerde Diederik Stapel destijds zat. Een manager zei tegen me: "Waarom heb je zo'n duur lab nodig? Kijk naar Stapel, die publiceert als een gek, maar dan zonder duur lab. Neem een voorbeeld aan hem!" Je kunt gewoon niet voor een dubbeltje op de eerste rang zitten – goed onderzoek kost geld en tijd.

Ik had direct na mijn promotie een vaste baan, een zeldzaamheid in de wetenschap, iedereen benijdde me

erom. Maar ik voelde me letterlijk vastzitten en nam ontslag. Ik werd weer postdoc, dit keer bij Harold Bekkering in Nijmegen. Ik had hem leren kennen als betrokken vader van een van onze proefpersoonpjes. Hij mailde mij met de vraag of ik iemand wist die in Nijmegen een babylab kon opbouwen. Hij had net een Vici-subsidie toegekend gekregen. Ik schreef terug: "En wat als ik zelf belangstelling zou

hebben?" Harold kon me alleen tijdelijk een plaats bieden, toch heb ik de sprong gewaagd. We hebben samen veel goed onderzoek gedaan. Later ben ik zelfstandig verder gegaan. Dat hij me daarin stimuleerde, was heel genereus. Hij had me ook onder zijn hoede kunnen laten doorwerken. Ik ben er achteraf allemaal heel blij om. Als er een belangrijk moment is geweest in mijn loopbaan, dan is het dat.

In de DSM-5 is de diagnosestelling van een verstandelijke beperking aangepast ten opzichte van de DSM-IV. Hierbij is het accent verschoven van het Intelligentie Quotiënt (IQ) naar beperkingen in het adaptief functioneren. In onderhavig onderzoek wordt de pilotversie van een nieuwe schaal getest, die het conceptuele, sociale en praktische functioneren van cliënten in kaart brengt: de Adaptieve Vragenlijst Verstandelijke Beperking (AVVB).

ONTWIKKELING EN ONDERZOEK VAN DE ADAPTIEVE VRAGENLIJST VERSTANDELIJKE BEPERKING

LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING IN DE DSM-5: HET BELANG VAN ADAPTIEF FUNCTIONEREN

INLEIDING

Sinds een aantal jaren neemt de aandacht in Nederland voor het herkennen van een verstandelijke beperking toe. Echter, uit recent onderzoek van Nieuwenhuis et al. (2017) lijkt het aantal mensen op algemene psychiatrische opnameafdelingen dat op een beperkt verstandelijk niveau functioneert groter dan gedacht. Deze mensen hebben een verhoogde kans gedwongen opgenomen te worden en worden vaker met dwangmaatregelen tijdens opnamen geconfronteerd.

Verschillende onderzoeken wijzen er verder op dat binnen de forensische psychiatrie en in de gevangenispopulatie het percentage verstandelijk beperkten tussen de 20 en 35 procent ligt (Kaal, Nijman & Moonen, 2015; Kaal, 2016).

Om zowel onder- als overdiagnostiek te voorkomen is het belangrijk dat clinici weten hoe zij een verstandelijke beperking kunnen herkennen en diagnosticeren. De in 2014 verschenen Nederlandse versie van de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) geeft daar handvatten voor.

Om zowel onder- als overdiagnostiek te voorkomen is het belangrijk dat klinici weten hoe zij een verstandelijke beperking kunnen herkennen en diagnosticeren

Ten opzichte van de DSM-IV zijn een aantal veranderingen doorgevoerd, waaronder de classificatiecriteria voor het concept 'verstandelijke beperking' (American Psychiatric Association, 2013). In de DSM-IV werd gesproken van zwakzinnigheid (*mental retardation*), wanneer sprake is van een Intelligentie Quotiënt (IQ) van ongeveer 70 of lager, tekorten of beperkingen in het aanpassingsgedrag, en de aanvang voor het achttiende jaar plaatsvindt. Daarnaast wordt genoemd dat mensen met een IQ van 71 tot 84, samengaand met 'reden voor zorg' geclassificeerd mogen worden met zwakbegaafdheid (APA, 2006). In de DSM-5 is de term aangepast van zwakzinnigheid naar verstandelijke beperking (of verstandelijke ontwikkelingsstoornis) (APA, 2013). De aparte categorie – een V-code – voor zwakbegaafdheid blijft bestaan, maar zonder IQ-criteria. Ook andere criteria ontbreken, waardoor een beroep wordt gedaan op de beoordeling van de clinicus (Kaldenbach, 2015). De definitie van verstandelijke beperking (APA, 2014) bestaat nu uit drie classificatiecriteria: deficiënties in de intellectuele functies, deficiënties in het adaptief functioneren en een aanvang gedurende de ontwikkelingsperiode. Het belangrijkste verschil met de DSM-IV is dat de mate van ernst van de verstandelijke beperking niet meer primair bepaald wordt aan de hand van een individuele, gestandaardiseerde IQ-score, maar door middel van het adaptief functioneren. De DSM-5 vereist hierbij een gevalideerd meetinstrument voor adaptief functioneren, daar de ernst van de beperking wordt bepaald door dit functioneren (APA, 2014). Een dergelijk observatieinstrument, dat zowel het conceptuele, sociale als praktische domein van functioneren in kaart brengt, bestond echter, voor zover wij weten, nog niet of is te verouderd om nog goed te kunnen gebruiken.

Adaptief functioneren wordt gedefinieerd als het vermogen van een persoon om effectief in de wereld te

kunnen functioneren (Tassé et al., 2012). Wanneer geen blijvende ondersteuning wordt geboden, zal de persoon problemen ervaren op één of meerdere aspecten van het dagelijks leven (APA, 2014). Het blijft van belang ook de intellectuele disfunctie te diagnosticeren, omdat dit de cognitieve aard van de beperking kan vaststellen. Het adaptief functioneren toont aan in welke mate dit cognitief functioneren het dagelijks leven belemmert (Murray et al., 2014). Hoe beter men in beeld heeft welke beperkingen en vaardigheden een persoon heeft in het dagelijks leven, hoe beter de begeleiding of behandeling hierop kan aansluiten. Dit verkleint de kans op over- en ondervraging (Ponsioen & Plas, 2014).

Het classificeren volgens de DSM-5-criteria door het meten van het adaptief functioneren kan bij mensen aan de bovenkant van de range, in geval van zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking (LVB), moeilijker zijn dan bij mensen met een matig, ernstig of zeer ernstig verstandelijke beperking. Dit heeft te maken met het feit dat mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking zich wat betreft (uiterlijke) kenmerken weinig onderscheiden van mensen zonder een verstandelijke beperking en vaak kunnen zij vrij adequaat gebruik maken van taal. De beperking kan hierdoor gecamoufleerd worden (Schalock et al., 2010). De problemen die mensen met zwakbegaafdheid of een licht verstandelijke beperking door een lager adaptief functioneren ervaren, kunnen echter groot zijn, omdat zij regelmatig overvraagd worden door hun omgeving (Schalock et al., 2010). Het is dan ook van belang voor deze doelgroep een adequaat meetinstrument voor het meten van adaptief functioneren te ontwikkelen. Om deze redenen hebben wij begin 2015 de Adaptieve Vragenlijst Verstandelijke Beperking (AVVB; Jonker et al., 2015) ontworpen.

De huidige pilotstudie werd uitgevoerd om de psychometrische kwaliteit en bruikbaarheid van de AVVB te onderzoeken, als start van een groter onderzoek naar dit instrument. Ten eerste werd de betrouwbaarheid beoordeeld, waarbij gekeken werd naar de interne consistentie en de *interrater reliability* (IRR). Ten tweede werd een valideringsonderzoek uitgevoerd, waarbij voor de convergente validiteit de scores op de AVVB werden vergeleken met die van de Sociale Redzaamheid Schaal (SRZ-P; Kraijer et al., 1994; 2004). Het vergelijken van de AVVB met de SRZ-P is relevant, omdat beide tests een vergelijkbaar construct beogen te meten. De SRZ-P werd oorspronkelijk echter ontwikkeld in het begin van de jaren zeventig van de vorige eeuw, waardoor items over een aantal recente, aan internet, sociale media en mobiele

telefonie gerelateerde vragen ontbreken. Daarnaast is zelfredzaamheid, wat de SRZ-P beoogt te meten, een onvolledig construct voor het bepalen van adaptief functioneren. Tevens wordt het resultaat van de SRZ-P in algemene zin weergegeven, waarbij weinig gezegd kan worden over de begeleiding die iemand nodig heeft (Bruijn, Buntinx & Twint, 2014; Palmen & Didden, 2008). De verwachting was echter dat de scores op de SRZ-P en de AVVB positief zullen correleren.

Voor de divergente validiteit werd de AVVB vergeleken met de *Adult Behavior Checklist* (ABCL; Achenbach & Rescorla, 2003). Dit is een vragenlijst om psychopathologie in de algemene populatie te meten. Onderzoek van Tenneij en Koot (2007) heeft uitgewezen dat de Nederlandse versie van de ABCL ook bruikbaar en valide is in een LVB-populatie. De reden dat de AVVB werd vergeleken met de ABCL is dat de doelgroep waarbij de pilotstudie werd uitgevoerd, naast een licht verstandelijke beperking, ook psychische problemen heeft. Deze problemen kunnen een negatief effect hebben op het adaptief functioneren (Didden & Moonen, 2013). Als uit het onderzoek blijkt dat dit verband bestaat, kan dit voor de AVVB betekenen dat de kans op vals positieven groter wordt (mensen bij wie een licht verstandelijke beperking vastgesteld wordt, maar dit niet hebben) naarmate hun psychopathologie en psychiatrisch toestandsbeeld ernstiger zijn. Om deze reden is het wenselijk dat de AVVB niet (sterk) samenhangt met de ABCL.

METHODE

PARTICIPANTEN Voor het huidige onderzoek werden cliënten geselecteerd die allen opgenomen waren in behandelinstelling Wier, een kliniek voor mensen met zwakbegeerdheid of een licht verstandelijke beperking en ernstige gedrags- en/of psychische problemen. Wier is onderdeel van Expertisecentrum de Borg, een samenwerkingsverband tussen instellingen voor SGLVG-problematiek (Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt).

De selectie vond plaats op basis van een IQ-score gemeten met de WAIS-III, WAIS-IV en *Wechsler Intelligence Scale for Children – Third Edition* (WISC-III) die niet ouder was dan vier jaar. Wechsler (2012) noemt dat de testscore twee jaar betrouwbaar is. Uit verschillende onderzoeken blijkt evenwel dat IQ een vrij vaststaand construct is en dat individuele betrouwbaarheidsintervallen weinig fluctueren over de jaren (Luteijn et al., 2011; Must et al., 2009). Na selectie konden vijftig participanten worden geïncludeerd in het onderzoek. Van drie participanten zijn geen vragenlijsts-

ten geretourneerd en deze gelden als non-respons. Daarmee werden uiteindelijk 47 participanten geïncludeerd, waarvan 39 mannen waren en acht vrouwen. Dit verschil kan grotendeels verklaard worden door de man-vrouw verhouding in de kliniek (75% man).

