

DE PSY- CHO- LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN

JAARGANG 53 • NR 12 • DECEMBER 2018

NARRATIEVE TECHNOLOGIE VOOR GEZONDHEID EN ZORG • 'ZIJ IS LIEF': OUDERENPSYCHOLOOG KOMT BIJ DE MENSEN THUIS • TUCHTRECHT: DE KLAGER HEEFT NIET ALTIJD GELIJK • IN SPE: KIMIKO BOHLE • ERNSTIGE VERMOEDIGHEID NA BEHANDELING VAN BORSTKANKER: COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE WERKT OOK ONLINE • EENS PSYCHOLOOG, ALTIJD PSYCHOLOOG: BESTUURDER ELLY PLOOIJ • HAROLD BEKKERING: EEN ECHTE PSYCHOLOOG

GOKVERSLLAVING



Dag van intelligentie 2019

Vrijdag 21 juni
SAVE THE DATE

Ga voor meer informatie naar
pearsonacademy.nl/dag-van-intelligentie-2019



Vijftig portretten in woord en beeld

What's wrong with me? Gezichten achter de DSM

Met één vraag *What is wrong with me?* nodigde psycholoog Vittorio Busato mensen uit om in eigen woorden te vertellen wat er met hen mis zou zijn. Fotograaf Peter Valckx geeft velen van hen een gezicht. Ontdek met dit boek de mensen achter de labels.

Meer weten? Kijk op www.hogrefe.nl

 **hogrefe**

- 10 NARRATIEVE TECHNOLOGIE VOOR GEZONDHEID EN ZORG** – De snelle ontwikkelingen op het gebied van digitale technologie gaan niet aan de psychologie voorbij. Dat geldt zowel voor de toepassing in de gezondheidszorg als voor de psychologie als wetenschap. Gerben Westerhof werpt vanuit de narratieve psychologie een licht op zowel de meer toegepaste kant van e-mental health als op de meer fundamentele kant van e-science.
- 34 ERNSTIGE VERMOEIDHEID NA BEHANDELING VAN BORSTKANKER** – Bij de meeste mensen verdwijnt vermoeidheid met de dagelijkse dingen in het leven vanzelf. Dat geldt niet voor ernstige vermoeidheid na borstkanker; een deel van de vrouwen kampt na afloop van de behandeling met blijvende gevolgen. Online cognitieve gedragstherapie kan vrouwen dan helpen, stelt Harriët Abrahams.
- 44 GOKVERSLAVING EN DE ROL VAN VOLLEDIGE ABSTINENTIE IN DE BEHANDELING** – Gokverslaving is als enige procesverslaving als aparte classificatie opgenomen in de DSM. Mag iemand die voor een gokverslaving in behandeling is ook nooit meer alcohol drinken? ‘Het goed reguleren van iets dat anders toch wel gebeurt is vaak beter dan het verbieden ervan,’ stellen Nienke van Keulen en Bas Brons.



Klinisch Psycholoog of GZ-psycholoog?

En wil je
grensverleggend
behandelen?

Wij - de psychologen van VGGNet - hebben jouw nieuwe baan!

In Doetinchem, Warnsveld of Apeldoorn (24-36 uur).

Kijk snel op www.ggnet.nl/werken-en-leren/
vacatures of bel met Ester van Beek voor meer
informatie t 06 2273 4658.



RINO • amsterdam

opleiding en inspiratie voor professionals in de GGZ

→ Een greep uit ons cursusaanbod

Emotionally Focused Therapy (EFT)
www.rino.nl/022 | start 11 januari

Basiscursus Psychopathologie
www.rino.nl/001 | start 14 januari

Oplossingsgerichte therapie
www.rino.nl/540 | start 17 januari

Gecomplexeerde rouw: alleen behandelen
bij een diagnose
www.rino.nl/066 | 18 en 19 januari

Werkstress, burnout en overspanning
www.rino.nl/055 | start 22 januari

Transculturele behandelaspecten
www.rino.nl/011 | start 28 januari

CGT bij cliënten met een negatief zelfbeeld
www.rino.nl/460 | 22 en 23 maart

Opleiding Oplossingsgerichte therapie
www.rino.nl/768 | start 4 april

Fijne feestdagen en een leerzaam 2019 gewenst!

www.rino.nl

psy
ned

Psychologen Nederland

Meer cliënten in je eigen praktijk?

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

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

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

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

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

RUBRIEKEN

- 6 NIEUWS
- 9 COLUMN: Harold Bekkering
- 21 BOEKEN & MEDIA
- 24 ACHTERGROND:
Ouderenpsycholoog komt bij
de mensen thuis
- 32 INSPIRATIE: Tom Deenen
- 42 IN SPE: Kimiko Bohle
- 54 TUCHTRECHT: De klager heeft
niet altijd gelijk
- 56 EENS PSYCHOLOOG, ALTIJD
PSYCHOLOOG...: Elly Plooi

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

Redactieraad: Marrie Bekker, Sonja Borgsteede, Miriam de Graaff, Dennis Hernaus, Sabine Hunnius, Eveline de Kam, Sarah Prins, Wilmar Schaufeli, Wouter Schoonman, Bart Schutz, Annelies Spek, Giovanni Timmermans (voorzitter), Marcel Veenman, Anneke Vinke, Rolf Zwaan
Eindcorrectie: Else de Jonge **Vormgeving:** Studio Jorrit van Rijt
Basisontwerp: Curve Mags And More, Henk Stoffels. **Bladmanagement, advertenties en abonnementen:** Performis BV, contactpersoon Geert Janus, tel.: 073-6895889, e-mail: depsycholoog@performis.nl. **Uitgave en ledenadministratie:** NIP-bureau, Postbus 2085, 3500 GB Utrecht. Tel. 030-8201500 (keuze 2), 9.00-17.00 uur. IBAN code: NL81INGB00003788 02, SWIFT code: INGBNL2A. www.psynip.nl, e-mail: info@psynip.nl.

Coverfoto: Belish / Shutterstock.com
 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).



GOKKEN

Van de procesverslavingen, ook wel gedragsverslavingen genoemd, vormt de gokstoornis als enige een aparte classificatie in de DSM. Dit in tegenstelling tot verslavingen aan gamen, porno of eten. Wie last heeft van een gokstoornis, gokt bijvoorbeeld met steeds grotere bedragen om de gewenste mate van opwinding te bereiken. Of iemand heeft meerdere onsuccesvolle pogingen gedaan te stoppen of te minderen en raakt daar rusteloos en prikkelbaar van. Liegen om de ernst van het gokgedrag in nevelen te verhullen en geld van anderen nodig hebben om uitzichtloze financiële problemen door het gokken te verlichten, zijn nog wat andere kenmerken van pathologisch gokgedrag.

Over de beste behandeling van een gokverslaving wordt volop getwist in de vakpers. In een interessant essay vragen neuropsycholoog Nienke van Keulen en ervaringsdeskundige Bas Brons zich af of volledige abstinentie bij de behandeling ervan – dus ook bijvoorbeeld geen alcohol – noodzakelijk is. 'Een achttienjarige bijna-student die enkel verslaafd is aan gokken of gamen vertellen dat hij nooit meer alcohol mag drinken of mag blowen, roept veel weerstand op; dit recreatieve gebruik is vaak een wezenlijk onderdeel van hun sociale leefwereld.' Pathologische gokkers zouden zo wel eens het idee kunnen krijgen dat ze gelijk worden gesteld aan junkies of alcoholisten, hetgeen juist de drempel om hulp te zoeken kan verhogen.

In zekere zin waagt narratief psycholoog Gerben Westerhof in dit nummer ook een gokje. De snelle ontwikkelingen op het gebied van digitale technologie gaan niet aan de psychologie voorbij, stelt hij. 'Hoewel computers nieuwe mogelijkheden bieden, blijven andere mensen en psychologische professionals nodig om het verhaal van de persoon recht te doen en te begrijpen.'

De tijd zal het leren. Mocht u trouwens zelf een geheel verantwoord gokje willen wagen over die snel veranderende digitale wereld en de rol van de psycholoog daarin... Columnist Harold Bekkering stopt er na deze jaargang mee en stelt zijn honorarium beschikbaar voor een essayprijs. Hij nodigt uit na te denken over hoe het onderwijs en/of de beroepspraktijk moet vernieuwen zodat de psycholoog van de toekomst een zinvolle rol kan blijven spelen in de maatschappij. Voor meer details zie pagina 52. U kunt ook het filmpje bekijken dat redacteur Geertje Kindermans hierover heeft gemaakt: <https://youtu.be/mg9aMAfOLgY>.

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

MEER GEMEEN DAN GEDACHT

MANNEN- EN VROUWENBREINEN

Vrouwen kunnen niet kaartlezen en mannen niet multitasken. Het zijn stereotypen die het vaak goed doen in de kroeg. Maar in hoeverre verschillen de hersenen van mannen en vrouwen daadwerkelijk?

Je hoort het regelmatig zeggen: mannen zitten anders in elkaar dan vrouwen. Los van de fysieke verschillen zouden ook de hersenen van beide seksen anders functioneren. En dat wordt niet alleen in de kroeg beweerd, het is ook een gangbare opvatting onder wetenschappers. Worden er verschillen gevonden

in een specifiek hersengebied, dan luidt de conclusie steevast dat het typische mannenbrein 'nu eenmaal' anders is dan het typische vrouwenbrein.

Maar klopt dat wel? Nee, zegt een groep Israëliëse en Duitse onderzoekers. Zij lieten diverse analyses los op de hersendata die eerder van 2176 mensen waren verzameld. Uit de analyses bleek dat een 'typisch vrouwenbrein' net zo goed voor een 'typisch mannenbrein' kan doorgaan en vice versa. En dat een man en een vrouw in hersenstructuur nagenoeg net zoveel overeenkomen als twee vrouwen of twee mannen. Grote

seksverschillen werden alleen gevonden bij zeldzame breinpatronen die bij minder dan 150 mensen voorkwamen. Denk aan mensen met autisme, of met schizofrenie. Dat is nog geen zeven procent van de onderzochte groep.

Het heeft dus weinig zin te controleren voor sekse in hersenonderzoek. Vrouwen en mannen hebben meer gemeen dan gedacht. (ID)

Bron: Joel, D. et al. (2018). Analysis of Human Brain Structure Reveals that the Brain 'Types' Typical of Males Are Also Typical of Females, and Vice Versa. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12, 399. DOI: 10.3389/fnhum.2018.00399

PERSOONLIJKHEIDSKENMERKEN GEKOPPELD AAN FYSIEKE KENMERKEN

LICHAAMSBOW EN VOOROORDELEN

Heeft u een peervormig lichaam? Dan is de kans groot dat mensen denken dat u in aanleg prikkelbaar bent. Of heeft u klassiek mannelijke brede schouders? Dan zullen mensen die u niet kennen u een conflictueuze persoonlijkheid toedichten.

Mensen baseren eerste indrukken van anderen voor een groot deel op lichaamsbouw. Ze kijken naar iemands fysieke kenmerken en leiden daar persoonlijkheidskenmerken uit af. Dat concluderen onderzoekers van de Universiteit van Texas. Zij stelden vast dat er betrekkelijk veel onderzoek gedaan is naar de rol van bijvoorbeeld huidskleur en gezichtskenmerken, maar veel minder naar de mate waarin

fysieke kenmerken bijdragen aan eerste oordelen.

De onderzoekers mengden data uit laserscans van bestaande menselijke lichamen en maakten op basis daarvan honderdveertig realistische lichaamsmodellen, die driedimensionaal en vanuit twee hoeken te zien waren op een scherm. Bachelor-studenten (N=76) kregen dertig kenmerkwoorden ter beschikking die varieerden van 'enthousiast', en 'dominant' tot 'stil', en 'gereserveerd'. Aan hen het verzoek te rapporteren welke persoonlijkheidskenmerken zij verwachtten bij welke lichaamsbouw.

De onderzoekers concludeerden dat de deelnemers consistent bepaalde persoonlijkheidskenmerken koppelden

aan specifieke lichaamskenmerken. Zo associeerden participanten een groot lichaam relatief vaak met de woorden 'onverantwoordelijk' en 'lui' en werd een hoekige lichaamsvorm juist geregeld gelinkt met 'afhankelijk' en 'verlegen'.

De onderzoekers vermoeden dat de neiging persoonlijkheidskenmerken af te leiden uit iemands lichaamsbouw universeel is, maar dat de verbanden die mensen leggen tussen een en ander verschilt per cultuur en leeftijd. (EdJ)

Bron: Ying Hu et al., (2018). First Impressions of Personality Traits From Body Shapes, *Psychological Science*, October. doi: org.10.1177/0956797618799300

SCHAP

ZWARTE PIET IN THERAPIE



DIKMAKENDE OMGEVING TRIGGERT ERFELIJKE AANLEG

IEDER PONDJE GAAT DOOR HET MONDJE

Dat nature en nurture vaak hand in hand gaan, geldt ook voor obesitas. Kinderen die genetisch een verhoogd risico lopen overgewicht te ontwikkelen, lopen vooral kans te dik te worden als ze opgroeien in een dikmakende omgeving.

Dit blijkt uit een ingenieus Brits tweelingonderzoek. De onderzoekers bestudeerden de erfelijke aanleg voor overgewicht bij ruim 1800 tweelingkinderen tot vier jaar. Een derde was een-eiig, twee derde twee-eiig. Door de BMI's binnen tweelingen te vergelijken, konden de onderzoekers nagaan in hoeverre genetische aanleg bij obesitas een rol speelt. Tweelingen groeien immers onder dezelfde omstandigheden op. Maar

terwijl een-eiige tweelingen genetisch identiek aan elkaar zijn, komen twee-eiige tweelingen genetisch maar voor de helft overeen. Zouden de BMI's van een-eiige tweelingen meer overeenkomen dan de BMI's van twee-eiige tweelingen, dan speelt erfelijke aanleg dus een grote rol.

En inderdaad, dat bleek zo te zijn, maar alleen bij tweelingen die opgroeien in een dikmakende omgeving. Daaronder wordt verstaan dat er bijvoorbeeld altijd snoep in huis is, er weinig wordt gesport en veel tv wordt gekeken. De BMI's van een-eiige tweelingen die in zo'n omgeving opgroeien, blijken meer op elkaar te lijken dan de BMI's van twee-eiige tweelingen in die in eenzelfde omgeving opgroeien.

Met andere woorden: heb je aanleg overgewicht te ontwikkelen, dan komt die aanleg vooral tot uiting als je in een dikmakende omgeving opgroeit. Wordt er thuis evenwel gezond gegeten en veel bewogen, dan maakt het heel weinig uit of je genetisch aanleg hebt om dik te worden. (ID)

Bron: Schrempf, S. et al. (2018). Variation in the Heritability of Child Body Mass Index by Obesogenic Home Environment. *JAMA Pediatrics*. Online publicatie op 1 oktober 2018. DOI: 10.1001/jama-pediatrics.2018.1508

PROMOTIES

TOTSTANDKOMING BEIDE HERSENHELFTEN

Tess Beking onderzocht de invloed van testosteron en oestradiol vóór de geboorte en in de puberteit op de ontwikkeling van hersenlateralisatie. Daarnaast onderzocht zij de invloed van deze hormonen op de ontwikkeling van sekseverschillen in gedrag. Beking beschikte over een van de langstlopende studies ter wereld waarin 'gewone' kinderen van vóór de geboorte (via een vruchtwaterpunctie bij de moeders) tot in de puberteit werden gevolgd. Het is ook de enige studie waarbij geslachtshormonen zowel vóór de geboorte als in de puberteit bij dezelfde personen gemeten zijn om het gecombineerde effect van hormonen in deze twee fasen te onderzoeken. Uit haar onderzoek blijkt onder meer dat oestradiol inderdaad een belangrijke rol speelt, naast testosteron. Ook blijkt dat de invloed van hormonen in de puberteit afhangt van de blootstelling aan hormonen vóór de geboorte.

Tess Bekking, *Two sides to every story: Sex hormones, brain lateralization and gender development*. Rijksuniversiteit Groningen, 11 oktober 2018. (Co-)promotoren prof. dr. A.G.G. Groothuis, prof. dr. O.M. Tucha, dr. R.H. Geuze, B.P.C. Kreukels

ECONOMISCHE BESLISSINGEN ONDER GROEPSDRUK EN OP INTUÏTIE

Gedragseconomen veronderstellen – in tegenstelling tot 'traditionele' economen – dat mensen in hoge mate worden gestuurd door psychische en emotionele factoren. Stephen Jagau maakte voor zijn proefschrift op dit terrein onder meer gebruik van onderzoek waarbij proefpersonen een 'prisoners dilemma' werd voorgelegd, en de vraag kregen of ze met iemand wilden samenwerken. Daarbij moesten de keuzes soms onder tijdsdruk worden gemaakt of worden de proefpersonen afgeleid, bijvoorbeeld omdat ze een groot getal moeten onthouden. Mensen maken andere keuzes wanneer ze snel moeten beslissen dan wanneer ze de tijd krijgen om over een dilemma na te denken, aldus Jagau. Dit kan van belang zijn als je in een omgeving zit waarin je kosten moet maken om te bepalen of je potentiële partners coöperatief zijn.

Stephan Jagau, *Listen to the Sirens. Understanding Psychological Mechanisms with Theory and Experimental Tests*. Universiteit van Amsterdam, 12 oktober 2018. Promotoren prof. dr. T.J.S. Offerman, prof. dr. C.M. van Veelen

ACHTERLIGGENDE MECHANISMEN PSYCHOSES

Onderzoek naar witte-stofverbindingen in de hersenen (deze witte, vette vezels zorgen voor signaaloverdracht) met behulp van MRI kan zorgen voor het beter begrijpen van mechanismen die ten grondslag liggen aan psychotische stoornissen. Het is belangrijk te kijken naar het gehele spectrum van subklinische psychotische ervaringen tot patiënten met een diagnose schizofrenie. Stijn Michielse heeft gekeken naar de link tussen witte-stof-afwijkingen en psychotische symptomen. De resultaten laten een verstoring in hersenvezeloriëntatie zien bij patiënten en gedeeltelijk ook bij broers en zussen van patiënten. Bij jongvolwassenen blijkt deze witte-stofverandering niet gerelateerd te zijn aan subklinische psychotische ervaringen.

Stijn Michielse, *Road work ahead; cerebral pathways mediating psychological mechanisms underlying the psychosis spectrum*. Maastricht University, 19 oktober 2018. (Co-)promotoren prof. dr. J.J. van Os, dr. M.C. Marcelis

Renske van Geffen, *Proactivity in concert; an interactive perspective on employee proactivity*. Universiteit van Amsterdam, 11 september 2018. Promotoren prof. dr. D.N. den Hartog, prof. dr. F.D. Belschak

Sander van Bellum, *Neuromodulation and depression*. Rijksuniversiteit Groningen, 17 oktober 2018. (Co-)promotoren: prof. dr. R.A. Schoevers, prof. dr. A. Aleman, dr. E.M. Opmeer, M.K. de Boer

Alfons van Impelen, *All that looks grave is not grievous. Not all those who wince are in pain; studies in furtherance of validity assessment*. Maastricht University, 25 oktober 2018. Promotoren prof. dr. M. Jelicic, prof. dr. H.L.G.J. Merckelbach, prof. dr. J. a Campo

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

Franca Ruikes, *Integrated primary care for frail elderly; implementation, effects and costs of the CareWell primary care program*, Radboud Universiteit, 7 november 2018. (Co-)promotoren prof. dr. R.T.C.M. Koopmans, prof. dr. W.J.J. Assendelft, prof. dr. S.U. Zuidema, dr. H.J. Schers

EEN ECHTE PSYCHOLOOG

Daar kwam ik aan, nog in de jaren tachtig, voor mijn eerste college psychologie aan de universiteit. Gekleed in een door mijn moeder gebreide felgele trui met zwarte strepen en een net zelf gekochte paarse broek. Gelukkig viel ik met mijn lengte van 1.97 meter verder niet op... Gedreven door de nodige problemen om me heen – van verslaving tot depressies – was ik klaar om de mens en haar gedrag te doorgronden. Het inleidende boek in de psychologie en dat in de biologische psychologie vond ik fantastisch. Dit was nog maar het begin en ik stuitte al op zoveel nieuwe theorieën. Wauw! Maar tot mijn verbazing werden de theorieën helemaal niet zoveel duidelijker in de jaren daarna. Er zijn mooie theorieën waarvan ik bijvoorbeeld de cognitieve dissonantietheorie nog steeds een van de toppers vind. Maar hoe kunnen de hersenen zonder dat we het doorhebben naderhand een eenmaal gemaakte keuze rechtvaardigen door het niet-gekozen item slechter te waarderen? Ook bij de theorieën over verslaving of over depressies bleef het klinische beeld mij onduidelijk, laat staan hoe dan de beste behandeling bepaald kon worden.

Ik begreep toen: de psychologie heeft vooral behoefte aan wetenschap. Hoe neemt de mens waar en hoe selecteren we op grond hiervan een passende handeling? Hoe leren we van elkaar? Dat werden onderzoeksvragen waarmee ik me in de decennia erna ging bezighouden. Samen met vele jonge talenten wisten we door gedrag en hersenmetingen interessante kennis te ontwikkelen. Als je een fout bij een ander waarneemt, wordt ook jouw oeps-foutengebied actief. Je kunt zelfs leren van andermans fouten, concludeerden we. Fantastisch, weer een toppublicatie! Maar hoe helpt dit om een depressie beter te begrijpen?

De laatste jaren ligt mijn interesse vooral bij de persoonsontwikkeling in de onderwijscontext. Hoe kunnen we onderwijsprogramma's zodanig ontwikkelen dat leerlingen nieuwsgierig blijven? Hoe stimuleren we autonomie en creativiteit? Hoe kunnen we studenten van en over elkaar laten leren? Schuilt er dan toch een echte psycholoog in me?

De komende weken mag ik veel lezingen geven aan gemotiveerde docenten, onderwijsdirecteuren, maar ook aan managers in het bedrijfsleven. Hoe krijg ik mijn leerlingen of medewerkers gemotiveerd? Hoe creëer ik een onderzoekende houding? Wat is goed leiderschap? Hoe leert de mens? Mooie vragen en natuurlijk heb ik op grond van de wetenschap alle antwoorden, toch? Natuurlijk niet. De wetenschap heeft nog wel even nodig om heldere inzichten te verschaffen. Ik stel vooral vragen tijdens deze sessies en dan blijken managers verassend weinig nagedacht te hebben over zaken als stress, motivatie en verbondenheid binnen een bedrijf. Wetenschap heeft me geleerd vragen scherp te stellen en ik stel ze graag over die zaken die er ooit toe leidden dat ik begon aan een studie psychologie: de drijfveren van menselijk gedrag.

Dit is mijn laatste column. Ik heb hopelijk enkele lezers kunnen inspireren met mijn kronkels. Maar voor ik vertrek wil ik de lezers uitnodigen ons allemaal te inspireren hoe de psychologie eruit gaat zien. Daarom schrijven we een essayprijsvraag uit. Kijk op pagina 52 voor meer details. Jullie hebben dit jaar mij kunnen lezen, nu zijn jullie aan de beurt. Het gaat jullie goed!



Harold Bekkering

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

FOTO: LEONIE VAN DER LOCHT - HUIJBERS

De snelle ontwikkelingen op het gebied van digitale technologie gaan niet aan de psychologie voorbij. Dat geldt zowel voor de toepassing in de gezondheidszorg als voor de psychologie als wetenschap. Gerben Westerhof werpt vanuit de narratieve psychologie een licht op zowel de meer toegepaste kant van de e-mental health als op de meer fundamentele kant van de e-science. 'Hoewel computers nieuwe mogelijkheden bieden, blijven andere mensen en psychologische professionals nodig om het verhaal van de persoon recht te doen en te begrijpen.'

VERHAAL-DIGITAAL

NARRATIEVE TECHNOLOGIE VOOR GEZONDHEID EN ZORG

Op het eerste gezicht lijken verhalen op gespannen voet te staan met technologie. Verhalen behoren tot het domein van waarden en cultuur. Zij worden gezien als subjectief en vooringenomen, maar ook als persoonlijk, authentiek en warm. Technologie behoort tot het rationele domein en wordt vaak gezien als objectief en neutraal, maar ook als onpersoonlijk, vervreemdend en koud.

De naam 'Story Lab', waarin we het verhalende onderzoek van de Universiteit Twente gebundeld hebben, draagt deze spanning in zich. 'Story' verwijst naar het verhalende en 'Lab' naar het interveniëren en onderzoeken met digitale middelen. Juist deze spanning biedt ruimte voor de verkenning van nieuwe mogelijkheden.

Ik ga eerst in op de kennis over de betekenis van autobiografische verhalen voor geestelijke gezondheid en welbevinden en op de toepassing van die kennis in de narratieve zorg. Daarna bespreek ik e-mental health en e-science aan de hand van voorbeelden. Ik sluit af met de implicaties voor de toekomst.