Een poweranalyse wees uit dat een totaal van minstens 42 participanten gewenst was bij een gemiddelde effectsize ($\rho = .5$, tweezijdig, 95% betrouwbaarheidsinterval). De gemiddelde leeftijd van de totale steekproef was 35.09 jaar ($SD = 10.04$), de minimumleeftijd was 19 jaar, de maximumleeftijd 57 jaar. De gemiddelde IQ-score was 66.94 ($SD = 6.63$).

Het is wenselijk dat de AVVB niet (sterk) samenhangt met de ABCL

MEETINSTRUMENTEN *Adaptieve Vragenlijst Verstandelijke Beperking*: De AVVB is een nieuw ontworpen vijfpuntvragenlijst bestaande uit 63 items over vijf schalen om het adaptief functioneren van mensen met een licht verstandelijke beperking te meten.¹ De AVVB werd samengesteld door experts op het gebied van de LVB-populatie op basis van de classificatiecriteria in de DSM-5 en klinische ervaring met de doelgroep en was daarnaast geïnspireerd op eerder verschenen vragenlijsten, zoals de SRZ-P (Kraijer & Kema, 1994) en de *Vineland Adaptive Behavior Scale* (VABS, Sparrow et al., 1984). In de AVVB wordt ook rekening gehouden met het belang van protectieve factoren. Deze zijn onder andere gebaseerd op de *Structured Assessment of Protective Factors* (SAPROF), een instrument dat met name in de forensische psychologie wordt gebruikt bij risicotaxatie en uitgaat van beschermende factoren voor het voorkomen van een geweldsdelict (De Vogel et al., 2007).

De ontwikkelde testversie van de AVVB bestaat uit 63 items verdeeld over vijf subschalen die de persoonlijk begeleider van de cliënt invult. Deze vijf subschalen brengen de volgende domeinen in kaart, waarbij de antwoorden op glijdende 5-puntsschalen, lopend van 1 (voert de vaardigheid niet uit, ook niet met hulp) tot en met 5 (voert de vaardigheid geheel zelfstandig uit), worden gescoord:

1 De AVVB kan bij F. Jonker worden opgevraagd:: femke.jonker@hetnet.nl.

- (Basale) zelfzorg en hygiëne (7 items);
- het vermogen om een huishouden te runnen (8 items);
- overig zelfstandig functioneren (20 items);
- deelname sociaal verkeer (18 items);
- executieve functies: inhibitiesvermogen, gevolgen overzien & plannen en organiseren (10 items).

De AVVB is ontworpen om ingevuld te worden door andere informanten dan de cliënt zelf, zoals begeleiders of anderen die een cliënt goed kennen (bijvoorbeeld ouders/verzorgers of de partner van een cliënt). De reden hiervoor is dat cliënten vaak beperkt inzicht hebben in hun beperking en zichzelf hierdoor kunnen overschatten (Didden & Moonen, 2013). De kans op bias is in geval van zelfrapportage groter, dan wanneer gebruik wordt gemaakt van derden (Tenneij & Koot, 2007). Dit komt overeen met bestaande Amerikaanse tests, zoals de *Adaptive Behavior Assessment System Second Edition* (ABAS-II). De ABAS-II is ontworpen op basis van de drie domeinen van adaptief gedrag zoals opgesteld door de AAMR (Harrison & Oakland, 2004) en kent een goede psychometrische kwaliteit. Van de ABAS-II bestaat echter voor zover wij weten geen Nederlandse vertaling en bovendien is adaptief functioneren deels cultuurgebonden (Schalock et al., 2010), waardoor niet gezegd is dat deze test bruikbaar is in Nederland.

De AVVB is ontworpen om ingevuld te worden door andere informanten dan de cliënt zelf

Sociale Redzaamheidsschaal voor Verstandelijk Gehandicapten van Hoger Niveau: De SRZ-P is een sociale redzaamheidsschaal voor mensen met een verstandelijk beperkt en zwakbegaafd functioneringsniveau met 63 items, die zijn onderverdeeld in drie sub-schalen. De sub-schaal Zelfredzaamheid I (15 items; poetst tanden, verzorgt haren, knipt nagels) is een weergave van dagelijkse vaardigheden. De tweede sub-schaal, Zelfredzaamheid II, bevat 15 items die meer complexe en sociale vaardigheden weergeven (bakt een ei, gebruikt openbaar vervoer, kan een relatie aangaan). De derde sub-schaal is Verbaal-Numeriek en bevat 17 items met betrekking tot cognitieve vaardigheden (klokkijken, lezen,

schrijven). Daarbij blijven 16 items over die gelden als restcategorie. De items worden dichotoom gescoord ('+' wanneer de vaardigheid aanwezig is, '-' als de vaardigheid afwezig is). Een hoge score op de SRZ-P duidt op een hoge mate van zelfstandigheid. De SRZ-P wordt doorgaans door twee begeleiders (samen) ingevuld (Kraijer et al., 2004). De COTAN (1995) heeft de psychometrische kwaliteit van de SRZ-P als goed beoordeeld, zowel betrouwbaarheid ($\alpha > .90$) als validiteit ($\rho > .70$ voor convergente validiteit), maar de normen zijn verouderd, evenals de test zelf.

Adult Behavior Checklist: De ABCL is ontworpen om psychopathologie te meten bij een algemene populatie. De lijst is betrouwbaar en valide gebleken in het gebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking en wordt ingevuld door andere informanten dan de cliënt zelf, wat de kans op bias minder groot maakt (Tenneij & Koot, 2007). De ABCL bestaat uit 118 items, de subschalen Angstig/Depressief (eenzaam, huilt veel, angstig), Teruggetrokken (gesloten, geen vrienden, praat niet) en Somatische Klachten (moe, hoofdpijn, huidproblemen) vormen de Internaliserende schaal. Agressief Gedrag (beschadigt/verniet spullen, schreeuwt, is gemeen), Regel-Overtredend Gedrag (drugs, steelt, geen schuldgevoel) en Opdringerig (wil aandacht, pest, is luidruchtig) vormen samen de Externaliserende schaal. De Internaliserende en Externaliserende schaal vormen samen met de schalen Gedachtenproblemen (hoort stemmen die er niet zijn, vreemde ideeën, suïcidale uitspraken) en Aandachtsproblemen (concentratieproblemen, kan niet plannen, verliest spullen) de totaalscore. De items worden gescoord op een driepunts-Likertschaal (1='niet waar', 2='beetje/soms waar'; 3='helemaal waar'). Een hoge score op de ABCL duidt op grotere problematiek veroorzaakt door psychopathologie (Achenbach & Rescorla, 2003). Onderzoek van Tenneij en Koot (2007) wijst op een voldoende tot uitstekende interne consistentie ($\alpha = .69$ tot $\alpha = .94$) en een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ($\alpha = .57$ tot $\alpha = .76$). De divergente validiteit lijkt voldoende ($\rho > .20$ < $.48$), hoewel meer onderzoek nodig is.

PROCEDURE In behandelinstelling Wier wordt in het kader van behandelevaluatie en Routine Outcome Monitoring (ROM), naast een aantal andere instrumenten, twee keer per jaar voor elke opgenomen cliënt de ABCL ingevuld. Voor de aan dit onderzoek deelnemende cliënten werd de meest recente ABCL-score gebruikt. Voor de AVVB werden twee Eerst Verantwoordelijke Verpleegkundigen (EVV'ers) gevraagd de

lijst onafhankelijk van elkaar in te vullen. Tussen het invullen van de twee lijsten zat maximaal veertien dagen. Het invullen van de AVVB nam gemiddeld vijftien minuten in beslag. De SRZ-P werd door één evv'er ingevuld en nam tevens een kwartier in beslag. evv'ers werden geïnstrueerd door middel van een instructieformulier bij de tests, via e-mail en mondeling door de onderzoekers.

SOFTWARE EN STATISTISCHE ANALYSES Ten eerste werd voor de poweranalyse gebruik gemaakt van G*Power 3.1, aanbevolen in Field (2005). De overige statistische analyses werden uitgevoerd met het programma *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 22.0. Missende data werden door middel van Multipele Imputatie (MI) toegevoegd. Hoewel dit, zoals alle statistische analyses, geen methode zonder nadelen is, wordt MI gezien als een goede methode om missende data te vervangen (White, Royston & Wood, 2010). Voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is de Intraclass Correlatiecoëfficiënt (ICC) gebruikt.

RESULTATEN

BESCHRIJVENDE STATISTIEK De assumptie van normaalverdeling is voor alle instrumenten getest en niet geschonden. Uit de AVVB zijn de items 12 ('Doet boodschappen voor de maaltijd'), 15 ('Doet kleine klusjes in huis'), 31 ('reist zelfstandig met het openbaar vervoer') en 32 ('Maakt verantwoord gebruik van OV-chipkaart') verwijderd, omdat deze items grote aantallen (>20%) missende data bevatten. Dit zal te maken hebben met het feit dat veel van de onderzochte cliënten opgenomen zijn en door restricties en een gebrek aan vrijheden deze vaardigheden niet hebben kunnen demonstreren. Na verwijdering van deze items was de minimaal te behalen score op de AVVB 59 punten, de maximale score 295. De laagst waargenomen score in de onderzochte steekproef was 79 punten en de hoogst waargenomen score 286 punten.

BETROUWBAARHEID *Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid:* Voor 34 van de 47 participanten van de steekproef (72%) hadden beide evv'ers de AVVB ingevuld. Eén participant had meer dan tien procent missende waarden en werd om deze reden geëxcludeerd. In Tabel 2 zijn de resultaten van de verschillende schalen en totaalscore van de AVVB opgenomen. Alle subschalen hadden een significante interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, waarbij de subschalen Zelfzorg en Hygiëne en Deelname Sociaal Verkeer beoordeeld kunnen worden als goed en de overige schalen als uitstekend. Ook de interbe-

oordelaarsbetrouwbaarheid van de totale schaal kan worden beoordeeld als uitstekend ($ICC = .81, p < .001$).

Interne consistentie: De interne consistentie op schaalniveau werd met behulp van Cronbach's alpha onderzocht (zie tabel 1). Eén subschaal (Zelfzorg en Hygiëne) kan worden beoordeeld als goed, de andere subschalen worden beoordeeld als uitstekend. De interne consistentie van de totale AVVB was .98 ($n=18$).

VALIDITEIT *Convergente validiteit:* Om te meten in welke mate de AVVB samenhangt met bestaande vergelijkbare lijsten werd de SRZ-P gebruikt. Hieruit bleek een acceptabel significant verband (Pearson's $r = .72$). Conform de verwachting is gebleken dat alle sub-schalen van de AVVB in lage en acceptabele mate significant samenhangen met de SRZ-P. De resultaten zijn opgenomen in tabel 2. Aansluitend is onderzocht of de AVVB correleert met de WAIS (IV, III) en WISC-III. Deze verbanden bleken niet significant.

Divergente validiteit: De samenhang tussen de AVVB en de aanwezigheid en ernst van psychopathologie is gemeten met de ABCL. De resultaten ($n=19$) bleken niet significant voor zowel de schalen Internaliserende- en Externaliserende problematiek als de totaalscore. Wel werden negatieve correlaties waargenomen ($-.32, p = .18$; $-.17, p = .49$; $-.34, p = .16$). Het ontbreken van een verband tussen de ABCL en AVVB is conform de verwachting en ondersteunt de hypothese dat de AVVB divergente validiteit ten opzichte van de AVVB lijkt te bezitten, echter het aantal cliënten waarvoor dit verband onderzocht kon worden (in verband met ontbrekende ABCL-gegevens) was beperkt ($n=19$).

DISCUSSIE

Met de verandering van classificatiecriteria in de DSM-5 is het noodzakelijk geworden een gevalideerd instrument te ontwikkelen voor het meten van adaptief functioneren bij mensen met zwakbegaafdheid of een (licht) verstandelijke beperking. Om die reden werd de Adaptieve Vragenlijst Verstandelijke Beperking ontworpen. Deze pilotstudie was een eerste aanzet tot het onderzoeken van de validiteit en betrouwbaarheid van de AVVB. De conclusies dienen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden omdat het onderzoek in slechts één instelling is gedaan en omdat – door uitval van participanten – de uiteindelijke steekproefgrootte kleiner was dan de eerder uitgevoerde poweranalyse vereiste. In de huidige, beperkte steekproef bleek de

TABEL 1. BETROUWBAARHEID VAN DE AVVB SUBSCHALEN

	CRONBACH'S α	ICC (N=33)
Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen	.85 (n=32)	.66*
Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen	.91 (n=27)	.82**
Overig Zelfstandig Functioneren	.93 (n=23)	.77**
Deelname Sociaal Verkeer	.94 (n=29)	.71**
Executieve Functies	.94 (n=32)	.83**
Totaalscore AVVB	.98 (n=18)	.81**
Noot: * $p < .01$; ** $p < .001$		

TABEL 2. SAMENHANG TUSSEN SRZ-P EN AVVB SCHALEN

	PEARSON'S r (n=30)
Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen	.55*
Huishoudelijke Dagelijkse Levensverrichtingen	.70**
Overig Zelfstandig Functioneren	.73**
Deelname Sociaal Verkeer	.61**
Executieve Functies	.59*
Totaalscore AVVB	.72**
Noot: * $p < .01$; ** $p < .001$	

betrouwbaarheid van de AVVB goed tot uitstekend te zijn. Zowel de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid als de interne consistentie bleken hoog. De betrouwbaarheid van de AVVB werd verder onderbouwd met goede resultaten voor de vijf afzonderlijke sub-schalen. De resultaten impliceren dat scores op de AVVB op een stabiele en consistente wijze tot stand komen. Vervolgonderzoek in meerdere instellingen met een grotere steekproef zou zich onder andere kunnen richten op de vraag of de huidige vijf factoren van de AVVB een valide indeling is, of ook onderverdeeld kan worden in het drie factorenmodel dat de DSM-5 hanteert, waardoor de score op de AVVB makkelijker te vertalen kan zijn naar een DSM-5 classificatie.

Conform de verwachting werd de validiteit van de AVVB onderbouwd met een acceptabele convergente validiteit ten opzichte van de SRZ-P. Dit ondersteunt de hypothese dat er een verband bestaat tussen beide instrumenten en er gedeeltelijk een vergelijkbaar construct gemeten wordt. De gevonden correlatie was niet heel hoog wat kan wijzen op

een wat beperkte validiteit van de AVVB. Dat dit verband niet hoger is, hoeft echter niet ongunstig te zijn voor de AVVB aangezien de test uitgebreider is dan de SRZ-P. Bovendien is rekening gehouden met vaardigheden passend bij deze tijdsgeest, zoals het gebruik van sociale media en de omgang met mobiele telefoons. Daarnaast verschillen beide instrumenten in scoringsmogelijkheden. De AVVB biedt met vijfpuntschalen meer mogelijkheden tot antwoorddifferentiatie en daarmee mogelijk ook meer praktisch inzicht in de ondersteuningsbehoeften van een persoon.

In het huidige onderzoek werd een gemiddelde positieve correlatie gevonden tussen de AVVB en intelligentietests, die niet significant bleek. In de huidige pilotstudie werden echter alleen cliënten geïnccludeerd uit een instelling voor cliënten met licht verstandelijke beperkingen, waardoor de spreiding van IQ-cijfers beperkt was. Dit zal de kans op het vinden van een correlatie tussen het IQ en de AVVB-uitslagen verminderd hebben. Dit zou verder onderzocht kunnen worden door ook een doelgroep te selecteren met een meer gemiddelde

intelligentie. Ten tweede is er in dit onderzoek voor gekozen om IQ-metingen van zowel de WAIS-III als de WAIS-IV te includeren, wat onder andere door het zogenaamde Flynn-effect, invloed kan hebben gehad op de resultaten van het onderzoek. Echter, tussen de WAIS-III en WAIS-IV is slechts een beperkt Flynn-effect geconstateerd. Uit het normeringsonderzoek van de WAIS-IV (Pearson Assessment & Information, 2012) blijkt dat de score op de WAIS-III gemiddeld 3,3 punten hoger uitkomt, maar dit kan ook veroorzaakt zijn door een hertest-effect omdat de WAIS-III steeds werd afgenomen nadat de WAIS-IV was afgenomen. Ten derde is een IQ-test helaas ook geen gouden standaard. Als verschillende intelligentietests worden afgenomen bij dezelfde persoon is het verschil in een kwart tot de helft van de gevallen tien IQ-punten of meer (Pearson Assessment & Information, 2012; Van Toorn & Bon, 2011). Ten vierde kan het ontbreken van een significante correlatie betekenen dat adaptief functioneren en cognitieve intelligentie toch deels verschillende constructen zijn. Het is niet voor niets dat beide constructen nodig zijn om een verstandelijke beperking te classificeren volgens de richtlijnen van de DSM-5. Mogelijk wordt bij een grotere steekproef, waarbij meer differentiatie bestaat tussen IQ-scores, een significante correlatie gevonden.

De validiteit van de AVVB werd verder onderbouwd aan de hand van de divergente validiteit ten opzichte van de ABCL. Er werd geen significante correlatie gevonden tussen de ABCL en de AVVB, wat impliceert dat psychiatrische problematiek weinig effect lijkt te hebben op het adaptief functioneren, maar deze bevinding was gebaseerd op de gegevens van de AVVB bij een beperkt aantal cliënten. Dit onderzoek werd uitgevoerd in een instelling waar alle participanten naast een verstandelijke beperking ook (co-morbide) psychopathologie en gedragsproblematiek hebben. De aanwezigheid hiervan kan effect hebben gehad op het adaptief functioneren (Didden & Moonen, 2013) en de uitslag vertekend hebben. Door in vervolgonderzoek ook personen te testen zonder co-morbide psychopathologie kan de invloed van psychiatrische problematiek op het adaptief functioneren verder onderzocht worden.

Naast de hierboven beschreven implicaties voor vervolgonderzoek kan de AVVB nu al gebruikt worden om de DSM-5 diagnose van een verstandelijke beperking te ondersteunen. De AVVB vraagt immers de vaardigheidstekorten uit die in de DSM-5 zijn opgenomen als criteria voor een verstandelijke beperking, en dat blijkt met een behoorlijke goede (interbeoordelaars)betrouwbaarheid te kunnen. De inschatting van de ernst van de verstandelijke beperking zal nog moeten gebeuren op basis van een klinische inschatting. Vervolgonderzoek dient zich te richten op het maken van normeringen voor zwakbegaafdheid en (lichte, matige etc.) verstandelijke beperking. De AVVB-score dient dan niet alleen te worden afgezet tegen een intelligentiescore, maar ook tegen de mate van (woon)ondersteuning die een cliënt krijgt. De AVVB kan in de toekomst mogelijk worden gebruikt bij het samenstellen van woon- en dagbestedingsprofielen en als hulpmiddel bij de aanvraag van een woon- of dagbestedingsindicatie. De AVVB kan daarnaast worden gebruikt om begeleiders alerter te maken op vaardigheidstekorten bij hun cliënten omdat cliënten met een LVb makkelijk overschat worden (Ponsioen & Plas, 2014). Hoewel intelligentie zelf niet 'behandeld' kan worden, kan het adaptief functioneren wél verbeterd worden door ontbrekende vaardigheden te trainen.

Door het programma Kwaliteit Forensische Zorg van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) en het ministerie van WVS is een subsidie toegekend waarmee momenteel in samenwerking met expertisecentrum De Borg een grootschaliger onderzoek wordt uitgevoerd in een aantal behandelinstellingen waarin de psychometrische kwaliteiten van de AVVB verder worden getest.

OVER DE AUTEURS

Sophie Kruisdijk, MSc, is als basispsycholoog werkzaam bij De Forensische Zorgspecialisten. Femke Jponker, MSc, is GZ-psycholoog i.o.t. specialist en werkzaam bij Pro Persona. Dr. Laurette Goedhard is psychiater-manager. Prof. dr. Henk Nijman is bijzonder hoogleraar Forensische Psychologie en lid van het Behavioural Science Institute van de Radboud Universiteit Nijmegen, en senior onderzoeker bij Fivoor. Correspondentie aangaande dit artikel: skruisdijk@hoevenkliniek.nl.

Als verschillende intelligentietests worden afgenomen bij dezelfde persoon is het verschil in een kwart tot de helft van de gevallen tien IQ-punten of meer

Summary

INTELLECTUAL DISABILITY IN THE DSM-5: THE IMPORTANCY OF ADAPTIVE FUNCTIONING DEVELOPMENT AND TESTING OF THE ADAPTIVE QUESTIONNAIRE INTELLECTUAL DISABILITY (AVVB)

S.H. KRUISDIJK, F.J.R. JONKER, L.E. GOEDHARD & H.L.I. NIJMAN

In the DSM-5 the diagnosis of intellectual

disability is revised from the DSM-IV diagnosis of mental retardation. The diagnosis was based on IQ, whereas in the DSM-5 the severity is based on adaptive functioning. In this context, the researchers developed the *Adaptive Questionnaire Intellectual Disability* (Adaptieve Vragenlijst Verstandelijke Beperking). The inter-rater reliability (IRR) was tested, as well as the convergent and

divergent validity. The IRR of the scales were all significant and can be reviewed good to excellent, the IRR of the total score was significant and excellent. As expected, we found a fair convergent validity and no significant correlation for the divergent validity. The first results indicate that the AVVB might be a reliable and valid instrument to measure adaptive functioning.