AUTOBIOGRAFISCHE VERHALEN

Verhalen staan tegenwoordig sterk in de belangstelling. Veel bedrijven doen aan storytelling over de producten die ze aan de man brengen; de media, zoals Nederland 2, werven met 'het hele verhaal', politici zoeken manieren om beter in contact te komen met de verhalen van burgers en ook in de gezondheidszorg wordt het belang van het verhaal van de patiënt steeds meer erkend. Deze bewegingen hebben met elkaar gemeen dat het verhaal een belangrijk middel is om mensen persoonlijk aan te spreken en te leren kennen.

Eerst wil ik graag stilstaan bij de vraag wat een verhaal eigenlijk is. Vanuit een structurele benadering is het meest kenmerkende van een verhaal het *plot* (Murray & Sools, 2015). Dit bevat een vijftal min of meer vaste elementen: in een setting (1) voert een actor (2) met gebruikmaking van middelen (3) handelingen uit (4) met een doel (5). Een plot heeft doorgaans een *temporele opbouw* met een begin, midden en eind. In het begin worden de setting en actoren geïntroduceerd; in het midden vinden complicaties plaats, die om handelingen en middelen vragen en aan het eind is er sprake

Verhalen zijn niet alleen een beschrijving van de wereld, maar ze geven de wereld ook mede vorm

van een ontknoping, waarbij het doel al dan niet bereikt is.

Narratieve onderzoekers gaan ervan uit dat verhalen er toe doen (Westerhof & Bohlmeijer, 2012). Verhalen helpen mensen om betekenis te geven aan ervaringen en zich te oriënteren in hun leven. Mensen vertellen verhalen vooral op het moment dat er veranderingen of onverwachte wendingen in hun leven plaatsvinden. Ze volgen geen strikte redenering in termen van oorzaken, gevolgen en algemene wetmatigheden, maar proberen juist om unieke handelingen of ervaringen te begrijpen, bijvoorbeeld 'waarom heb juist ik deze ziekte gekregen?' In verhalen gaat het om de verbeelding van menselijke handelingen, emoties en motivaties. Verhalen zijn daarom niet alleen een beschrijving van de wereld, maar ze geven de wereld ook mede vorm.

Een specifiek soort verhalen zijn autobiografische verhalen. Het alledaagse leven is doordrenkt van dit soort persoonlijke verhalen (McLean, Pasupathi & Pals, 2016). Tot wel negentig procent van de belangrijke ervaringen wordt dezelfde dag of binnen enkele dagen met iemand anders gedeeld. Volgens het alweer wat oudere *Trouw Schrijfonderzoek* uit 2007 schrijven bijna een miljoen volwassen Nederlanders gedichten, korte verhalen, memoires, columns, romans of internetblogs, veelal over hun eigen leven.

Deze autobiografische verhalen hebben een eigen dynamiek, die te maken heeft met het vermogen van mensen om op zichzelf en hun eigen leven te reflecteren. Het persoonlijke verhaal wordt door McAdams (1996) ook wel een *selfing device* genoemd: het is een middel waarmee het I, het intentionele subject, een specifieke versie van het Me, het bereflecteerde aspect van het zelf, construeert. In de terminologie van Foucault (1988) zou je kunnen spreken van een *technologie van het zelf*: een reflectieve praktijk waarbij mensen proberen zichzelf te begrijpen en zichzelf te veranderen of aan te passen om uiteindelijk zelfs een kunstwerk van hun leven te maken.

GEESTELIJKE GEZONDHEID EN WELBEVINDEN

In mijn eigen onderzoek heb ik me er vooral op gericht beter te begrijpen hoe verhalen bijdragen aan geestelijke gezond-

heid en welbevinden. Verhalen kunnen werelden oproepen die bijdragen aan het behoud van gezondheid en welbevinden of het bevorderen van ontwikkeling en groei, maar ze kunnen ook psychische problemen veroorzaken en in stand houden. In figuur 1 wordt een heuristisch model gepresenteerd over de relatie tussen verhalen en geestelijke gezondheid op basis van verschillende psychologische domeinen: persoonlijkheidspsychologie, ontwikkelingspsychologie, cognitieve psychologie, psychogerontologie, gezondheidspsychologie en klinische psychologie (Westerhof & Bohlmeijer, 2012, 2014).

Het verhaal is weergegeven in de tekstballon. Elk verhaal kent een eigen *plot*. De *autobiografische expressie* laat zien hoe de plot tot uitdrukking gebracht wordt. Onderzoek heeft laten zien dat verschillende kenmerken aan geestelijke gezondheid en welbevinden gerelateerd zijn: het beschrijven van details van specifieke gebeurtenissen, het benoemen van emoties en de vervulling van twee basale motieven: agency en communion.

De verteller kan *reflecteren* op de betekenis van het vertelde vanaf een standpunt buiten het verhaal: dat is aangeduid met de gedachtenwolk 'reflectie'. In een reflectie kan het gaan om een evaluatie van een verhaal als mooi, leuk, spannend, of droevig. Het kan ook gaan om een autobiografische redenering: wat is het verband van het vertelde met mijn identiteit, laat het iets zien van wie ik ben of wat er belangrijk is in mijn leven? Tot slot kunnen meerdere verhalen met elkaar geïntegreerd worden in een levensverhaal: waar kom ik vandaan, waar sta ik nu en waar ga ik naartoe?

De mate waarin het lukt om op deze verschillende manieren een coherente en positieve betekenis te construeren, is van belang voor geestelijke gezondheid en welbevinden. Dit geldt met name wanneer mensen er in hun reflecties in slagen om ook negatieve gebeurtenissen een zin en betekenis te geven.

De relatie van verhalen met geestelijke gezondheid verloopt via de verschillende *functies* die verhalen hebben. Er kunnen drie soorten functies worden onderscheiden.

De eerste soort zijn *sociale* functies. Mensen leren elkaar kennen doordat ze verhalen uitwisselen. Hun onderlinge band wordt onderhouden en versterkt door het delen van verhalen. Verhalen zijn ook een belangrijk middel om aan anderen getuigenis af te leggen over hun ervaringen of om anderen te overtuigen van een bepaalde visie op de wereld. De tweede soort zijn *instrumentele* functies: verhalen kunnen

bijdragen aan het reguleren van emoties, aan het omgaan met problemen, aan het maken van keuzes en aan het verbeelden van het leven. De derde soort functies zijn *integratieve functies*: verhalen dragen bij aan antwoorden op grotere vragen, zoals 'wie ben ik?' of 'wat geeft mijn leven zin?' De integratieve functie betreft daarmee vooral identiteitsconstructie en zingeving. De mate waarin de verschillende verhaal functies vervuld worden, draagt bij aan geestelijke gezondheid en welbevinden.

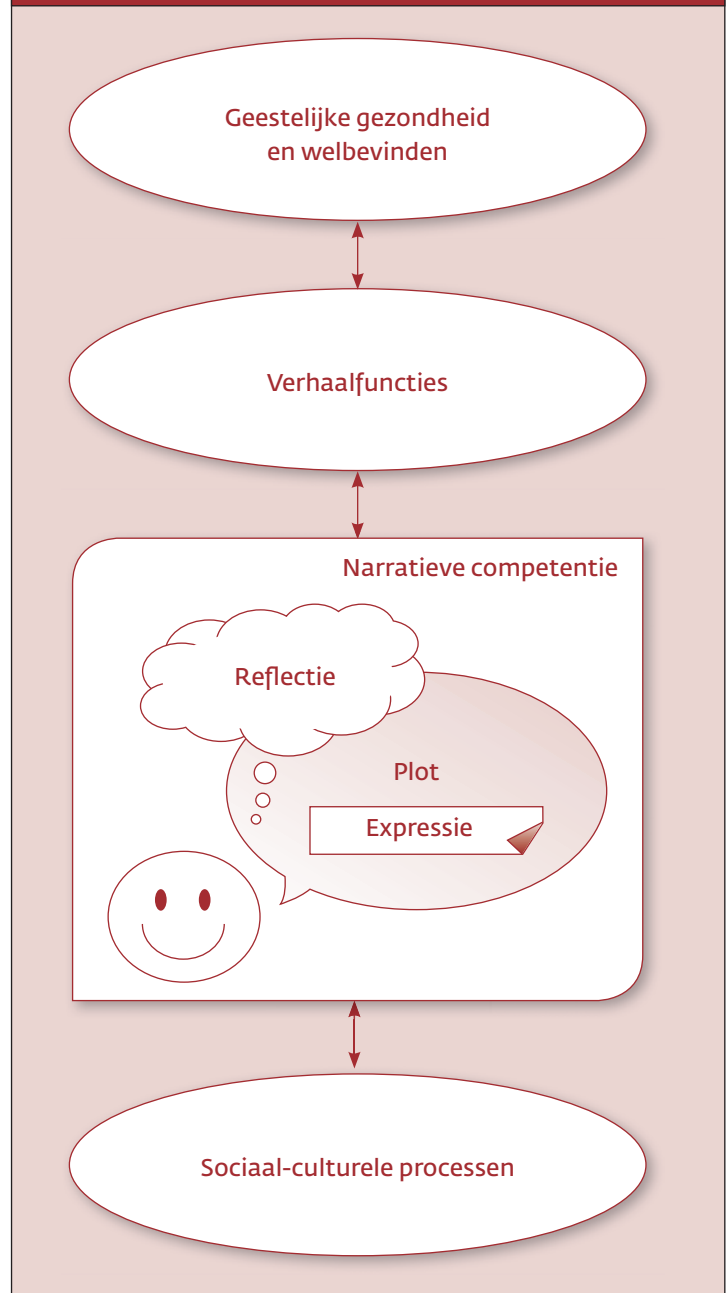
Er zijn echter grote verschillen tussen mensen in de vaardigheden om een verhaal te vertellen dat bijdraagt aan deze functies. Deze *narratieve competentie* kan omschreven worden als het vermogen om verhalen zo te vertellen dat plot, expressie en reflectie een vorm en functie krijgen die bijdragen aan geestelijke gezondheid en welbevinden. Het is van belang dat deze competentie geen louter individueel fenomeen is, maar samenhangt met *sociaal-culturele processen*. Daarbij spelen maatschappelijke belangen en machtsrelaties een belangrijke rol. Het ene verhaal is daarmee meer 'vertelbaar' dan het andere verhaal. Bepaalde verhalen worden minder gewaardeerd, waardoor mensen zich niet altijd gehoord voelen.

NARRATIEVE ZORG

De afgelopen jaren is er veel aandacht geweest voor een benadering van geestelijke gezondheid als meer dan de afwezigheid van ziekte (Bohlmeijer et al., 2013). Deze loopt synchroon met de discussie over een bredere definitie van gezondheid als het vermogen om regie te voeren en zich aan te passen aan fysieke, psychische en sociale uitdagingen (Huber et al., 2016). Deze nieuwe benaderingen van (geestelijke) gezondheid beogen de persoon en niet alleen diens ziekte centraal te stellen. Waarden als zelfstandigheid, self-management, eigen regie en participatie worden steeds belangrijker. In het kort wordt dit wel aangeduid als *persoonsgerichte zorg*: zorg waarbij de waarden, wensen en voorkeuren van patiënten in alle aspecten van het zorgproces een belangrijke rol spelen (AGS, 2016).

Verhalen spelen een belangrijke rol in persoonsgerichte zorg (Kenyon, Bohlmeijer & Randall, 2011). Autobiografische verhalen worden bijvoorbeeld gebruikt voor het opstellen van zorg-leefplannen in de ouderenzorg of in de diagnostiek en indicatiestelling in de geestelijke gezondheidszorg. Ze zijn ook essentieel in alledaagse zorginteracties: de uitwisseling van verhalen maakt een betekenisvolle band mogelijk, waarin er ook aandacht kan zijn voor de waarden, wensen en voorkeuren van cliënten of patiënten. In verhalende

FIGUUR 1: HEURISTISCH MODEL VOOR DE RELATIE VAN VERHALEN MET GEESTELIJKE GEZONDHEID EN WELBEVINDEN



interventies worden mensen gestimuleerd hun verhalen te vertellen, deze te delen met anderen of erover te reflecteren om daarmee hun gezondheid te bevorderen. Tot slot worden verhalen ook gebruikt in de evaluatie en verantwoording van de kwaliteit van zorg.

In het Story Lab ontwerpen en onderzoeken we *narratieve interventies* die mensen ondersteunen in het vertellen van een verhaal dat bijdraagt aan hun geestelijke gezondheid en welbevinden. Daarbij zijn de drie pijlers van evidence-based werken van belang (American Psychological Association, 2006): (1) de beste wetenschappelijke kennis, (2) de klinische expertise van zorgverleners en (3) de waarden, wensen en voorkeuren van cliënten. De synthese van de best beschikbare wetenschappelijke kennis in het heuristische model speelt een belangrijke rol in het ontwerpen en onderzoeken van narratieve interventies. Klinische expertise en waarden, wensen en voorkeuren van cliënten dragen bij aan de *tailoring* van interventies: het afstemmen van de processen in een interventie op specifieke doelen en doelgroepen.