Literatuur

- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2003). *Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychiatric Association (2006). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR* (3rd ed.). Amsterdam: Pearson.
- American Psychiatric Association (2013). *Belangrijkste wijzigingen van DSM-IV naar DSM-V*. Amsterdam: Boom.
- American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Amsterdam: Boom.
- Beail, N. (2003). Utility of the Vineland Adaptive Behavior Scales in diagnosis and research with adults who have mental retardation. *Mental Retardation*, 41, 286-289.
- Bruijn, J., Buntinx, W. & Twint, B. (2014). *Verstandelijke beperking: definitie en context*. Amsterdam: SWP.
- Cicchetti, D.V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284-290.
- Didden, R. & Moonen, X. (2013). *Met het oog op behandeling: Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking*. Den Dolder: Expertisecentrum de Borg.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London, United Kingdom: Sage Publications Ltd.
- Kaal, H.L., Nijman, H.L.I. & Moonen, X.M.H. (2015). Identifying offenders with an intellectual disability in detention in the Netherlands. *Journal of Intellectual Disabilities and Offending Behavior*, 6, 94-101.
- Kaal, H.L. (2016). *Prevalentie licht verstandelijke beperking in het justitiedomein*. Leiden: Hogeschool Leiden.
- Kaldenbach, Y. (2015). *De verstandelijke beperking (verstandelijke ontwikkelingsstoornis) in de DSM-5*. Amsterdam: Boom.
- Kraijer D.W. & Kema G.N. (1994). *Sociale redzaamheidsschaal voor zwakzinnigen van hoger niveau: handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Kraijer, D.W., Kema, G.N. & Bildt, A.A., de (2004). *SRZ en SRZ-i sociale redzaamheidsschalen: handleiding*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Luteijn, F., Barelds, D.P.H., Arrindell, W.A., Deelman, B.G., Kamphuis, J.H. & Vertommen, H. (2011). *Psychologische diagnostiek in de gezondheidszorg*. Den Haag: Boom Lemma.
- Murray, A., McKenzie, K. & Murray, G. (2014). To what extent does impact on conceptual, practical and social adaptive functioning in clinically referred children? *Journal of Intellectual Disability*, 58, 777-785.
- Must, O., Nijenhuis, J., Must, A., Vianen, A. van (2009). Comparability of IQ scores over time. *Intelligence*, 37, 25-33.
- Nieuwenhuis, J.G., Noorthoorn, E.O., Nijman, H.L.I., Naarding, P. & Mulder, C.L. (2017). A blind spot? Screening for mild intellectual disability and borderline intellectual functioning in admitted psychiatric patients: prevalence and associations with coercive measures. *Plos one*, 2, doi:10.1371/journal.pone.0168847.
- Palmen, A. & Didden, R. (2008). Aanleren en begeleiden van praktische vaardigheden bij jongeren met ASS: een rangorde in hulpmiddelen. *Begeleiding van kinderen en jongeren met autisme*, 176-187.
- Pearson Assessment & Information (2012). *WAIS-IV-NL: psychometrische eigenschappen* (pp. 14-15). Amsterdam: Pearson Assessment & Information B.V.
- Ponsioen, A., & Plas, J. (2014). Verstandelijke beperking. In P.J.M. Prins, & C. Braet (Ed.), *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie* (pp. 395 - 415). Amsterdam, Netherlands: Boom.
- Schalock, R.L., Borthwick-Duffy, S.A., Bradley, V.J., Buntinx, W.H.E., Coulter, Craig, E.M. ... Yeager, M.H. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports*. Washington, United States: AAIDD.
- Sparrow, S.S., Balla D.A., & Cicchetti, D. (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines, Minnesota, United States: American Guidance Service.
- Tassé M.J., Schalock R.L., Balboni G., Bersani H. Jr., Borthwick-Duffy, S.A. et al. (2012). The construct of adaptive behavior: its conceptualization, measurement, and use in the field of intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities* 117, 291-303.
- Teneij, N.H. & Koot, H. (2007). A preliminary investigation into the utility of the Adult Behavior Checklist in the assessment of psychopathology in people with low IQ. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 391-400.
- Toorn, B. van & Bon, C. (2011). De onbetrouwbaarheid van de IQ-meting. *De Psycholoog*, 46, 44-49.
- Wechsler, D. (2012). *Wechsler Adult Intelligence Scale IV-NL*. Amsterdam: Pearson.
- White, I.R., Royston, P. & Wood, A.M. (2010). Multiple Imputation using chained equations: Issues and guidance for practice. *Statistics in Medicine*. doi: 10.1002/sim.4067

Bent u accuraat, analytisch en heeft u oog voor detail?

De sectie GGZ van het NIP zoekt per direct een enthousiaste kandidaat met een kritische blik en interesse in financiële processen voor de functie van:

Penningmeester sectie GGZ NIP

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

Beoogde taken:

- In samenwerking met het NIP-bureau de sectiebegroting opstellen;
- Aanwezig bij de sectie bestuursvergadering (10x per jaar in Utrecht);
- Deelnemen aan de NIP-brede penningmeester overleggen (2x per jaar in Utrecht);
- 1x per jaar de financiële stand van zaken presenteren aan de achterban;
- Het ontwikkelen van het strategisch beleid en financiële beleid samen met de andere sectiebestuursleden, en het bewaken van de voortgang ervan.

Wat bieden wij u:

In de beschreven functie kunt u uw netwerk en uw beleidsbeïnvloeding vergroten in een bestuurlijk interessante omgeving. U wordt als penningmeester ondersteund door medebestuurders en medewerkers van het NIP bureau. De functie is op vrijwillige basis. Er is een reiskostenvergoeding en een vacatievergoeding van 50 euro per vergadering.

Wilt u wel uw expertise gebruiken om uw beroepsgroep verder te helpen, maar liever op een andere manier? Kijk dan op www.psynip.nl/sectieggz voor de overige vrijgekomen plekken binnen het bestuur of mail naar sectieggz@psynip.nl voor de mogelijkheden.

Kijk voor de volledige vacaturetekst op www.psynip.nl/ggz
U kunt voor meer informatie contact opnemen via sectieggz@psynip.nl


Nederlands Instituut van Psychologen **NIP**



APANTA-ACADEMY:
NÉT EVEN ANDERS



Emotion Focused Therapy (EFT) for Individuals UNIEK: EFT-aanbod gedoceerd door grondleggers

EFT Level I - 30 oktober t/m 2 november 2019

EFT Level II - start 18 februari (3 x 3 dagen)

Empathy & Empathic Attunement
- 16 t/m 18 mei 2019

Masterclasses 2019 Los te volgen

EFT for Complex Trauma - 15 & 16 maart

Focusing
• voorjaar: 16 & 17 april
• najaar: 20 & 21 september

EFT for Social Anxiety - 6 & 7 juni

**Persoonsgerichte
Experiëntiële Psychotherapie** VPEP-erkend

Basisopleiding - Start jaarlijks in januari

Voorgezette opleiding - Start in september

De bij- en nascholingen van Apanta-academy staan in het teken van het persoonsgerichte, experiëntiële gedachtegoed: niet de klacht, maar de unieke persoon en zijn beleving staan centraal.

www.apanta-academy.nl

LUSTRUMCONGRES

Baanbrekend

Laat je informeren en inspireren!

2 februari 2019, Academiegebouw Utrecht

Een greep uit het programma:
Ap Dijksterhuis – Op naar een gelukkige organisatie
Chantal Kroon – Contact maken bij psychose
Tim van Iersel – Dilemma's bij dementie
Errez Bar – Kortdurend behandelen in de GGZ
Kaz de Jong – Artsen zonder Grenzen

Schrijf je in voor € 69,95 op
WWW.BAANBREKEND2019.NL

**meesters
in de
psychologie**

HÉT PLATFORM VOOR PSYCHOLOGEN



FOTO: PETER VALCKX

JUNIOR – KIM SMEETS

'Omdat het functioneren van de hersenen me fascineerde, begon ik in 2006 met de opleiding Klinische Neuropsychologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Met het idee me later meer te specialiseren in het zorgveld, want de hulpverlening heeft me altijd al aangetrokken. De stage die ik volgde binnen een afdeling Medische Psychologie was voornamelijk gericht op diagnostiek. Dat vond ik mooi omdat je er een totaalbeeld mee krijgt van mensen en hun problematiek. Maar ik ontdekte ook dat ik de begeleidingskant heel interessant vind: één-op-één contact hebben met

een cliënt en dan kijken waar je iemand verder mee kan helpen.

Na mijn afstuderen in 2011 solliciteerde ik me suf naar een functie als basispsycholoog. Soms stuurde ik wel zes brieven per week, maar vergeefs. De markt was heel krap: weinig banen en heel veel sollicitanten. Dan leg je het al snel af want een werkgever zoekt vaak iemand met veel ervaring. Hetzelfde gold voor de gz-opleiding, daar kwam ik ook niet tussen. Ik kwam dus mijn studie uitgerold met een hoop theorie op zak, maar nauwelijks werkervaring. En dan is het moeilijk een volgende stap te zetten.

In die periode na mijn studie heb ik mazzel gehad dat ik uiteindelijk werd aangenomen als assistent-begeleider en medewerker gehandicaptenzorg bij de instelling Ons Tweede Thuis. Daar begeleidde ik een groep volwassenen met verstandelijke en/of lichamelijke beperking, autisme en psychiatrische problematiek. Hoewel het niet geheel in lijn was met mijn studie voelde ik me zeker niet overgekwalificeerd. Het bleek heel leerzaam werk.

WEESKINDEREN

Toen ik 25 was deed ik drie maanden vrijwilligerswerk in een weeshuis in Zambia. De welvaart is daar minder, dat zag je ook wel aan de kinderen, die niet dezelfde kansen krijgen als hier in het Westen. Dat



moment zelf dacht ik: dit gebeurt dus telkens weer. Straks komt er weer een nieuwe vrijwilliger van wie ze ook weer afscheid moeten nemen, en zo blijft dat doorgaan. Dat was wel een moment van inzicht in mijn eigen ontwikkeling: zulk vrijwilligerswerk kan twee kanten hebben. Het komt ook steeds meer in opspraak, dus gelukkig staan mensen meer stil bij de consequenties ervan. Toch was het vrijwilligerswerk in Zambia een hele waardevolle ervaring, ik heb er ook meer geleerd op eigen benen te staan.

INDIVIDUELE BEGELEIDING

Het jaar daarop ging ik als freelance begeleider werken op basisscholen. Ik bood persoonlijke begeleiding aan kinderen met gedrags-, concentratie- en emotieregulatieproblemen, die vaak in afwachting waren van overplaatsing naar speciaal onderwijs. Ik assisteerde de leerkracht door te begeleiden in de klas en een kind apart te nemen als ik zag dat het te druk werd. Dan ging ik bijvoorbeeld even naar buiten met zo'n jongetje, zodat hij weer een beetje tot rust kwam.

De kinderen met wie ik toen werkte voelden zich sneller 'anders', ze vielen vaak uit in de klas en hadden daardoor een laag zelfvertrouwen. Ik vind het ontzettend mooi om te zien wat persoonlijke aandacht kan doen en hoe een kind daarvan groeit.

Werken met kinderen geeft me sowieso veel energie en plezier, het is heel dynamisch, ze zijn heel fantasierijk en allemaal weer anders. Ik besloot me toen verder te specialiseren in de sociaal-emotionele kant van werken met kinderen. Dat werd de opleiding

Speltherapie aan de Inholland Academy, een hbo-opleiding.

VERTROUWENSBAND

Het voelde echt als de praktijk induiken, wat ik heel fijn vond. Tijdens mijn stage werkte ik met kinderen uit multiprobleemgezinnen. Als speltherapeut probeer je vanuit een rustige basishouding een vertrouwensband op te bouwen met een kind. Dat gaat spelenderwijs, en je moet daarbij niet te snel willen gaan. Dan laat het kind merken dat het ergens nog niet aan toe is door je niet toe te laten tot zijn spelwereld. Pas als je het vertrouwen hebt opgebouwd, kun je gaan deelnemen aan spelelementen en beginnen met samen iets op te bouwen.