Het onderzoek naar de werkzaamheid van narratieve interventies draagt bij aan een verdere onderbouwing en verfijning van het model. Kwalitatieve studies laten bijvoorbeeld zien dat deelnemers meer verbondenheid met anderen ervaren, meer grip op hun leven krijgen of beter weten wie ze zelf zijn (bv. Korte et al., 2014). Deze waarden passen goed bij de drie functies van verhalen. Kwantitatieve studies met goed opgezette trials laten de effectiviteit zien van interventies in het verminderen van psychische klachten en het bevorderen van welbevinden (bijv. Westerhof et al., 2017). Aan het Story Lab hebben we zo meerdere interventies ontwikkeld en onderzocht die als bewezen effectief gelden: 'Op Verhaal Komen' (voor mensen van middelbare en oudere leeftijd met depressieve klachten), 'Dierbare Herinneringen' (voor kwetsbare ouderen met depressieve klachten) en 'Mijn Levensverhaal' (voor mensen met verstandelijke beperkingen en psychische klachten).

NARRATIEVE TECHNOLOGIE

De afgelopen decennia heeft digitale technologie een grote impact gehad op de manier waarop verhalen verteld worden. Vooral sociale media spelen tegenwoordig een belangrijke rol. Facebook en Snapchat hebben het zelfs expliciet over Je Verhaal als een stroom van berichten. Ook bestaan er apps, zoals MuseumofMe of Memento, die sociale media gebruiken om geautomatiseerde biografieën te maken.

Mensen hebben natuurlijk hun verhalen al ver voor het digitale tijdperk opgetekend in bijvoorbeeld dagboeken, brieven en autobiografieën. Het schrift, de boekdrukkunst en de fotografie maken persoonlijke verhalen ook in letterlijke zin tot een technologie van het zelf. Deze technologie maakt het mogelijk verhalen vast te leggen en te verspreiden zonder het persoonlijk contact dat nodig is om ze mondeling door te

geven. Digitale media kunnen als een voortzetting van dit soort technologie gezien worden, maar ze brengen ook nieuwe mogelijkheden met zich mee. Er zijn daarbij ten minste drie aspecten van belang, die ik aanduid als extern geheugen, media en interactie (Koenitz et al., 2015; Rettberg, 2014; Ryan, 2015; Sutton, 2016; Thomas & Briggs, 2016).

Ten eerste creëren mensen via sociale media een permanente stroom van verhalen. Dit kan gezien worden als een *extern autobiografisch geheugen*. Dat externe geheugen vergroot niet alleen de capaciteit van het geheugen in ons brein, maar creëert ook een andere dynamiek. Wanneer mensen terugkijken in hun berichten op sociale media, bijvoorbeeld middels een geautomatiseerde biografie, dan herkennen ze momenten terug waar ze zelf niet meer zo snel aan gedacht hebben. Dit kan een aangename verrassing zijn, maar soms hebben mensen dan ook de neiging zo'n biografie te bewerken, bijvoorbeeld door alledaagse gebeurtenissen weg te laten of gebeurtenissen met een ex-partner opnieuw te waarderen.

Het tweede kenmerk van digitale technologie betreft de *verhaalmedia*. Net als in traditionele media wordt er gebruik gemaakt van verhaaltteksten, maar worden ook beelden, geluiden en filmpjes gebruikt om verhalen te vertellen. De laatste jaren zijn ook interactieve computergames en 'virtual reality' in opkomst als het gaat om storytelling. Dergelijke digitale middelen voegen nieuwe verhaal mogelijkheden toe die voorheen niet bestonden.

Het derde kenmerk betreft de *interactie* bij het vertellen van verhalen. Digitale technologie voegt iets toe aan de snelheid van uitwisseling van verhalen met anderen. Ook ontstaat er een nieuwe dynamiek van wat privé en publiek is en van wat reëel en virtueel is. Digitale systemen krijgen ook steeds meer zelf een interactieve rol toebedeeld. In games is de computer bijvoorbeeld betrokken in het opwerpen van complicerende acties die het verhaal spannend moeten houden. Deze interactiviteit van het systeem is een geheel nieuwe kwaliteit.

Elke technologie biedt andere mogelijkheden en beperkingen voor het vertellen en delen van verhalen. Bij Twitter gaat het om een beperkt aantal tekens, bij Snapchat om foto's die snel weer verdwijnen. Toch kunnen we pas in het daadwerkelijke gebruik van de technologie zien *hoe* mensen verhalen vertellen en uitwisselen en *of* dat bij kan dragen aan hun geestelijke gezondheid en welbevinden. Het heuristische model kan gebruikt worden om de betekenis van digitale verhalen te onderzoeken, maar digitale verhalen vragen ook om aanpassingen van het model. Ik bespreek dat

aan de hand van twee narratieve interventies, waarin e-mental health centraal staat: de online versie van de interventie 'Op Verhaal Komen' en het maken van een 'Online Levensalbum'. Ik richt me vooral op de verhaalfuncties die ermee ondersteund kunnen worden.

E-MENTAL HEALTH: TECHNOLOGIE VOOR NARRATIEVE INTERVENTIES

OP VERHAAL KOMEN ONLINE De interventie 'Op Verhaal Komen' is bedoeld voor mensen van middelbare en oudere leeftijd die te kampen hebben met depressieve klachten en is gebaseerd op narratieve therapie en life review-therapie. De interventie stimuleert autobiografische expressie en reflectie. Deelnemers wordt gevraagd specifieke, levendige, positieve en negatieve herinneringen uit verschillende fasen van hun leven op te halen. Vervolgens worden ze gemotiveerd om te reflecteren op de betekenis van de herinneringen en ze te integreren in een levensverhaal dat hen weer kracht geeft door te gaan. De interventie sluit af met de vraag naar een nieuw, inspirerend hoofdstuk voor de toekomst.

Eerder onderzoek heeft laten zien dat de interventie bijdraagt aan vermindering van depressieve klachten en versterking van welbevinden in een face-to-face groepsvorm (Korte et al., 2012) en als zelfhulpboek met coaching via e-mails (Lamers et al., 2015). Recent onderzochten we 'Op Verhaal Komen' ook als een volledig digitale internetbehandeling (Westerhof et al., 2017). We vergeleken in de internet-omgeving een variant waarbij er sprake was van begeleiding door een counselor met een variant waarbij deelnemers contact hadden met lotgenoten, die onderling feedback gaven op elkaars verhalen.

De digitale technologie is nog redelijk beperkt in deze interventie. Het *externe autobiografische geheugen* speelt een rol omdat het optekenen van verhalen de basis is voor de uitwisseling in de digitale omgeving: de counselor of de lotgenoten kunnen deze in hun eigen tijd en plaats lezen en van opbouwende feedback voorzien. Specifiek in de online *interactiviteit* is het anonieme contact met de counselor of de lotgenoten. Ook zijn er zogeheten persuasieve elementen aan het systeem toegevoegd: mensen ontvangen bijvoorbeeld reminders om opdrachten uit te voeren of nieuwe berichten te lezen. Wat betreft de gebruikte *media* is de interventie voornamelijk talig, met ook creatieve schrijfoefeningen.

We onderzochten de interventie in een mixed-methods studie (Westerhof, Lamers et al., 2017). De bevindingen laten

Face-to-face contact met counselor en lotgenoten lijkt nodig om tot een betere sociale uitwisseling en een betere integratie van het verhaal te komen

zien dat de integratieve functie minder goed bereikt lijkt te worden dan in de face-to-face groepsversie. De interventie bleek effectief te zijn, maar de effecten op depressieve klachten en welbevinden waren minder sterk dan in de face-to-face groepsinterventie. Er werd ook geen effect gevonden op ego-integriteit, een belangrijke maat voor de integratieve functie van verhalen. Hoewel de deelnemers gemiddeld genomen tevreden waren over het contact met de counselor of de lotgenoten, vonden sommigen de uitwisseling oppervlakkig. Ze gaven bijvoorbeeld aan dat de counselor meer een facilitator was dan een echte counselor of dat de feedback van de lotgenoten geen diepgang had. Volgens sommige deelnemers hadden ze daardoor weinig nieuw inzicht in hun verhaal gekregen.

De resultaten laten ook zien dat de sociale functie van de uitwisseling van verhalen niet voor alle deelnemers even goed vervuld kon worden, met name in de lotgenotenvariant. De deelnemers vinden de contacten met de counselor meer persoonlijk, plezierig en betekenisvol dan de contacten met lotgenoten. Hoewel sommige deelnemers tevreden waren, gaven anderen aan hun verhalen liever niet te willen delen met lotgenoten die zij niet kenden of die een heel andere problematiek lieten zien in hun verhalen. Dit leidde met name in de lotgenotenconditie ook tot minder gebruik en hogere uitval. In beide condities waren er mensen die aangaven dat ze graag persoonlijk contact wilden hebben, hoewel er ook enkelen waren die juist de anonimiteit prettig vonden.

Digitale technologie kon in dit project de integratieve en sociale functies van verhalen niet op alle punten even goed ondersteunen. We hebben daarom voorgesteld te onderzoeken hoe persoonlijk contact en technologie elkaar het beste kunnen afwisselen om een zo krachtig mogelijke interventie te maken. Oefeningen voor autobiografische expressie kunnen bijvoorbeeld goed zelfstandig als huiswerk online gedaan worden. Face-to-face contact met counselor en

lotgenoten lijkt nodig om tot een betere sociale uitwisseling en een betere integratie van het verhaal te komen.

ONLINE LEVENSBALBUM We ronden momenteel een onderzoek af naar een online levensalbum voor mensen met beginnende dementie (Elfrink et al., 2017). We hebben vrijwilligers getraind om in een vijftal gesprekken samen met mensen met dementie en hun naasten een multimediaal levensalbum te vullen met foto's en teksten, maar ook met filmpjes, video en muziek. Als het boek klaar is, kan het worden afgedrukt en gebruikt om herinneringen op te halen of zich te laten inspireren voor het huidige leven.

Het online levensalbum maakt gebruik van verschillende nieuwe mogelijkheden die digitale technologie biedt. Het werkt daadwerkelijk als een *extern autobiografisch geheugen* dat ondersteuning biedt wanneer het interne geheugen in de loop van het dementieproces minder sterk wordt. Juist het gebruik van *multimediale* prompts versterkt het proces van herinneren omdat er een beroep wordt gedaan op meerdere zintuigen om herinneringen te activeren. De *interactiviteit* is vooral terug te vinden in de uitwisseling met naasten, die bij kunnen dragen aan het aanvullen van het levensalbum en het opnieuw ophalen van herinneringen.

Eerste bevindingen laten zien dat het online levensalbum vooral van toegevoegde waarde is voor de relatie met de persoon met dementie. Deelnemers met dementie, hun mantelzorgers en familie geven aan dat het boek de interactie bevordert en de communicatie versterkt. Vrijwilligers spreken over een waardevol contact met de deelnemers, dat eraan bijdraagt dat het dankbaar werk is. Zorgprofessionals geven aan dat het levensalbum bijdraagt aan een betere relatie omdat ze een beeld van de persoon met dementie krijgen dat meer is dan de klachten. Managers van zorginstellingen geven aan dat het een goed hulpmiddel is voor persoonsgerichte zorg en bij kan dragen aan een betere samenwerking met de familie. De sociale functie is dus de functie die volgens de deelnemers het meest ondersteund wordt.

De analyse van de levensalbums laat daarnaast zien dat mensen vooral veel foto's van positieve gebeurtenissen uit de eigen familiekring opnemen, zoals feestelijke momenten en vakanties. Het levensalbum draagt hier bij aan de expressie van levendige, positieve verhalen. Daarmee is het een specifiek verhaal over de levensloop. Het kan in ieder geval positieve aspecten van de identiteit ondersteunen en daarmee deels de integratieve functie vervullen. In vervolgonderzoek willen we nagaan hoe online levensalbums het best in persoonsgerichte zorg ingezet kunnen worden.

Technologie maakt in dit soort interventies van persoonlijke verhalen een concrete, materiële technologie van het zelf. Enerzijds kan het heuristische model gebruikt worden voor het beoordelen van de werking en het effect van narratieve technologie. Anderzijds kan het heuristische model worden verrijkt met de mogelijkheden die digitale technologieën bieden: het medium dat gebruikt wordt is deels ook de boodschap. Toch roept het gebruik van technologie ook de vraag op of digitale technologie wel de hele structuur en functie van verhalen kan overnemen. Het blijft van belang ook de tijd en ruimte te blijven creëren voor de mondelinge, persoonlijke uitwisseling van verhalen en de reflectie daarop.

E-SCIENCE: TECHNOLOGIE VOOR NARRATIEVE ANALYSE

We hebben gezien dat computers een nieuwe vorm van interactiviteit kunnen toevoegen aan digitale verhaalstechnologie. Computers worden er steeds beter in om bij te dragen aan het creëren en uitwisselen van verhalen. De schrijver Ronald Giphart schreef onlangs een vervolg op het beroemde boek *Ik, robot* van Isaac Asimow. Hij deed dit samen met een robot, Asibot genaamd. Asibot kan op basis van een analyse van meer dan tienduizend Nederlandstalige boeken de stijl van verschillende schrijvers nabootsen waaronder die van Asimow. Hoewel Giphart het proces in goede banen moest leiden, heeft de computer wel degelijk bijgedragen aan het formuleren van mooie zinnen en aan wendingen in het verhaal. De analyse van verhalen is een belangrijk onderdeel van dit soort kunstmatige intelligentie. Ik wil nu ingaan op de mogelijkheden en beperkingen die technologie biedt voor het analyseren van verhalen.

Ik begeef me op het gebied van *computationele, narratieve modellen* (Finlayson, Richards, & Winston, 2010). Het gaat daarbij om het ontwikkelen van algoritmes die de analyse van verhalen door computers mogelijk maken. Computationele, narratieve modellen verbinden inzichten uit verschil-

Technologie maakt van
persoonlijke verhalen een
concrete, materiële technologie
van het zelf

lende disciplines, zoals cognitieve en neurowetenschap, computerwetenschap, kunstmatige intelligentie, linguïstiek, logica, filosofie, psychologie, sociologie en antropologie. Ook wordt er gebruik gemaakt van aangrenzende velden in de computerwetenschap, zoals *text mining* en *natural language processing*, die zich op woordgebruik en linguïstiek richten (Calvo et al., 2016). Een ander verwant veld in de computerwetenschap is de *affective computing*: deze bouwt voort op emotietheorieën uit de psychologie en stelt de verbale en nonverbale analyse van emoties, affecten en sentimenten centraal (D'Mello & Kory, 2015).

Computationele modellen van verhalen kunnen als een vorm van *e-science* gezien worden: het gebruik van digitale middelen voor het beoefenen van de wetenschap. Big data spelen daarbij een belangrijke rol. Ik ga hier in op drie van de vele uitdagingen die big data met zich meebrengen: de hoeveelheid, complexiteit en waarde.

Een eerste aspect is de *hoeveelheid* te verwerken data. Er komen steeds meer narratieve data beschikbaar, omdat verhalen al met digitale middelen verteld zijn of omdat computers er steeds beter in worden om gesproken en geschreven teksten te digitaliseren. Er wordt wel gesproken van *Big Data* als de kwantiteit van data waar normaal gesproken mee wordt gewerkt met een factor honderd vergroot wordt. Als een narratief onderzoeker bijvoorbeeld tien interviews analyseert, dan worden dat er nu duizend. Dergelijke hoeveelheden zijn voor kwalitatief narratief onderzoek niet bereikbaar, maar voor computationele modellen juist benodigd.

Big Data worden daarnaast gekenmerkt door *complexiteit*. Digitale technologie maakt steeds meer verhalen beschikbaar die in een natuurlijke setting en niet voor onderzoeksdoeleinden geproduceerd zijn. Dergelijke verhalen zijn vaak veel complexer dan verhalen die in narratieve interviews geproduceerd worden, waarin het persoonlijke verhaal alle aandacht krijgt. De complexiteit neemt ook toe door niet alleen de verbale inhoud van een verhaal te onderzoeken, maar ook de manier waarop het verhaal verteld wordt, bijvoorbeeld door stemgebruik of gezichtsexpressie in de analyse mee te nemen (Truong et al., 2014).

Het derde aspect betreft de *waarde* van Big Data. De waarde van computers bij het analyseren van verhalen ligt er juist in dat ze een andere benadering hebben dan mensen in de dagelijkse uitwisseling van verhalen of dan onderzoekers in de interpretatie van verhalen. Computers lijken op het eerste gezicht een meer objectieve analyse van verhalen mogelijk te maken. Ze analyseren verhalen met veel meer

precisie dan mensen en kunnen op een meer gedistantieerde manier patronen herkennen in verhalen. We voeren in het Story Lab momenteel twee projecten uit samen met het Netherlands eScience Center. In termen van het heuristische model ga ik hier vooral in op kenmerken van autobiografische expressie en reflectie.

AUTOMATISCHE ANALYSE VAN E-MAIL-CONVERSATIES IN ONLINE PSYCHOTHERAPIE

Een uitdaging in onderzoek naar psychotherapie is dat veel therapieën effecten hebben, maar dat we nog weinig weten over de vraag hoe communicatie tussen cliënten en therapeuten bijdraagt aan die effecten. Een analyse van e-mailberichten in online psychologische behandelingen zou hier meer inzicht in kunnen geven. In het project *What works when for whom?* gaan we op zoek naar patronen die er in de e-mailconversaties tussen cliënten en hulpverleners gevonden kunnen worden. We willen graag weten of die patronen te koppelen zijn aan het verloop van de behandeling, zoals aan de adherentie, dat wil zeggen het blijven deelnemen aan de interventie, of de effectiviteit, dat wil zeggen de veranderingen in psychische klachten of welbevinden. Op basis van de kennis die dat oplevert kan een systeem ontworpen worden dat bijdraagt aan het vroegtijdig herkennen van een gebrek aan motivatie om de interventie af te ronden of van een mogelijk gebrek aan werkzaamheid van een behandeling. Daarnaast kan het project inzicht opleveren voor professionals in welke therapie voor welke mensen het beste werkt.

Ik zal een mogelijke aanpak laten zien aan de hand van 'Op Verhaal Komen'. In de versie waarin deelnemers het zelfhulpboek met e-mailbegeleiding doorliepen, werd deelnemers aan het begin van de therapie gevraagd een e-mail te schrijven om zichzelf voor te stellen (Lamers et al., 2015). Hieronder staat een voorbeeld van zo'n e-mail.

Ik ben een vrouw van midden 50 [...]. Ik heb inferieur kraakbeen en ben afgesleten in rug, knieën, schouders, handen en ellebogen en nek. [...] Omdat ik graag schrijven het ook erg leuk vind om verhalen te maken van gebeurtenissen (zonder verhaal is het leven maar saai) en omdat ik graag een boek wil gaan schrijven en omdat ik een instrument moet gaan maken om de toekomst te lijf te kunnen gaan (steeds erger invalide worden) wilde ik meedoen aan deze cursus. [...] Het moet voor mij een kapstok worden om de komende tijd meer vertrouwen in mijzelf te krijgen en ik moet de vrees voor de toekomst de baas worden want nu is het bijna zo dat de vrees voor het lijden al genoeg is om mij volledig depressief te

maken en ik moet mijzelf bij de lurven gaan pakken [...] Ik moet mijzelf zozeer de moeite waard gaan vinden, om dit gevecht goed door te komen, dat ik kracht genoeg uit mijzelf kan halen.

Een veel gebruikte gecomputeriseerde methode in de psychologie is de *Linguistic Inquiry and Word Count* (LIWC; Pennebaker et al., 2015). Op basis van een woordenboekbenadering zijn woorden toegewezen aan verschillende psychologische functies die ze vervullen. Het gaat bijvoorbeeld om positieve emotiewoorden, zoals leuk, goed, of beter en om negatieve emotiewoorden, zoals inferieur, erg of saai. Deze emotiewoorden verwijzen naar een aspect van de autobiografische expressie: hoe wordt een verhaal verteld? Een andere categorie betreft inzichtwoorden, zoals vinden of kennen. Deze kunnen een indicatie zijn voor autobiografische reflectie: wordt er een meer expliciete betekenis aan een verhaal toegekend?

Alle voorstelmails uit de interventie zijn op soortgelijke wijze geanalyseerd. Mensen hadden een grotere kans om uit te vallen als ze minder woorden gebruikten in de voorstelmail, meer negatieve emotiewoorden, meer lichaamsgerelateerde woorden, minder zintuiglijke woorden en minder prestatiegerelateerde woorden. Als er drie of meer criteria werden vervuld dan bleken mensen vaak voortijdig te stoppen met de interventie. De specificiteit voor uitval was 91% en de sensitiviteit voor het afmaken van de interventie 84%.

In het project komen we verschillende uitdagingen tegen als het gaat om de hoeveelheid, complexiteit en waarde van de data. Data lijken minder makkelijk voorhanden dan op het eerste gezicht lijkt. E-mails van counselors laten soms relatief weinig variatie zien, omdat ze deelnemers op soortgelijke manieren motiveren en de structuur van de interventie aanhouden. In goed gedocumenteerde wetenschappelijke studies naar e-healthbehandelingen zijn er vaak veel aanvullende gegevens over het beloop voorhanden, maar in de praktijk is dat veel minder het geval. Informatie over wie wanneer om welke reden is gestopt met een behandeling of over wie baat heeft gehad bij de interventie moet vaak uit andere systemen gehaald worden. Het is dan een uitdaging die gegevens te koppelen aan de e-mailconversaties. Tot slot is privacy een belangrijke uitdaging: verhalende data zoals die in e-mailconversaties worden uitgewisseld, zijn vaak moeilijk te anonimiseren en vragen dus extra maatregelen om de privacy te waarborgen.

De data zijn op verschillende manieren complex. In de analyse van de voorstelmails zijn vijf losse indicatoren

gebruikt. In de praktijk gaat het echter vaak om een patroon: het benoemen van negatieve emoties heeft een andere betekenis wanneer er in eenzelfde verhaal ook veel positieve emotiewoorden of inzichtwoorden worden gebruikt. Daarnaast onderzoeken we het patroon niet op één moment, maar over de tijd. Tot slot is de interactie tussen deelnemers en counselors van belang. Dit vraagt om statistische methoden die deze complexiteit recht doen.

De waarde van technologie ligt erin dat een computer de data op een andere manier analyseert dan een menselijke onderzoeker. De computer kan bijvoorbeeld in een zogeheten machine-learningbenadering op zoek gaan naar kenmerkende verschillen in e-mails tussen mensen die een interventie al dan niet hebben afgemaakt. De computer kan zo verhaalaspecten op het spoor komen die uit bestaand onderzoek nog niet bekend waren. Het nadeel, zeker bij meer geavanceerde machine-learningmethoden, is dat het een black box blijft hoe de computer precies tot beslissingen komt. Om de theorie verder te ontwikkelen is het van belang ook daadwerkelijk inzicht te krijgen in wat er zich precies in een e-mailconversatie afspeelt.

EMOTIEHERKENNING BIJ DEMENTIE

Het tweede project gaat over de herkenning van emoties bij mensen met dementie. Emoties spelen een belangrijke rol in de persoonsgerichte zorg voor mensen met dementie. Juist omdat het dementieproces onomkeerbaar is, richt de zorg zich op het handhaven of verbeteren van het welbevinden. Er bestaan verschillende instrumenten om in de alledaagse zorg emoties te observeren, maar deze geven vaak een samenvattend oordeel over de emotionele toestand in bijvoorbeeld de afgelopen week. In de zorg is het juist belangrijk om vast te kunnen stellen hoe iemand zich op een bepaald moment voelt, bijvoorbeeld als reactie op wat een familielid of verzorgende doet of zegt. In onderzoek worden wel instrumenten gebruikt om deze expressie van emoties vast te stellen, maar deze zijn erg bewerkelijk en in een alledaagse zorgcontext moeilijk te gebruiken. Tot slot is er nog weinig bekend over de vraag of en hoe de expressie van emoties verandert bij mensen met dementie, bijvoorbeeld als het verbale vermogen afneemt. Als we hier meer inzicht in krijgen, kan dat in de toekomst gebruikt worden om professionals te trainen in het beter herkennen van emotionele expressie bij mensen met dementie of om systemen te ontwerpen die informatie over emotionele expressie herkennen en vroegtijdige reacties daarop mogelijk maken.

Ook hier gaat het om grote hoeveelheden data, omdat deze

in een tijdsverloop van seconden en minuten geanalyseerd worden. De computer stelt vooralsnog wel eisen, zoals aan de belichting of de geluidsopname, omdat aspecten van de expressie van emoties anders niet goed geanalyseerd kunnen worden. Ook hier geldt dat privacy van belang is: we willen graag een corpus maken, dat wil zeggen een database met opnames van mensen met dementie, die ook door andere onderzoekers gebruikt kan worden. Het is nodig om deelnemers daar van begin af aan goed in te betrekken.