Als therapeut neem je natuurlijk na verloop van tijd ook weer afscheid van een kind, maar toch anders dan bij die weeskinderen in Zambia. Bij kinderen die je in therapie hebt kun je dit meer structuren. Uiteindelijk hoop je ze een positieve ervaring te hebben geboden, waardoor kinderen met hechtingsproblemen een betere basis hebben om zich aan anderen te kunnen hechten.

Mijn loopbaan is tot nu toe een beetje een slingerweg geweest, maar inmiddels staat die wel op de rails. Ik ga werken bij Inter-eos, een brede jeugdzorgorganisatie in Noord-Holland. Daar kan ik als speltherapeut aan de slag, wat ik heel leuk vind. Nu ga ik echt de praktijk in, kan ik gaan werken in het verlengde van mijn opleidingen. Misschien ga ik me in de toekomst ook nog meer specialiseren als psycholoog. Maar vooralsnog ligt mijn focus op speltherapie. We zien wel wat de toekomst brengt.'

raakte me wel. Een jongetje zei bijvoorbeeld dat hij piloot wilde worden, maar je weet dat dat hoogstwaarschijnlijk niet zal lukken. Dat soort dingen vond ik wel triest. De mogelijkheden in het leven zijn erg afhankelijk van de plek waar je bent geboren.

In zo'n korte tijd kun je eigenlijk niet veel voor die weeskinderen doen, behalve hun leven voor het moment wat veraangenamen. Je bent daar maar voor bepaalde tijd, maar ondertussen hechten die kinderen zich wel aan je. En dan ga je weer weg, terwijl ze vaak al hechtingsproblematiek hebben. Het was voor mezelf ook moeilijk om weer terug naar huis te gaan, want ik had een band met ze opgebouwd. Van tevoren stel je je daar op in, maar op het

'De mogelijkheden in het leven zijn erg afhankelijk van waar je bent geboren'

ESSAY

HOE HET VOELT MENS TE ZIJN

GZ-psycholoog Rianne van de Weitgraven maakte een studiereis naar Zuid-Afrika. Doel was nader kennis te nemen van het gedachtegoed van neuropsycholoog en psychoanalyticus Mark Solms, een vooraanstaand man binnen het interdisciplinaire vakgebied van de neuropsychanalyse. 'In Nederland lijkt vooral de rede nog van belang te zijn als we nadenken over onze cliënten.'

De professor schreeuwt het uit van pijn en angst waarna hij geluiden maakt die passen bij genot. Zijn studenten kijken eerst verschrikt, daarna wat ongemakkelijk en later vooral verwonderd. Zij zijn zojuist getuige geweest van een reactie die een mens geeft wanneer je respectievelijk het dorsale en het ventrale gedeelte van het periaqueductaal grijs (PAG) stimuleert. Het PAG is een hersengebied dat zich in de hersenstam bevindt en onder andere helpt bij het voorspellen en verwerken van (emotionele) pijn. Tijdens dit college dat onderdeel is van het vak Introductie in de Neuropsycholo-

gie maken de studenten kennis met de ideeën van prof. dr. Mark Solms, neuropsycholoog, psychoanalyticus en hoofd van de afdeling neuropsychologie binnen de Universiteit van Kaapstad.

Solms is een vooraanstaand man binnen het interdisciplinaire vakgebied van de neuropsychanalyse. De neuropsychanalyse combineert het kijken naar het brein van buitenaf met het ervaren van het brein van binnenuit. Dit vakgebied gaat ervan uit dat het brein niet enkel een soort computer is die informatie verwerkt en gedrag aanstuurt (zoals de cognitieve psychologie veronderstelt), maar vooral de bron is van wat de geest wordt genoemd. Er is binnen de neuro-

psychoanalyse aandacht voor de centrale rol van affecten en emoties, het geheugen, het (onder) bewustzijn en meer. Door de technologische vooruitgang kunnen processen in het brein worden gerelateerd aan psychoanalytische concepten zoals verdringing en afweer en wordt ons begrip van het brein en de geest vergroot. Hierdoor zullen we als behandelaar, zo is mijn overtuiging, de persoon tegenover ons in de spreekkamer steeds beter leren kennen en kunnen helpen.

HOLISTISCH

Mijn behoefte als GZ-psycholoog om de cliënten met wie ik werk eer aan te doen en voorbij gedrag en classificaties te kunnen kijken,



De neuropsychanalyse combineert het kijken naar het brein van buitenaf met het ervaren van het brein van binnenuit

bracht mij ertoe deze zomer een maand op bezoek te gaan bij Solms in Kaapstad en kennis te maken met zijn werkwijze. Naar mijn idee (en dat van menig collega om mij heen) worden in ons huidige werkveld, onder invloed van het gekozen bekostigingssysteem, cliënten na een zeer kort diagnostisch traject in een hokje gestopt en staat het snel afronden van een, vaak cognitief-gedragstherapeutische, behandeling meer op de voorgrond dan de cliënt zelf. Het gevaar bestaat dat we zo als behandelaren het belang van affecten, emoties en gevoelens onderschatten. Daarmee verminderen de symptomen wellicht kortstondig, maar wordt het werkelijke probleem/innerlijke conflict niet opgelost.

Tijdens mijn bezoek aan Solms hoopte ik kennis te maken met een manier van werken die meer holistisch is en tegelijkertijd wel voldoende focus kent. Tijdens mijn bezoek aan Kaapstad heb ik Solms aan het werk gezien met patiënten (diagnostisch onderzoek), collega's (supervisie) en studenten (het geven van colleges). Toen ik hem zo aan het werk zag, heb ik ervaren dat hij zich niet laat beperken door protocollen en vrij is in zijn manier van denken. Hij durft voorbij bestaande ideeën te denken. Vertrouwend op zijn kennis, kunde en ervaring legt hij de focus op de cliënt en gebruikt hij de interactie die er ontstaat als

(diagnostisch) instrument. Door aandacht te hebben voor de behoeften die iemand uitspreekt, het gevoel waar iemand last van heeft en de manier waarop iemand daarmee omgaat, kan Solms een inschatting maken van het innerlijke conflict waar iemand last van lijkt te hebben. Door deze manier van werken vindt hij al gauw de focus waar de behandeling zich op kan richten.

Zo was er een casus die Solms superviseerde waarin een man zich presenteerde met relatieproblemen. Uit de verslaglegging van de gesprekken met zijn therapeut werd duidelijk dat er zich in zijn gezin van herkomst meerdere breuken hadden voorgedaan. In zijn leven gaat hij steeds met anderen de competitie aan en breekt hij de regels om in zijn eigen behoeften (aandacht en verzorging) te kunnen voorzien. Solms gaf aan dat er hier sprake lijkt te zijn van een man die de overtuiging heeft dat sociale structuren niet blijven bestaan. Hierdoor heeft hij onder andere last van paniek. Hij lijkt dit af te weren door controle uit te oefenen op anderen en een dominante houding aan te nemen. De voor deze man nu nog onbewuste voorspelling waaruit dit gedrag verklaard kan worden, is 'als ik de regels breek dan win ik'. Het steeds terugkerende gedrag, de afweer, en de onderliggende nog onbewuste

voorspelling zullen de focus van de behandeling zijn. Samen met deze man zal er nadien gezocht worden naar een meer gezonde afweer.

HOMEOSTASE

Solms maakt onderscheid tussen affecten, emoties en gevoelens. Affecten worden automatisch opgewekt. Het zijn onze lichamelijke reacties op prikkels van binnenuit of van buitenaf. Affecten vinden hun oorsprong in de hersenstam; er is geen hersenschors nodig om affecten te hebben. Het gevoel van pijn geldt als affect maar ook de lach van een kind zonder hersenschors als het haar pasgeboren broertje voor het eerst ziet. Wie heeft leren voelen en denken over affecten, kan emoties benoemen. Emoties komen automatisch op en zetten aan tot actie (Frijda, 1988). Emoties (zoals bang of bedroefd zijn) gaan gepaard met fysiologische veranderingen en worden niet altijd bewust beleefd. De manier waarop emoties worden geuit, is beïnvloedbaar. Bewuste emoties met een persoonlijke betekenis en waarover iemand kan nadenken, noemen we gevoelens. Denk aan een gevoel van tevredenheid of geluk.

In het werk van Solms vormen affecten, emoties en gevoelens een belangrijke leidraad (Solms & Turnbull, 2012; Solms, 2013). Hij baseert zich hierbij onder meer op het gedachtengoed van wijlen psychobioloog en neurowetenschapper Jaak Panksepp (Bowling Green State University, Ohio, VS), die de oorsprong en trajecten van onze (basis)emoties in het brein heeft gevonden en beschreven (Panksepp & Biven, 2012).

Panksepp beschrijft zeven motivationele systemen (zoeken, angst, woede, lust, zorg, paniek-separatieangst en spel) die inzicht geven in hoe we leven en ons gedragen. Ten grondslag aan de werking van deze emotionele systemen ligt het idee dat we om te kunnen overleven zoeken naar homeostase. Homeostase kan gezien worden als een punt waarop aan al onze behoeften (zoals warmte, eten, binding) is voldaan en met elkaar in evenwicht zijn. Freud (1955) noemde dit nirvana. Zodra dit evenwicht is verstoord, ervaren we een lichamelijke reactie, een affect. We moeten dan actie ondernemen om in onze behoeften te voorzien en het evenwicht te herstellen. Om dit te kunnen bereiken, moeten we onze binnenwereld verbinden met de buitenwereld. Onze affecten worden verlengd naar onze cognities en zetten aan tot gedrag. Onze affecten kleuren de behoeften die we hebben, plaatsen deze in een categorie (is het bijvoorbeeld een biologische of psychologische behoefte?) en helpen ons prioriteit aan te kunnen geven.

Solms benadrukt dat een mens bestaat uit meer dan zijn gedachten. Al onze cliënten hebben een binnenwereld, een gevoelswereld, die niet altijd aan de buitenkant te zien is. Hun symptomen hebben betekenis; zij geven aan dat cliënten uit evenwicht zijn geraakt, niet langer in hun psychologische behoeften kunnen voorzien en dat hun afweer tekort schiet. Het is dus van groot belang om symptomen te begrijpen, meer dan deze enkel vast te stellen en er een classificatie aan te verbinden.

DIAGNOSTIEK

Gedurende mijn verblijf in Kaapstad heb ik tijdens het meelopen met Solms veel geleerd over het benaderen van de mens als geheel waarbij er voldoende aandacht is voor affecten, emoties en gevoelens. Solms normaliseert en draagt uit dat ieder mens recht heeft op de gevoelens die horen bij wat hij meemaakt. Wie een neurologische aandoening krijgt, bijvoorbeeld de ziekte van Parkinson, zal gevoelens van angst, woede en verdriet ervaren. De kunst is te leren met deze gevoelens om te gaan. Solms benoemt en erkent bij een patiënt eerst diens gevoelens en zal de patiënt daarna aansporen ermee aan de slag te gaan, actie te ondernemen. Hij zal hoop geven op een hersteld evenwicht en het belang van de eigen inzet van de patiënt benadrukken. Meer dan tijdens mijn opleiding tot gz-psycholoog staan bij Solms de affecten, emoties, gevoelens en de betekenis daarvan centraal. Door hier aandacht voor te hebben lijken patiënten zich meer gezien en gehoord te voelen waarna ze meer bereid zijn om te leren hoe zij met de gevolgen van hun aandoening en de bijbehorende gevoelens om kunnen gaan.