De data zijn ook *complex*. Het gaat om continue data van verschillende manieren waarop emotionele expressie tot stand komt. Gezichtsexpressie bestaat bijvoorbeeld uit de analyse van een grote hoeveelheid kleine spierbewegingen in het gezicht. Stemgebruik bestaat uit verschillende indicatoren zoals pauzes, spreek snelheid en volume. Verbale expressie kent ook een scala aan uitingen, waaronder het direct benoemen van positieve en negatieve emotiewoorden. De vraag is hoe deze data gecombineerd moeten worden om tot een eenduidige interpretatie te komen. Daarbij moet ook rekening gehouden worden met de grote individuele verschillen tussen mensen in de manier waarop ze emoties uitdrukken. Tot slot willen we veranderingen in de loop van het ziekteproces onderzoeken, waarbij het een uitdaging is vast te stellen welke kenmerken van de expressie van emoties bij normale processen van ouder worden horen en welke bij de cognitieve achteruitgang waarmee dementie gepaard gaat.

De waarde van het project ligt erin dat we een toepassing maken voor een specifieke groep in een min of meer alledaagse setting. We willen emoties van mensen met Alzheimer oproepen door hen aan de hand van een levensalbum herinneringen te laten ophalen. De computer heeft hierin een toegevoegde waarde, omdat mensen zich snel aanpassen en het niet meer opmerken als iemand bijvoorbeeld langzamer of zachter gaat praten. Een belangrijke vraag is of bestaande modellen mogelijk een bias vertonen op grond van de data waarop ze gebaseerd zijn. Bestaande modellen zijn namelijk vooral gemaakt op basis van acteurs die emoties uitbeelden of op basis van jongeren bij wie in een meer experimentele setting emoties worden opgewekt. Het is dus de vraag hoe goed de computer erin slaagt om ook bij oudere mensen met dementie emoties te herkennen.

Samenvattend kan ik concluderen dat het gebruik van computationele, narratieve modellen nieuwe mogelijkheden biedt voor de analyse van verhalen. We hebben de hoeveelheid data, de complexiteit hiervan en de toegevoegde waarde

van computermodellen onder de loep genomen. Het heuristische model kan gebruikt worden om sturing te geven aan de analyse door computers. Relevante verhaalkenmerken op het gebied van autobiografische expressie en reflectie kunnen worden teruggevonden in bijvoorbeeld emotiewoorden of inzichtwoorden. Computatieve, narratieve modellen kunnen ook aanleiding zijn tot het verder verbeteren en verbreden van het model, bijvoorbeeld met nieuwe verhaalkenmerken die in machine learning of in nonverbale analyse gevonden worden. De uitdaging ligt hierin het vinden van een goede interpretatie van geautomatiseerde analyses door computers. Op een meer fundamenteel niveau blijft het echter de vraag of een computer een verhaal kan begrijpen. In het alledaagse leven spelen inlevingsvermogen en wederzijds begrip een belangrijke rol in de persoonlijke uitwisseling van en reflectie op verhalen.

IMPLICATIES

In de komende jaren zullen de digitale mogelijkheden razendsnel toenemen. Toepassingen van computationele modellen zullen een rol gaan spelen in diagnostiek en coaching, bijvoorbeeld door het monitoren van het gebruik van smartphones. Virtuele coaches en robots zullen op subtiele manieren reageren op wat mensen vertellen, waarbij ze ook rekening houden met stemmingswisselingen. Virtual reality en interactieve, narratieve games zullen hun weg vinden in e-healthtoepassingen die daardoor meer ‘immersief’ en overtuigend zullen zijn. Een goede afweging van de voor- en nadelen hiervan is daarbij van belang. Ik heb in dit artikel met name laten zien dat een goed theoretisch model hierbij van essentieel belang is. Daarnaast is interdisciplinaire samenwerking tussen psychologen en computerwetenschappers van belang om tot een vruchtbaar gebruik van digitale technologie te komen. Dit onderwerp is te belangrijk om het alleen aan techgiganten als Microsoft, Apple en Google over te laten.

De daadwerkelijke implementatie vraagt om samenwerking met zorgorganisaties, waarbij er ook aandacht moet zijn voor regelgeving en wetgeving, bijvoorbeeld als het gaat om privacy en eigenaarschap van data. De snelle technologische ontwikkelingen vragen om goede professionals die psychologische kennis en vaardigheden in de zorg kunnen combineren met kennis en vaardigheden op het gebied van technologie. Zij moeten kunnen inschatten welke mogelijkheden technologie heeft, met technologische ontwerpers kunnen communiceren en technologische innovaties implementeren, waarbij in de zorg ook een belangrijk aspect is dat ze

collega's kunnen motiveren in het gebruik van technologie.

Het heuristische model geeft aanknopingspunten om het ondersteunen en analyseren van verhalen met behulp van digitale technologie beter te begrijpen, maar digitale technologie kan ook helpen het model verder te verfijnen en aan te vullen. Tot slot bleek dat digitale technologie grenzen heeft als het gaat om de uitwisseling van en reflectie op verhalen in het alledaagse, sociale verkeer. Hoewel computers nieuwe mogelijkheden bieden, blijven andere mensen en psychologische professionals nodig om het verhaal van de persoon recht te doen en te begrijpen.

OVER DE AUTEUR

Prof. dr. Gerben Westerhof is hoogleraar Narratieve Psychologie en Technologie aan de faculteit Behavioural, Management and Social Sciences van de Universiteit Twente. Dit artikel is een lichte bewerking van zijn oratie die hij op 18 januari 2018 uitsprak bij de aanvaarding van zijn ambt als hoogleraar. Email: g.j.westerhof@utwente.nl.

Literatuur

- American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care (AGS; 2016). Person-centered care: A definition and essential elements. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64, 15-18.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Westerhof, G.J. & Walburg, J. (Eds.; 2013). *Handboek positieve psychologie: Theorie, onderzoek en toepassingen*. Amsterdam: Boom.
- Calvo, R.A., Milne, D.N., Hussain, M.S. & Christensen, H. (2016). Natural language processing in mental health applications using non-clinical texts. *Natural Language Engineering*, 22, 1-37.
- D'Mello, S.K. & Kory, J. (2015). A review and meta-analysis of multimodal affect detection systems. *ACM Computing Surveys*, 47, 43.
- Elfrink, T.R., Zuidema, S.U., Kunz, M. & Westerhof, G.J. (2017). The effectiveness of creating an Online Life Story Book on persons with early dementia and their informal caregivers: A protocol of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 17(1), 95.
- Finlayson, M.A., Whitman R. & Winston, P.H. (2010). Computational Models of Narrative: Review of a Workshop. *AI Magazine*, 31, 97-100.
- Foucault, M. (1988). *Technologies of the self: A seminar with Michel Foucault*. Amherst, MA: University of Massachusetts Press.
- Huber, M.A.S., van Vliet, M. & Giezenberg, M. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*, 6, e010091.
- Kenyon, G., Bohlmeijer, E., & Randall, W.L. (Eds.). (2011). *Storying later life*. New York, NY: Oxford University Press.
- Koenitz, H., Ferri, G. Haahr, M. Sezen, D. & Sezen, T. I. (Eds.). (2015) *Interactive digital narrative*. New York, NY: Routledge.
- Korte, J., Bohlmeijer, E.T., Cappeliez, P., Smit, F. & Westerhof G.J. (2012). Life-review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: A pragmatic randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42 (6), 1163-1172.
- Korte, J., Drossaert, C.H.C., Westerhof, G.J. & Bohlmeijer, E. T. (2014). Life-review in groups? An explorative analysis of social processes that facilitate or hinder the effectiveness of life-review. *Aging and Mental Health*, 18, 376-384.
- Lamers, S.M.A., Bohlmeijer, E.T., Korte, J. & Westerhof, G.J. (2015). The efficacy of life-review as online-guided self-help for adults: A randomized trial. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 70, 24-24.
- McAdams, D.P. (1996). Personality, Modernity, and the storied self: A contemporary framework for studying persons. *Psychological Inquiry*, 7, 295-321.
- McLean, K.C., Pasupathi, M. & Pals, J. L. (2007). Selves creating stories creating selves: A process model of self-development. *Personality and Social Psychology Review*, 11, 262-278.
- Murray, M. & Sools, A. (2015). Narrative research in clinical and health psychology. In P. Rohleder & A. Lyons (Eds.), *Qualitative research in clinical and health psychology* (pp. 133-154). London: Palgrave Macmillan.
- Pennebaker, J.W., Boyd, R.L., Jordan, K. & Blackburn, K. (2015). *The development and psychometric properties of LIWC2015*. Austin, TX: University of Texas at Austin.
- Rettberg, J.W. (2014). *Seeing ourselves through technology*. London: Palgrave MacMillan.
- Ryan, M.L. (2015). *Narrative as virtual reality 2*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Sutton, J. (2016). Memory. In E.N. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2016 Edition). Retrieved from <https://plato.stanford.edu/archives/sum2016/entries/memory/>
- Thomas, L. & Briggs, P. (2016). Reminiscence through the lens of social media. *Frontiers In Psychology*, 7.
- Truong, K., Westerhof, G.J., Lamers, S.M.A. & Jong, F. de. (2014). Towards modeling expressed emotions in oral history interviews: using verbal and non-verbal signals to track personal narratives. *LLC: The Journal of Digital Scholarship in the Humanities*, 29, 621-636.
- Westerhof, G.J. & Bohlmeijer, E. (2012). Life stories and mental health: The role of identification processes in theory and interventions. *Narrative Works*, 2(1), 106-128. Retrieved from journals.hil.unb.ca/index.php/NW/article/view/19501/21071.
- Westerhof, G.J. & Bohlmeijer, E.T. (2014). Celebrating fifty years of research and applications in reminiscence and life review: State of the art and new directions. *Journal of Aging Studies*, 29, 107-114.
- Westerhof, G.J., Korte, J., Eshuis, S. & Bohlmeijer, E.T. (2017, online first). Precious Memories: A randomized controlled trial of the effects of an autobiographical memory intervention delivered by trained volunteers in residential care homes. *Aging and Mental Health*.
- Westerhof, G.J., Lamers, S.M.A., Postel, M.G. & Bohlmeijer, E.T. (2017, online first). Online therapy for depressive symptoms: En evaluation of counselor-led and peer-supported life review therapy. *Gerontologist*. doi: 10.1093/geront/gnx140



De hand van Révész

Van laatkomer tot voorloper:

Psychologie aan de UvA

Permanente tentoonstelling,
samengesteld door Henk Jan Conradi
Afdeling Psychologie, Gebouw G,
Roeterseilandcomplex, Nieuwe Achtergracht
129-B, Amsterdam

Recensent: Vittorio Busato

Als je het mij vraagt, is de Hongaar Géza Révész (1878-1955) de meest bijzondere psycholoog die ooit in Nederland heeft gewerkt. Hij deed onderzoek op nogal een breed terrein: onder meer naar dier-, muziek- en selectiepsychologie, begaafdheid, wonderkinderen, taal en tastzin (bijvoorbeeld bij blinde beeldhouwers). Révész vluchtte in de jaren twintig van de vorige eeuw voor het communisme en kwam via Duitsland in Amsterdam terecht. Aan de Universiteit van Amsterdam (UvA) werd hij in 1932 de eerste hoogleraar Psychologie.

Theorievorming zag Révész als basis voor de wetenschappelijke psychologie. Figuurlijk heeft hij niet alleen de hand gehad in de vorming van invloedrijke psychologen zoals Adriaan de Groot, Bert Duijker, Johan Barendregt en Nico Frijda, ook letterlijk speelden de hand en handdruk een belangrijke rol in zijn oeuvre. Vorm en structuur van de hand van de mens bepaalden volgens Révész zijn streven naar progressie. Zoals hij ooit stelde: 'Wat men vaak ziet is dat de hand intelligenter en door een grotere scheppende kracht bezield is dan het hoofd.'

Zowel de letterlijke als figuurlijke hand van Révész in de geschiedenis van de Amsterdamse psychologie komt goed naar voren in de fraaie tentoonstelling die Henk Jan Conradi, verbonden aan de Programmagroep Klinische Psychologie van de UvA, heeft samengesteld over die geschiedenis. De tentoonstelling is sinds half oktober van dit jaar te zien in gebouw G van het Roeterseiland Complex alwaar de afdeling Psychologie is gehuisvest. Weliswaar geeft de tentoonstelling geen volledig beeld van de rijke geschiedenis van de psychologie aan de UvA, aldus Conradi. 'Maar als passanten al lopend en lezend langs de foto's er een indruk van krijgen en zich verwonderen, geïnspireerd of anderszins geraakt weten, dan is de opzet geslaagd.'