Zijn manier van werken is terug te zien tijdens diagnostiek, behandeling, supervisie en het geven van colleges. Zo diagnosticeerde Solms tijdens één van mijn eerste dagen in Kaapstad een man van 56. Deze man was door de neuroloog verwezen wegens geheugenproblemen, somberheid en een opmerkelijke verandering in zijn persoonlijkheid. De

neuroloog wilde weten of er sprake was van (pseudo)epilepsie, paniek en/of een psychose. Tijdens de diagnostische cyclus heeft Solms zowel oog voor de (uiterlijke) kenmerken passend bij een neurologische aandoening als voor de (innerlijke) beleving van de patiënt en de interactie met de omgeving. Solms neemt alleen neuropsychologische taken af, zoals de *Rey Complex Figure Test* - die onder andere de visueel-ruimtelijke vaardigheden en het visueel-ruimtelijk geheugen meet - die antwoord kunnen geven op de onderzoeksvragen zoals die hij zich in zijn hoofd heeft gevormd. Zodra hij het antwoord weet op de vraag breekt hij de taak af; de neuropsychologische taken moeten naar zijn idee in dienst staan van het denkproces van de clinicus en geen doel op zich zijn. Na afloop van de testen komt Solms meteen met een integratie en koppelt hij deze terug aan de patiënt. Hij begint met de informatie die het meest zeker is (zoals een laesie in het brein die op een scan te zien is) en bouwt zijn verhaal van daaruit verder op.

Bovenstaande patiënt was samen met zijn vrouw naar de afspraak gekomen. Hij werd door zijn vrouw geholpen met lopen en naar zijn stoel gebracht. Tijdens de anamnese gaf deze patiënt aan dat hij problemen had met zijn geheugen, last had van een tremor en momenten had waarop hij verstijfde. Tijdens deze momenten zag hij mensen die er niet zijn en raakte hij buiten bewustzijn. Hij had vroeger meermalen hoofdletsel gehad.



Zijn vrouw gaf aan dat hij steeds afhankelijker van haar was geworden, ze omschreef hem als een klein kind waarvoor gezorgd moest worden. Waar de neuroloog forse somberheid had omschreven, was zichtbaar dat deze patiënt in het contact met de professor zichtbaar plezier kon beleven en weinig lusteloos oogde. Mogelijk hangt dit samen met de benadering van Solms die zich gelijkwaardig aan de patiënt opstelt, grappen maakt over zijn alwetendheid en aandacht heeft voor de interesses van de patiënt (voetbal in dit geval).

Doordat Solms zowel oog heeft voor de uiterlijke als innerlijke aspecten van een persoon, kon hij zijn integratie als volgt opbouwen: door hoofdletsel dat de patiënt jaren geleden heeft opgelopen (zichtbaar op een CT-scan) is er later epilepsie ontstaan (vandaar de geheugenproblemen en 'psychotische' symptomen). De

tremor lijkt een gevolg te zijn van de medicatie die hij krijgt. Zijn somberheid is niet passend bij een klinische depressie, maar is meer een gevoel dat past bij de ingrijpende gebeurtenissen die hij heeft meegemaakt. De ontstane dynamiek met zijn vrouw lijkt ervoor te zorgen dat hij weinig regie meer neemt in zijn leven en in het omgaan met de gevolgen van zijn hoofdletsel. De manier van werken van Solms (zie ook het kader) zorgt ervoor dat de patiënt inzicht krijgt in de samenhang tussen brein en geest, dat hij erkenning krijgt voor datgene waarvan hij last heeft en wordt aangemoedigd tot het ondernemen van actie om te leren omgaan met het geleden verlies.

(TEGEN)OVERDRACHT

Om zijn studenten de betekenis van (psychologische) symptomen te leren geeft Solms samen met zijn vrouw, psychoanalytica en

neuropsychologe Karen Kaplan-Solms, de werkgroep 'neurorehabilitatie'. Deze werkgroep gaat niet over de cognitieve maar over de emotionele rehabilitatie van neurologische patiënten. Tijdens de werkgroep vertelt Kaplan-Solms over patiënten die zij jaren geleden heeft gezien ten behoeve van een wetenschappelijk programma dat werd uitgevoerd bij het psychoanalytisch instituut in New York. Het doel van dat programma, en deze werkgroep, is het bespreken van de samenhang tussen schade in het brein en de uitkomst van uitgebreid psychoanalytisch onderzoek, om zo veranderingen in iemands psyche te kunnen waarnemen. Bij patiënten met schade aan de rechterhemisfeer is de samenhang tussen brein en geest goed te zien. Bij neuropsychologisch onderzoek zullen zij gemiddeld presteren. Wanneer wordt gevraagd naar sociaal-emotionele aspecten zoals verwantschap met anderen komen

NEUROSYPHILIS

Solms manier van werken blijkt nog niet zo gemakkelijk te zijn. Tijdens mijn tweede week in Kaapstad mocht ik met twee stagiaires meekijken die samen een patiënt gingen zien. Zij zitten in het derde en laatste jaar van hun master neuropsychologie aan de universiteit van Kaapstad (UCT) en lopen een jaar lang stage in het Groote Schuur Hospital. Hun patiënt was een man van 54 jaar met een ziektebeeld dat wij in Nederland niet gauw zullen zien omdat de behandeling ervan voorhanden is; het ging om neurosyphilis, een aandoening die kan ontstaan als de soa syfilis niet behandeld wordt. De stagiaires hadden hem enkele maanden geleden gezien tijdens zijn opname voor een neuropsychologisch onderzoek en zagen hem opnieuw om te kijken of zijn cognitie verbeterd was. Tijdens het vorige assessment had hij forse geheugenproblemen en problemen met de uitvoerende controlefuncties zoals het werkgeheugen en het plannen.

Tijdens het heronderzoek gaf deze man aan dat hij thuis geen taken meer uitvoerde zoals koken maar vooral 'ontspande'. Daarnaast zei hij erg emotioneel en agressief te kunnen zijn.

Noemenswaardig is dat hij twee jaar geleden zijn broer was verloren waarna hij zich meer is gaan terugtrekken. Toen ik dit aangaf bij de stagiaires bleek dat zij een andere kijk hadden op deze klachten. De uitkomst van het heronderzoek was namelijk dat zijn cognitie iets verbeterd is, maar nog steeds zeer beperkt, vooral zijn geheugen. Al zijn klachten pasten volgens de stagiaires bij de neurosyphilis; zij leken vooral aandacht te hebben voor de neurologische aspecten en verloren zo de psyche van deze man uit het oog. Het gevolg daarvan zou kunnen zijn dat de patiënt een weinig passende behandeling krijgt, zich steeds verder terugtrekt en niet wordt aangemoedigd actief te worden en zijn leven weer op te pakken.

er vaak grote problemen naar voren. Door de schade aan hun brein krijgen deze patiënten moeite met hun ruimtelijk inzicht, niet zoals dat wordt gemeten met neuropsychologische taken maar in hoe zij zich verhouden tot anderen. Hierdoor kunnen zij zich niet langer voldoende verplaatsen in de ander. Hun persoonlijkheidsorganisatie zou na de schade aan hun brein niet langer een neurotische maar een meer narcistische organisatie hebben. Door hierover te leren en er voldoende oog voor te hebben kunnen neurologische patiënten de behandeling krijgen die ze verdienen. Daardoor kunnen zij hun balans hervinden en in verbinding blijven met hun omgeving.

Om de samenhang tussen brein en geest goed in te kunnen schatten moet een clinicus ook aandacht hebben voor overdracht en tegenoverdracht. Tijdens hun master leren de studenten hierover tijdens een werkgroep die net als de bovengenoemde werkgroep wordt gegeven door Kaplan-Solms. Zij moedigt de studenten aan hun eigen binnenwereld te leren kennen zodat zij kunnen werken aan eigen conflicten die hun aandacht vragen. Als zij hun eigen gevoelens

kunnen reguleren, zijn zij vrij het leven van hun patiënten te leren kennen. Kaplan-Solms stimuleert haar studenten steeds de verbinding aan te gaan, zowel met hun eigen binnenwereld als met die van de patiënt.

Een veelvuldig besproken onderwerp in dit kader is apartheid. Dit roept bij zowel de blanke als de zwarte studenten veel heftige gevoelens op. Tijdens één van mijn werkgroepen uitte een donkere studente haar gevoelens van woede en nijd over dit onderwerp. Zij had het idee dat blanke mensen de (emotionele) gevolgen van de apartheid bagatelliseren. De blanke medestudenten leken zich vooral schuldig en onmachtig te voelen. Het is van belang dat alle studenten zich bewust zijn van zulke gevoelens; deze kunnen immers een (bepalende) rol spelen in het contact met blanke dan wel gekleurde cliënten.

BESLUIT

Wat heb ik geleerd van deze studiereis? Bij Solms heb ik de rijkdom van de psychologie herontdekt. In Nederland lijkt vooral de rede nog van belang te zijn als we nadenken over onze cliënten. De gedachte dat de zorg

vooral goedkoop moet zijn, zorgt ervoor dat cliënten en hun klachten worden teruggebracht tot classificaties en er zorg van minimale kwaliteit wordt geleverd. In Kaapstad is er nog ruimte voor de ziel. Er is aandacht voor en interesse in de cliënt en de betekenis van diens klachten. Cliënten worden er niet als een ziekte behandeld, ze behouden hun eigenwaarde en autonomie en leren omgaan met hun gevoelens. Als gz-psycholoog ga ik proberen om vanuit de beschrijvende diagnose mijn cliënten (weer) erkenning te geven voor de gevoelens die zij ervaren en hen aan te moedigen middels psychologische behandeling manieren te leren met deze gevoelens om te gaan en het evenwicht in hun (gevoels)leven te hervinden.

OVER DE AUTEUR

Rianne van de Weitgraven is gz-psycholoog en werkzaam bij De Bascule in Amsterdam. E-mail: rweitgraven@gmail.com.

REAGEREN?

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

Literatuur

Freud, S. (1955). Beyond the pleasure principle. In: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Volume XVIII (1920-1922): Beyond the Pleasure Principle, Group Psychology and Other Works (pp. 1-64).
Frijda, N. H. (1988). *De emoties. Een overzicht van onderzoek en theorie*. Amsterdam: Prometheus.

Panksepp, J. & Biven, L. (2012). *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. New York, The United States of America: W. W. Norton.
Solms, M. & Turnbull, O. H. (2011). What is neuropsychanalysis? *Neuropsychanalysis*, 13(2), 133-145.
Solms, M. (2013). The conscious id. *Neuropsychanalysis*, 15(1), 5-19.

Deze rubriek belicht onderzoek waaraan de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) een Veni-, Vidi- of Vici-beurs heeft toegekend.

'ANGSTZWEET': VAN MOLECULEN TOT GEDRAG

Jasper de Groot, onderzoeker bij Sociale, gezondheids- en organisatiepsychologie aan de Universiteit Utrecht. De Groot kreeg in 2018 een Veni-beurs voor zijn onderzoek naar angstzweet.

'Gaandeweg kwam ik erachter dat mensen veel beter kunnen ruiken dan we doorgaans denken,' vertelt Jasper de Groot. 'We kunnen geuren vaak niet benoemen, maar ons vermogen om geuren te onderscheiden is heel groot. We zijn soms beter dan ratten of muizen in het detecteren van geuren in heel lage concentraties. En zelfs als we het niet eens kunnen detecteren, dan nog zien we dat geur invloed heeft op ons gedrag.'

Juist de onbewuste kracht van geuren op ons gedrag fascineert De Groot. Al tijdens zijn onderzoekmaster raakte hij geïnteresseerd in het reukzintuig. In een project introduceerde hij ideeën uit de sociale communicatietheorie in het geuronderzoek. Hij wilde kijken in hoeverre een persoon angst overneemt als hij het ruikt. Ruik je de geur alleen of zit er meer achter en is er echt sprake van sociale communicatie?

De resultaten van dit project waren veelbelovend, mensen vertoonden na het ruiken van angstzweet niet alleen

een angstige gezichtsexpressie, maar ook tekenen van alertheid. Daarom ging De Groot in zijn promotieonderzoek verder met het onderwerp. Hij bracht proefpersonen – de zenders of donoren – door middel van horrorfilmpjes in een angstige staat. Tijdens het kijken droegen deze donoren absorberende kompressen om het zweet en de geur uit de oksel op te nemen. Voor de controleconditie verzamelde hij okselgeur van dezelfde donoren door hen in een warme ruimte te zetten.

Geur invriezen

Door de kompressen in te vriezen bleef de geur behouden en konden ze later aan andere proefpersonen worden aangeboden. Terwijl een groep 'ontvangers' werd blootgesteld aan deze geuren, werd hun gezichtsuitdrukking nauwkeurig gemeten met elektroden. Daarnaast keek De Groot of deze proefpersonen alerter gedrag gingen vertonen, door hen een visuele zoektaak te geven of door hen op de computer emoties te

laten herkennen. De ontvangers die werden blootgesteld aan de geur van angstige zenders, vertoonden zelf ook deels angstig gedrag. Vrouwen bleken daarnaast de angst over te nemen, in tegenstelling tot mannen.

Angstzweet bestaat dus echt, mensen kunnen de geur produceren én waarnemen. In zijn Veni-onderzoek gaat De Groot verder op het ingeslagen pad, hij wil nu op moleculair niveau onderzoeken waarin angstzweet verschilt van normale transpiratie. Zijn er speciale moleculen of is er een speciaal moleculenpatroon te onderscheiden? 'We hebben het idee dat er een soort chemische vingerafdruk is van angst.'

Voor zijn promotieonderzoek testte hij alleen blanke westerlingen. In zijn Veni-onderzoek wil hij daarnaast ook Aziaten onderzoeken; Chinezen, Japanners, Koreanen. Deze Aziaten produceren nauwelijks lichaamsgeur, dat is bij hen genetisch vastgelegd. Hij wil weten of deze groep in staat is om wel de geur van angst te produceren. Daarmee kan

VENI
VIDI
VICI



FOTO: GEERTJE KINDERMANS

Zijn angstferomonen universeel of komen ze niet voor in de Aziatische cultuur?

hij de vraag beantwoorden of angstferomonen (feromonen zijn signaalmoleculen die boodschappen overbrengen) universeel zijn of dat ze niet voorkomen in de Aziatische cultuur.

Angst eerst

In zijn Veni-onderzoek concentreert De Groot zich eerst op angst, daarna verlegt hij zijn blik wellicht naar andere emoties. In eerder onderzoek ontdekte hij namelijk dat ook geluk een geur heeft. De Groot: 'Het was bedoeld als een soort controleconditie voor angst, ik liet mensen een comedy zien, ik verwachtte er niets van. Maar tot mijn verrassing stelde ik vast dat iemand een oprechte glimlach ging vertonen als hij werd blootgesteld aan de geur van een blij persoon – door spieren te gebruiken die je alleen aanspanst als je oprecht glimlacht.' Naast twee studies onder blanke westerlingen voerde hij dit onderzoek ook uit met Aziatische proefpersonen en daar vond hij hetzelfde. Geur kan dus meerdere emoties communiceren.

Ook vernieuwend in zijn onderzoek is dat hij samenwerkt met GAS, een laboratorium in Duitsland bedreven in chemische analyses. Dit bedrijf maakt de – dure – chemische analyses voor hem. Dit doen ze doorgaans alleen met gassen die in de lucht zitten. Ze zijn ook in staat om via 'online analyses' te meten hoe de moleculen zich onder iemands oksel ontwikkelen. Dan komen we wellicht te weten: dit is de geur van angst en het kost zo veel tijd om het te produceren. En ook of mensen daarin van elkaar verschillen.

Maskeren

Als de moleculen zijn ontrafeld, wil De Groot tot slot van zijn Veni-project kijken of hij de angstzweetmoleculen succesvol kan maskeren. Daarmee zouden producten kunnen worden ontwikkeld voor mensen die niet willen dat hun angst gecommuniceerd wordt. Een manager die een belangrijke onderhandeling moet doen bijvoorbeeld, of een sollicitant. Maar ook valt te denken aan

mensen met een angststoornis, zodat ze hun eigen angst niet meer ruiken. En wellicht, in de verre toekomst, zijn geuren die met positieve gevoelens te maken hebben, ook te produceren.

De Groot wist het nog niet voordat hij met zijn onderzoek begon, maar zelf heeft hij een goed reukvermogen. 'Ik heb het getest met een Sniffin' Sticks-test, een test die de geurdrempel van een geurstof meet.'

Overigens is het reukvermogen ook goed te trainen, weet De Groot. Hij heeft het zelf ervaren. 'Ik heb een baby en vrij snel kon ik de poepluiers vanaf een steeds grotere afstand ruiken. Dat kon ik in het begin nog niet. Het is een relevante geur geworden en het is een perfect voorbeeld van hoe "maakbaar" het reukzintuig is.'

DE EFFECTEN VAN SOCIALE MEDIAVERSLAVING

WEDSTRIJDJES WAKKER BLIJVEN

Sociale media kunnen het leven verrijken en vriendschapsbanden in stand houden, maar een groeiende groep jonge gebruikers ondervindt er duidelijk negatieve effecten van. Ze kunnen aan niets anders meer denken, slagen er niet in hun gebruik te minderen, verliezen hun interesse in hobby's en sport en krijgen meer conflicten in de directe omgeving. Schoolprestaties lijden eronder en dwangmatige gebruikers ervaren een significante afname van *life satisfaction*. Dat blijkt uit onderzoek van Regina van den Eijnden en collega's (Universiteit Utrecht) aan de hand van de *Social Media Disorder Scale*, een instrument dat problematisch sociale mediagebruik in kaart brengt. 'We zijn er nog niet van doordrongen hoe serieus dit probleem is.'



De Universiteit Utrecht doet met het Digital Youth Project grootschalig landelijk onderzoek naar de positieve en negatieve gevolgen van het gebruik van sociale media en het spelen van games voor het psychosociale welbevinden en de schoolprestaties van jongeren. Psychologe Regina van den Eijnden, hoofdonderzoeker binnen het project, richt zich al sinds 2002 op het fenomeen internetverslaving, een probleem dat ooit begon op zolderkamers, achter het scherm van een pc. Maar tegenwoordig draagt vrijwel iedereen dat scherm in zijn broekzak, en jongere generaties worden er dag en nacht door in beslag genomen.

‘Vormen deze jongeren echt een verloren generatie?’

Van den Eijnden: ‘We staan nog aan het begin van dit onderzoeksgebied. De voortdurende veranderingen van het sociale mediagebruik maken het moeilijk onderzoek te doen. Dan zijn er instrumenten afgenomen om Facebook-verslaving onder kinderen te meten, is er opeens geen kind meer dat op Facebook zit. Bij het instrument dat we hebben ontwikkeld om compulsief sociale mediagebruik in kaart te brengen, de *Social Media Disorder Scale*, wordt daarom ruim gedefinieerd wat we daaronder verstaan.’

Met hun onderzoek richten Van den Eijnden c.s. zich op de doelgroep van twaalf tot zeventien jaar, in het voortgezet onderwijs. ‘In 2015 zijn we begonnen met een relatief kleine groep van zevenhonderd leerlingen. Door de tijd heen zijn er meer scholen bijgekomen, bij de derde meting hadden we 2750 leerlingen. Scholen waren heel gretig om mee te doen, want ze zitten soms ook met de handen in het haar. Scholen weten massaal niet hoe ze om moeten gaan met compulsief smartphonegebruik onder leerlingen. En het probleem is groot: uit ons onderzoek blijkt dat in totaal 7,4 procent van de leerlingen op het voortgezet onderwijs binnen de categorie ‘problematisch sociale mediagebruik’ valt.’¹

NEGATIEVE EFFECTEN

Inmiddels zijn er vier metingen gedaan en is er een groep van 535 leerlingen gedurende drie jaar gevolgd. Tijdens alle metingen is het instrument ingezet, dat negen criteria van sociale mediaverslaving meet. Het gaat dan om criteria zoals ‘regelmatig aan niets anders kunnen denken’, ‘je vaak rot voelen als je geen sociale media kon gebruiken’, ‘ernstige problemen met je familie gehad door sociale mediagebruik’ of ‘vaak sociale media gebruikt om niet aan vervelende dingen te hoeven denken’. Een leerling gold als problematisch als hij aan minstens vijf criteria voldeed, en daarbij ook aangaf dat hij er problemen door ondervond.

Van den Eijnden: ‘We kunnen nu wel concluderen dat sociale mediaverslaving een duidelijk negatief effect heeft op *life satisfaction*, en bij meisjes de schoolprestaties duidelijk negatief beïnvloedt. Hoe meer symptomen van verslaving iemand vertoont, hoe minder tevreden iemand is over zijn of haar eigen leven. Het blijkt verder dat intensief gebruik van sociale media, waarbij geen sprake is van symptomen van verslaving, zowel licht positieve als licht negatieve effecten heeft op allerlei leefdomeinen. Het lijkt gunstig te zijn voor het onderhouden van relaties, voor de *perceived social competence*. Jongeren die intensief sociale media gebruiken lijken meer tevreden te zijn over hun sociale vaardigheden en de kwaliteit van hun vriendschappen. Intensief sociale mediagebruik kan echter wel ten koste gaan van schoolprestaties.’

Van den Eijnden benadrukt dat steeds is gekeken naar de frequentie van het gebruik en de symptomen van verslaving, twee zaken die goed uit elkaar moeten worden gehouden. ‘Want is er niet ook een vorm van heel intensief gebruik die toch nog steeds gezond is? Niet iedereen die veel sociale media gebruikt, scoort immers hoog op de criteria van het instrument. En die score hangt ook af van andere factoren, zoals persoonlijkheidskenmerken, gezinssituatie enzovoort. Hoe dan ook zijn er nu stevige data waaruit blijkt dat jongeren in de problemen komen door compulsief gebruik, en dat een hoge score op ons instrument voorspellend is voor negatieve ontwikkelingen later.’

EEN VERLOREN GENERATIE?