Wellicht ben ik als UvA-alumnus bevooroordeeld, maar dat doel is meer dan bereikt. Moge de andere Nederlandse universiteiten met een psychologieverleden zich door deze tentoonstelling laten inspireren en een eigen tentoonstelling opzetten. De vaderlandse geschiedenis van de psychologie is er roemrucht genoeg voor.

ADVERTENTIE

LEVENSKUNST

Harry Morres, 2018,
Uitgeverij CONCEPTUEEL,
Zeist, 229p., € 19,95



Bij LEVENSKUNST, zoals uitgewerkt in dit boek, gaat het om de vraag hoe emotioneel stabiel te blijven na psychotherapie. Nadruk wordt gelegd op het ervaren van een balans tussen de 2 polen: goed zorgen voor zichzelf en goed zorgen voor de ander. Binnen beide polen gaat het om psychologische en existentiële onderwerpen. Ook hier gaat het om het ervaren van een balans. Mentaliseren, klassiek en instrumenteel leren spelen er een belangrijke rol bij. Zo'n balans ervaren houdt mensen gezond, elke eenzijdigheid maakt mensen ziek op den duur. Levenskunst ziet terugval als leermomenten. Belangrijk is om vanaf het einde van de behandeling alert te leren zijn op die terugvalsignalen/leermomenten, via het bewust leren zijn van signalen van ongezonde onrust. Psychoeducatie en oefeningen vormen de belangrijkste inhoud van dit zelfhulpboek.

De auteur is gz psycholoog, klinisch psycholoog en psychotherapeut.

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



Toezicht en bestuur

Goede raad voor commissarissen:

21 inzichten voor toezichthouders en bestuurders

Door: Puck Dinjens, redactie (2018)

Amsterdam: Mediawerf Uitgevers, 160 p.

Recensent: Karel Soudijn

Stel u wilt een stoomcursus geven aan mensen die deel uitmaken van een Raad van Commissarissen of een Raad van Bestuur: welke vakliteratuur raadpleegt u dan? De kans is groot dat u terecht komt bij Daniel Kahneman. In *Goede raad voor commissarissen* zien we hem in vijf van de 21 hoofdstukken optreden. Niet overal, maar dat komt omdat lang niet alle bijdragen door psychologen of economen zijn geschreven. Aan deze bundel werkten ook auteurs mee met als opleiding geografie, geschiedenis, rechten, ecologie of filosofie.

Welke inzichten van Kahneman kunt u gebruiken? Allereerst het idee dat vaak meer energie wordt gestoken in het tegengaan van verlies dan in het behalen van winst. Ten tweede het idee dat het zinvol is om onderscheid te maken tussen vlot oordelen en bedachtzaamheid. Verder werkte Kahneman ook nog mee aan onderzoek over inkomensongelijkheid. Daaruit valt te leren dat je in Amerika eigenlijk niet meer dan 75.000 dollar per jaar hoeft te verdienen. Hogere inkomens dragen nauwelijks bij aan iemands welbevinden. Vertaald naar de Nederlandse situatie: het argument dat bestuurders zullen wegllopen als ze wat minder verdienen, lijkt flauwekul.

De eerste negen hoofdstukken uit dit boek staan bij elkaar gezet onder de kop 'Wat zich afspeelt in het brein van toezichthouder en bestuurder'. De volgende twaalf vallen onder de noemer 'Dynamiek tussen de Raad en de belanghebbenden'. Alle bijdragen zijn gemakkelijk leesbaar. De auteurs putten net zo lief uit wetenschappelijke bronnen als uit krantenartikelen. Recente schandalen komen aan bod. Mislukkingen

worden met naam en toenaam gefileerd. In minder dan een bladzijde wordt bijvoorbeeld uitgelegd waarom Olga Zoutendijk faalde als commissaris bij ABN AMRO. Zij is niet de enige die in enkele alinea's als afschrikwekkend voorbeeld wordt gepresenteerd.

Besturen is een kwestie van voortdurend blijven leren. Besturen is ook een kwestie van tegenspraak organiseren en spelenderwijs perspectieven verschuiven. Het is niet moeilijk om hier nog enkele algemene ideeën aan toe te voegen. De kans is groot dat u deze ideeën in dit boek terugvindt, toegelicht met sprekende voorbeelden. Denkt u nu bijvoorbeeld aan het begrip 'interactie'? Natuurlijk krijgt ook dat begrip veel aandacht. Soms zelfs op een verrassende manier. Peter Schimmel, van huis uit accountant, laat bijvoorbeeld zien dat integriteit eigenlijk niet meer is dan een vorm van emotionele intelligentie: 'Of iemand integer wordt gevonden, bepaalt de omgeving en die is afhankelijk van plaats en tijdstip.' U moet dus vooral zorgen dat anderen het idee krijgen dat u integer bent: een kwestie van goed aanvoelen hoe u op hen over komt, en daarnaar handelen.

Wie nieuwsberichten en commentaren in de media volgt, zal dit boek lezen als een feest der herkenning. Inzichten uit de psychologie, niet alleen van Kahneman, zijn tamelijk losjes door de teksten gestrooid. Hoofdstukken kan men in willekeurige volgorde lezen, bijvoorbeeld op de achterbank van een limousine op weg naar een volgende vergadering.

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



Alle kanten van verandering

Veranderen als samenspel: een positieve kijk op het veranderen en vernieuwen van organisaties

Door Jaap Boonstra (2018)

Roelofarendsveen: Vakmedianet, 253 p.

Recensent: Karel Soudijn

Hoe kunnen we organisaties veranderen? Een zinloze vraag eigenlijk, want wie zijn ‘we’, over welke organisaties hebben we het, en waarom moet er iets worden veranderd? Om tóch over organisatieverandering te kunnen schrijven, trekt adviseur en A&O-psycholoog Jaap Boonstra, hoogleraar Organisatiedynamiek aan ESADE Business School in Barcelona, alle factoren rond het begrip uit elkaar, om ze vervolgens in kleine groepjes weer met elkaar te verbinden. Zijn boek krijgt daardoor het karakter van een postzegelverzameling die telkens opnieuw wordt geordend. Postzegels kunnen we op land, waarde en tijdstip van uitgifte sorteren, maar ook op kleur, thema en formaat. Verder is het mogelijk een simpele tweedeling op een verzameling los te laten. Sommige postzegels zijn stempelfris, terwijl andere door afstempeling ongeldig werden.

Boonstra hanteert diverse indelingen. Hij past bijvoorbeeld kleuren toe. Machtspelletjes zijn dieprood, formele structuren blauw, turbulentie is oranje, motivatie helder rood, samenwerking groen en creativiteit wit. Tweedelingen duiken ook vaak op. Elke term krijgt bij Boonstra meer betekenis door er een contrasterend begrip tegenover te stellen. Zoals: weerstand en betrokkenheid. Of: zichtbaar en verhuuld. Door de hoeveelheid tweedelingen leest het boek echter als een encyclopedie: ‘alles’ wat denkbaar is, wordt wel een keer (via een tegenstelling) aangestipt. Dat moet ook, want Boonstra weet dat we leven in een wereld waarin alles met alles samenhangt. Bij organisatieverandering richten we ons op de buiten-

wereld, maar die verandert meteen weer door onze gewijzigde organisatie.

Het belangrijkste begrip in dit boek is: spel. In de buitenwereld zijn tegenspelers te identificeren, maar we moeten het binnen en buiten de club vooral hebben van samenspel. In een team spelen de betrokkenen verschillende rollen. Boonstra toont hoe zulke rolverdelingen goed of slecht kunnen uitpakken. Wel benadrukt hij dat het spel van organisatieverandering geen definitieve winnaars kent. Een uitkomst die op het ene moment gunstig lijkt, kan later negatief worden beoordeeld. De buitenwereld zit immers niet stil.

Dit boek is rijk aan begrippen, maar erg arm aan voorbeelden. Pas tegen het einde noemt Boonstra concrete organisaties, maar de voorbeelden van hun verandering of pogingen daartoe, verduidelijken eigenlijk niets. Kopers van het boek worden uitgenodigd een website aan te klikken ‘met praktijkverhalen, presentaties, testjes, korte video’s, filmsuggesties, spelvormen en studievragen’. Toen ik me daar vervoegde, moest ik mij eerst registreren op naam en email-adres. Daar ben ik niet aan begonnen, ik heb geen zin jarenlang achtervolgd te worden door een uitgever die mij allerlei publicaties en trainingen wil verkopen. Jammer dat dit boek niet stevig op zichzelf kan staan. De papieren uitvoering heeft mij wel geleerd meer oog te krijgen voor posities van mensen binnen veranderende organisaties. Het boek lijkt mij zinvol voor psychologen die spelpatronen in hun eigen en andermans omgeving zichtbaar willen maken. En voor de encyclopedisten onder ons, de verzamelaars van begrippen.

OUDERENPSYCHOLOOG KOMT BIJ DE MENSEN THUIS

'ZIJ IS LIEF'

Ouderen blijven steeds langer thuis wonen, terwijl psychologen die gespecialiseerd zijn in ouderen, in dienst zijn van verpleegtehuizen. Ze worden daarom vaak niet ingezet voor deze groeiende groep. Toch is dat wel mogelijk.

ZorgSpectrum bijvoorbeeld stuurt psychologen – en andere zorgverleners – naar de mensen thuis. Hoe ze dat doen en hoe de hulpverlening is ingericht, vertellen ze en wordt getoond in deze reportage. 'Wat ik aan de psycholoog heb? Alles!'





M

evrouw Willems zit tegenover gz-psycholoog in opleiding Sabine Semel van ZorgSpectrum, op de locatie Vianen. Meneer Willems zit naast haar en straalt engelengeduld uit.

Het echtpaar wil *De Psycholoog* hun verhaal vertellen om te laten zien op welke manier ze ondersteund worden door de psycholoog van ZorgSpectrum. Deze instelling heeft op verschillende locaties woonzorg- en behandelcentra. ZorgSpectrum biedt zorg aan haar eigen bewoners, maar ook aan thuiswonende ouderen met complexe somatische en/of psychogeriatrische problematiek.

Dat is bijzonder. Over het algemeen hebben psychologen die in de ouderenzorg werken een probleem: ze zijn in dienst van een verpleegtehuis en kunnen vaak geen hulp bieden aan thuiswonende ouderen. Reden: geen financiering. Daarom kunnen ze een deel van hun doelgroep niet bereiken, terwijl veel van deze ouderen de hulp juist goed kunnen gebruiken. Kwetsbare ouderen met cognitieve, emotionele of gedragsmatige problemen die samenhangen met chronische, vaak voortschrijdende aandoeningen of met een stapeling van ouderdomsklachten zijn vaak niet gebaat bij een eerstelijnspsycholoog. Ze horen evenmin thuis in de specialistische ggz. Een ouderenpsycholoog weet veel af van ziektebeelden die bij ouderen regelmatig voorkomen, zoals dementie, cva en de Ziekte van Parkinson. Ook weten ze veel van andere zaken die met het ouder worden te maken hebben, zoals dreigend verlies van autonomie en zingevingproblematiek. En door de algehele vergrijzing en het beleid van de regering komt de focus steeds meer op thuis te liggen en zal de groep ouderen die thuis hulp nodig heeft, alleen maar toenemen.

De kennis en ervaring van ouderenpsychologen concentreren zich op dit moment nog vooral binnen de verpleeghuismuren, maar in deze tijd kan een ouderenpsycholoog buiten die muren ook veel

betekenen. Er is een aantal organisaties die daar wel in slaagt. ZorgSpectrum is daar een van.

ENGELENGEDULD

ZorgSpectrum verleent al zo'n tien jaar multidisciplinaire zorg en behandeling aan thuiswonende ouderen. Daarvoor hebben ze de zogenoemde Mobiel Geriatrische Teams (MGT's) in het leven geroepen. Deze teams bestaan uit specialisten ouderengeneeskunde, gz-psychologen en casemanagers. Als het nodig is, kunnen er collega's uit andere disciplines aan een team worden toegevoegd, zoals een fysiotherapeut of muziektherapeut. En dan kunnen de psychologen die in ouderenproblematiek zijn gespecialiseerd, thuiswonende ouderen behandelen. Zoals mevrouw Willems.