Hoe zorgwekkend zijn deze cijfers? Vormen deze jongeren echt een verloren generatie, zoals de Ame-

¹ <https://bit.ly/2Gd65rm>. Resultaten in tabel op pagina 138-139.

rikaanse psychologe Jean Twenge beweert in haar artikel 'Have Smartphones Destroyed a Generation?', dat in 2017 verscheen in *The Atlantic* en viral ging?²

Volgens Van den Eijnden is dat een tendentieus, maar ook belangrijk artikel. Twenge heeft veel kritiek gekregen, ze zou aan *cherry picking* hebben gedaan, door alleen data te gebruiken die haar stelling ondersteunen. Vermoedelijk ligt het genuanceerder, aldus Van den Eijnden, die zich niettemin ook zorgen maakt: 'Vooraf jongeren met wie het eigenlijk al niet zo goed gaat, halen weinig goeds uit sociale media, en worden daar ook gepest of buitengesloten. Ze hebben last van *fear of missing out* ('fomo'), een gevoel van afwijzing, er niet bij te horen. En jongeren die gepest worden, hadden vroeger thuis een rustpunt, terwijl het nu non-stop doorgaat, het gevoel van uitsluiting wordt voortdurend bevestigd. Als compensatie voor iets wat ze missen, kunnen die jongeren heel monomaan in de weer gaan met de smartphone, vooral door te kijken naar wat anderen doen en zich te spiegelen aan wat anderen, bijvoorbeeld klasgenoten, op apps als Instagram posten. Uit eerder onderzoek blijkt ook dat het communiceren met leeftijdsgenoten waar ze geen echte vriendschap mee onderhouden met meer negativiteit omgeven is dan contact met "echte" vrienden.'

Volgens Van den Eijnden groeit er een generatie jongeren op van wie de ouders niet hadden vermoed dat de gevolgen van compulsief smartphonegebruik zo heftig zouden zijn. 'Vanaf jonge leeftijd wordt al heel veel toegelaten,' zegt ze. 'Zo mag de helft van alle dertienjarigen de smartphone meenemen naar de slaapkamer. Maar dat is niet handig op die leeftijd. Hun zelfcontrole is onvoldoende ontwikkeld. Ze vinden het bijvoorbeeld stoer om wedstrijdjes te doen wie het langst wakker kan blijven, door tot 3 of 4 uur 's ochtends nog berichtjes te sturen. Want het is cool om te appen dat je nog steeds Netflix ligt te kijken terwijl je ouders al uren liggen te slapen. En dan is het natuurlijk ook cool om te reageren. Het is rebels gedrag dat hoort bij een jeugdcultuur met bijbehorende normen die elkaar alleen maar versterken, maar ouders moeten er wel paal en perk aan stellen.'

VERONTRUSTENDE CIJFERS

Enkele cijfers die een indicatie geven van de snelheid waarmee dwangmatig sociale mediagebruik toeneemt. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) publiceerde in mei 2018 het rapport *Opvattingen over sociale media. Statistische trends*. Daaruit blijkt dat onder jongeren het gebruik van media als Facebook, Whatsapp, Snapchat en Instagram razendsnel toeneemt. In 2015 was 4 procent van de 18- tot 25-jarigen vijf tot tien uur per dag actief op dergelijke media. Twee jaar later is dat volgens het CBS meer dan verdubbeld tot 9 procent. En in 2015 gaf 19 procent van dezelfde doelgroep aan verslaafd te zijn aan sociale media, tegenover liefst 29 procent in 2017.

Naar aanleiding van deze cijfers pleitten verslavingsdeskundigen onder andere in het *Algemeen Dagblad* voor erkenning van dwangmatig gebruik van sociale media als stoornis, vergelijkbaar met de erkenning van de gaming disorder door de World Health Organization, die ook in de appendix van de DSM-5 is opgenomen. Want alleen als er een officiële diagnose komt, vergoeden zorgverzekeraars een behandeling. Die erkenning blijft echter uit, aangezien er volgens Zorginstituut Nederland meer onderzoek nodig is naar deze problematiek.

DIGITAAL SCHOOLPLEIN

Van den Eijnden denkt dat ouders in het verleden kansen hebben laten liggen: 'Als je smartphonegebruik vanaf jonge leeftijd toestaat, is het heel moeilijk om dat nog terug te draaien. Dus bij kinderen die ermee opgegroeid zijn, kun je niet ineens zeggen: "En nu is het afgelopen!"'

De nieuwe generatie ouders moet volgens de psychologe vooral heel duidelijk zijn in wanneer de smartphone wel en niet mag worden gebruikt, nog voordat kinderen naar het voortgezet onderwijs gaan. 'In ieder geval niet tijdens het huiswerk maken, en niet in de slaapkamer 's avonds. Als je kinderen op die manier opvoedt, kun je streng blijven.' En Van den Eijnden denkt dat het heel zinvol zou zijn als de overheid richtlijnen promoot over hoe ouders hiermee om moeten gaan. 'Wat normaal gebruik is en wanneer dat ongezond begint te worden, vergelijkbaar met richtlijnen die nu voor alcoholgebruik tot je achttiende gelden. Misschien ondersteund met ons onderzoek, of met hersenonderzoek waaruit blijkt wat

2 <https://bit.ly/2u3jDX6>

‘De fomo gaat niet weg, totale onthouding is geen optie’

compulsief smartphonegebruik doet met een zich ontwikkelend brein. Het heeft trouwens ook fysieke gevolgen, kan leiden tot vergroeiing van de nek, het zogenaamde “schildpaddennekje” dat je steeds vaker bij kinderen ziet.’

Verder is het belangrijk dat ouders op één lijn gaan zitten, vervolgt Van den Eijnden: ‘Want die paar kinderen die het wel mogen, vormen vaak het probleem. Die kunnen zo’n gevoel van fear of missing out genereren. En als een kind het idee heeft dat het op die manier wordt uitgesloten, wordt het helemaal onrustig. Want sociale media vormen eigenlijk een digitaal schoolplein dat overal en altijd aanwezig is. Een leerling kan zich heel geïsoleerd voelen als het daar geen toegang toe heeft en de rest van de school wel. Maar dat is überhaupt natuurlijk niet gezond voor kinderen.’

Afkicken van sociale media is makkelijker gezegd dan gedaan. De ontwenning die optreedt bij het verstoken blijven van sociale prikkels, is anders van aard dan de ontwenning van nicotine of alcohol. Dat is een bepaalde tijd heel vervelend, maar wordt dan minder en gaat vaak helemaal over. Van den Eijnden: ‘De fomo gaat daarentegen niet weg; totale onthouding is geen optie omdat het veel meer sociale consequenties heeft om de smartphone links te laten liggen. Bij eerder onderzoek concludeerden wij dat kinderen van ouders die heel streng zijn, heel hoog scoren op het instrument. Die kinderen kunnen de sociale media vaak maar moeilijk loslaten en komen daarover in conflict met hun ouders, meer dan andere kinderen. Omdat het wegnemen van iets wat heel belangrijk is

voor hun sociale functioneren een hele sterke tegenreactie losmaakt bij die kinderen.’

‘ZELFHULPGROEPEN’

Behandelaars worden nog niet goed opgeleid om met het probleem om te gaan, stelt Van den Eijnden, juist omdat er nog zo weinig over bekend is. Ze luidt dan ook de noodklok over het weinige onderzoeksgeld dat beschikbaar is: ‘Men is er nog niet van doordrongen hoe serieus dit probleem is. Er is geen financiering om echt een team op het onderwerp te zetten. Ik begrijp dat er veel geld gaat naar onderzoek naar depressie en suicide, maar we zouden ook moeten kijken naar welke rol sociale media daar in spelen. Op Instagram heb je bijvoorbeeld groepen kwetsbare jongeren die zichzelf beschadigen of uithongeren en die onder het mom van “zelfhulpgroepen” elkaar tot in detail vertellen en laten zien hoe je de meest verschrikkelijke dingen met jezelf kunt doen.’

Vanuit therapeutisch perspectief is het volgens Van den Eijnden belangrijk een cliënt te leren omgaan met de smartphone, want het is onmogelijk om daar helemaal mee te stoppen, dan valt een groot deel van de sociale wereld weg. ‘Inzicht bieden in eigen gedrag, in de momenten dat iemand er obsessief mee bezig is, achterhalen wat de oorzaken daarvan zijn. En als therapeut moet je ook kijken naar het bredere perspectief, net als bij andere verslavingen. Is het sociale mediagebruik in evenwicht met andere belangrijke levensdomeinen zoals school, slaap, beweging en offline contact? Als een kind bijvoorbeeld alleen online, maar niet in het echt met andere kinderen communiceert, dan zou dat meer in evenwicht moeten komen. Al met al moet er een balans komen tussen schermtijd, slaaptijd, bewegingstijd en gezinstijd. Daarnaast moeten ingesloten gewoontes onder controle komen, zoals ieder leeg moment te willen vullen door op zo’n schermpje te kijken.’

Verslaving an sich is vaak het opvullen van een leegte, stelt ze, en dat is bij smartphone- of sociale mediaverslaving niet anders. ‘Eigenlijk gaat het om een primitieve aandrang om sociaal verbonden te willen zijn. Dat is evolutionair bepaald, we zijn immers groepsdieren. Sociale media doen zo’n immens sterk appel op die behoefte. En des te sterker bij diegenen die deze behoefte offline niet helemaal kunnen verwezenlijken.’

BIOGRAFIE



Regina van den Eijnden (1963) studeerde sociale psychologie aan de Radboud Universiteit in Nijmegen en promoveerde aan de Rijksuniversiteit Groningen. Sinds 2008 werkt zij als Universitair Hoofddocent bij de Universiteit van Utrecht. Daar heeft zij in 2015 het Digital Youth Project opgezet (<https://www.uu.nl/onderzoek/digital-youth>).

VRAAG & AANBOD

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

VACATURES

Psycholoog
ENSCHDE - HEERENVEEN



VACATURES

Psycholoog Arbeid en Gezondheid
FRIESLAND - GRONINGEN - DRENTH



SYMPOSIA

Forensische GGz Anno 2019
AMSTERDAM



(GZ-)psycholoog
SASSENHEIM



**Uw online advertentie
extra onder de aandacht
brengen?**

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

Spoedeisende GGz
AMSTERDAM



Opleidingsplek GZ-Psycholoog
VENLO



CURSUSSEN / WORKSHOPS

ReAttach
DIVERSE LOCATIES



Parentificatie
AMSTERDAM



VRAAG & AANBOD

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

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

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

ADVERTEREN IN VRAAG & AANBOD?

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

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



Bij Arkin helpen 3.500 professionals hun cliënten om de regie over hun leven te herwinnen. Zij maken verbinding door samen te werken en omarmen ieders expertise. En tonen lef door soms buiten de gebaande paden te treden.

Arkin bestaat uit 11 specialistische onderdelen die samen het hele spectrum van de GGZ beslaan. Er is altijd ruimte voor vakkundige en gedreven

→ GZ-Psychologen

Professionals bij Arkin zijn ambitieus en willen zich blijven ontwikkelen. Daarom geven wij hen de kans om opleidingen te volgen en wetenschappelijk onderzoek te doen. Ook collega bij Arkin worden? Alle vacatures vind je op:

werkenbijarkin.nl/vacatures

Werken bij Arkin: 11 specialismen, 1 loopbaan.