Mevrouw Willems heeft de diagnose dementie en

is daarna in een depressie geraakt. Ze verloor haar broers en zussen. Toen ook haar schildervriend Gerrit overleed, was de klap groot. Bovendien raakte ze haar atelier aan huis kwijt, omdat haar slaapkamer wegens gezondheidsklachten naar beneden verplaatst moest worden. Hoewel voor haar eigen bestwil, miste ze haar schilderplek zo dat ze stopte met schilderen. Vervolgens

*De groep
ouderen die
thuis hulp nodig
heeft, zal
alleen maar
toenemen*

raakte ze diep in de put. Daarom ging het echtpaar naar de huisarts en die schakelde het MGT van ZorgSpectrum van de locatie Hof van Batenstein in Vianen in. Sabine Semel is psycholoog bij dit team.

Als we aankomen, zit mevrouw Willems er ineengedoken bij, haar armen tussen haar benen geklemd. Ze spreekt met zachte, verdrietige stem en vertelt dat het niet goed gaat.

Psycholoog Semel komt er al een paar weken. Wat heeft ze aan de psycholoog?

Er verschijnt een glimlach op het gezicht van mevrouw Willems. 'Alles,' verzucht ze. 'Sabine is lief. Dat heb ik nodig.'

Haar man knikt. 'Het klikt enorm.'

'Maar verder ben ik niets opgeschoten de afgelopen tijd,' verzucht mevrouw Willems dan. Ze heeft vannacht heel slecht geslapen, om zes uur was ze al

wakker. 'Vanochtend kon ik het niet vinden,' zegt ze. 'Ik begin ook angstig te worden, ik ben bang dat ik het niet meer aankan.'

'Als u zich zo voelt, kunt u niet voorstellen dat het gisteren iets beter ging,' zegt Semel. Zij straalt net als meneer Willems engelengeduld uit. Haar stem is zacht en vriendelijk, maar ze is wel heel duidelijk en let goed op of mevrouw Willems haar wel begrijpt. 'En u bent wel iets opgeschoten. U bent weer gaan schilderen. U gaat nu naar een schildergroepje.'

Mevrouw Willems schudt haar hoofd. Dat groepje vindt ze niks, dat is van een te laag niveau.

'Toch is het u gelukt een aquarel af te krijgen,' houdt Semel vol.

Er wordt een bloemenschilderijtje achter een kast vandaan gehaald. Hoewel ze aanvankelijk niet ver kwam met andere schilderijen en één schilderij zelfs vernietigde door het helemaal zwart te maken, heeft ze dit afgemaakt. Dat ze daar in is geslaagd, is een goed teken.

'Ik ben trots dat je dat hebt gedaan,' zegt haar man.

'Het is een klein beetje gelukt,' geeft mevrouw Willems schoorvoetend toe.

Ze wijst naar een schilderij aan de muur, een vaas met de reflectie van licht erin. Dát vindt ze mooi, dat maakte ze toen ze nog gezond was, nu lukt dat niet meer. Ze vertelt over een schilderij van een donkere ruimte in Turkije. Als ze ernaar kijkt, is het of ze weer in Turkije is.

We praten verder. Daar waar mevrouw Willems geen woorden kan vinden, vult haar man haar aan. En Semel benoemt telkens de stappen die mevrouw Willems heeft gezet en laat daarmee steeds zien hoe ze is vooruitgegaan. Ze is weer gaan schilderen, gaat naar het schildergroepje, ze gaat ook weer naar gym. En ze zijn een paar dagen naar Duitsland geweest. Dit uitstapje is goed gegaan, hoewel het echtpaar van tevoren erg twijfelde of het zou lukken.

Mevrouw Willems knikt. Ze snapt dat het iets beter gaat. 'Maar alles kost zoveel energie,' verzucht ze. En dan, vanuit het niets, vraagt ze: 'Ik denk wel eens: zal

ik met alles stoppen en helemaal niets meer doen?' Ze kijkt Semel verwachtingsvol aan.

Glimlachend antwoordt Semel: 'En wat zou ik dan zeggen?'

Haar man schiet in de lach. Maar mevrouw Willems schudt haar hoofd. Ze heeft geen idee wat het antwoord kan zijn. Dat het iets beter met haar gaat, komt omdat ze dingen is gaan doen. Als ze alleen depressief was en niet dementeerde, zou ze dat sneller inzien. Maar door haar dementie blijft zulke kennis moeilijker hangen. Toch snapt ze uiteindelijk ook dat het geen goed idee is om niets meer te ondernemen, en dat juist actief worden haar kan helpen.

Aan het eind van het gesprek, als mevrouw Willems steeds spraakzamer is geworden en sneller en energiever is gaan praten, wanneer ze ook af en toe

gelachen heeft, schudt ze opeens haar hoofd. 'Maar ik weet niet wat ik met mezelf aan moet op het moment.' Ze klinkt weer somber, maar haar blik glijdt door het raam naar buiten en vervolgens zegt ze tegen haar man: 'We moeten zo maar eens proberen een stukje te wandelen zo, in het zonnetje...'

Semel lacht. 'Dit is echt heel mooi. Ziet u? U bent slecht opgestaan, maar toch

maakt u nu alweer plannen.'

*Met een beetje
pech is de
wachttijd zes
weken, terwijl de
problemen vaak
acuut zijn*

INDICATIE

Het bezoek aan het echtpaar Willems laat goed zien wat een oudere aan een psycholoog kan hebben.

Voordat Semel langskwam, was mevrouw Willems 'niet te kalmeren', aldus meneer Willems. Nu krabbelt ze langzaam op.

Psychologen Amy van Doormaal en Marjan Vink maken beiden ook deel uit van een MGT, maar dan op de locatie Nieuwegein. 'Het is belangrijk dat een zorgorganisatie visie heeft op de zorg aan thuiswonende ouderen,' stelt Vink. 'Als je buiten de muren van het verpleeghuis komt, moet je veel regelen en krijg je te maken met partijen zoals huisartsen, gemeenten en andere zorgverleners. En er zijn allerlei ingewikkelde financiële kaders, die steeds weer kunnen veranderen.'

Dit onderwerp moet je als organisatie belangrijk vinden, anders komt er niets van terecht.'

Specialisten ouderengeneeskunde (hoofdbehandelaren van verpleeghuisbewoners) kunnen indicatievrij worden ingeschakeld als er problemen ontstaan bij thuiswonende ouderen, maar voor ouderenpsychologen is het lastig om de thuiswonende doelgroep te bereiken. Ze mogen niet rechtstreeks door huisartsen worden ingeschakeld. Daarnaast verandert de regelgeving steeds en het kost tijd om op de hoogte te blijven. De regels één keer goed in kaart brengen, volstaat dus niet. Ook om die reden is het van belang dat de organisatie er een speerpunt van maakt.

KORTDUREND

Hoe gaat het bij ZorgSpectrum in zijn werk? Vink: 'We werken in teams met daarin een specialist ouderengeneeskunde, een casemanager en een gz-psycholoog. Sinds een jaar kunnen psychologen indicatievrij door de arts worden ingezet, bijvoorbeeld om ons deel van de diagnostiek te doen. Veel organisaties zijn daarvan nog niet op de hoogte. En het kan alleen als ons werk kortdurend is. Als een langere behandeling nodig is, moet een indicatie worden aangevraagd en dat is nog steeds een omslachtige en tijdrovende procedure. Het is op dit moment de grootste bottleneck bij het verlenen van zorg aan thuiswonende ouderen. Met een beetje pech is de wachttijd zes weken, terwijl de problemen vaak acuut zijn.'

Een indicatie aanvragen is behalve langdurig, ook erg ingewikkeld. Vink: 'Als je alles goed hebt uitgezocht en zo'n aanvraagformulier netjes volgens de regels invult, dan krijg je die indicatie wel. Maar een huisarts krijgt het niet voor elkaar. Wij kunnen het wel, omdat we ons heel goed in de regels hebben verdiept. Na 2020, als verpleeghuiszorg wordt overgeheveld naar de zorgverzekeraar, zal het hopelijk eenvoudiger worden.'

STRIJKBOUT

Om verder een beeld te krijgen van de werkwijze mag *De Psycholoog* een vergadering bijwonen. Het is dinsdagochtend tien uur als het MGT van ZorgSpectrum bij elkaar komt op de locatie De Geinsche Hof in Nieuwegein. Tijdens een wekelijks multidisciplinair overleg (MDO) worden de nieuwe aanmeldingen doorgenomen. Behalve klinisch psycholoog Vink en

gz-psycholoog in opleiding Saskia van Nieuwenhuizen, zitten er twee artsen aan tafel – de specialisten ouderengeneeskunde –, een arts in opleiding en een casemanager. De twee overige casemanagers hebben vakantie.

Iedereen heeft een laptop voor zich en logt in op het systeem, zodat ieder de dossiers voor zich heeft. Na een kort oponthoud door wat problemen met inloggen, kan de vergadering beginnen.

Mevrouw van S. is aan de beurt. Iedereen bladert door haar dossier. De diagnose is nog niet duidelijk, zegt een arts. Er zijn vermoedens van dementie. De casemanager zal bij haar langsgaan. Volgende case...

Dan onderbreekt Vink: 'Er lijkt een grote lijdensdruk,' zegt ze. 'Mevrouw S. is somber en verdrietig. En ik lees hier dat ze het afgelopen jaar twintig kilo is afgevallen.'

De arts kijkt bedenkelijk, want dat is veel. Ze stelt voor dat ze met de huisarts zal bellen om te praten over het gewichtsverlies. Het kan van de stress komen, maar het kan ook zijn dat ze domweg vergeet te eten. En er zou natuurlijk ook nog iets anders aan de hand kunnen zijn. Wordt vervolgd...

Dan volgt een update over meneer G. Psycholoog Van Nieuwenhuizen beschikt over het laatste nieuws: meneer G. heeft zijn strijkbout aan laten staan. Dat is een veeg teken, want daarmee kan hij een gevaar voor zichzelf vormen. Kort vertelt Van Nieuwenhuizen het verhaal: het gaat om een alleenstaande man die intelligent was en in het bedrijfsleven werkte. Nu lijdt hij aan Alzheimer. Aanvankelijk kreeg hij last van wanen en achterdocht en wees hij alle steun en hulp af. Uiteindelijk lukte het de psycholoog zijn vertrouwen te winnen en toen ging hij akkoord met het nemen van medicatie tegen de angst (haldol). Daardoor namen zijn wanen en achterdocht af. Vervolgens werd hij zich bewust van zijn cognitieve problemen en daar werd hij somber van. Vanaf dat moment wilde hij dood en dat maakte hij breed bekend. Van zijn huisarts tot de psycholoog, zelfs de dominee vroeg hij om een spuitje. Behalve dat hij niet meer wilde leven, was hij moeilijk te helpen. Als thuiszorg langskwam, was hij vaak niet thuis.

Langzamerhand kwam men erachter dat het zijn schrikbeeld was om naar het verpleegtehuis te moeten. Toch kreeg de psycholoog, in goede samenwerking met de huisarts, hem zover dat hij even langs



ging bij De Geinsche Hof, bij hem in de buurt. Hij kwam gewoon even kijken, maar was aangenaam verrast. Vooral de tuin en de varkens bevielen hem – er lopen varkens in de tuin op de binnenplaats van het complex. Hij bekeek ook een woning en begon zich al aan mensen voor te stellen. Sinds dat bezoek heeft hij niet meer gerept over zijn doodswens.

Iedereen aan tafel reageert opgelucht op deze wending. Het is duidelijk dat er voor meneer G. een plekje gezocht moet worden.

De arts in opleiding zegt dat er op haar afdeling iemand is overleden. Dat betekent dat er een appartement vrijkomt.

Hoewel Van Nieuwenhuizen graag zou zien dat meneer G. daar terechtkan, gaat dat niet. Er zijn urgentere gevallen. Zo is er een man voor wie een rechtelijke machtiging (RM) is aangevraagd. Iemand krijgt een RM als hij een gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving. Dan moet hij binnen twee weken worden opgenomen, anders vervalt de RM weer.

Hoe moet het dan met meneer G.? Psycholoog Vink oppert om te kijken of hij te motiveren is om alvast naar de dagbehandeling te gaan. Dat lijkt de beste oplossing. Daarnaast wordt hij met urgentie op de wachtlijst gezet voor een appartement. De casemanager zal thuiszorg vragen om de strijkbout weg te zetten en samen na te gaan of er andere risico's zijn.

Terloops merkt iemand op: 'Maar hij heeft thuiszorg. Waarom stond hij eigenlijk te strijken?'

VINGER AAN DE POLS

Na dit overleg gaan de twee teams uit elkaar om de lopende zaken te bespreken.

Het begint bij de intake. 'Die is altijd het meest intensief,' vertelt gz-psycholoog Van Doormaal. 'Nadat iemand is aangemeld bij het verpleeghuis voor zorg aan huis, moet alles in kaart worden gebracht. Soms is er een duidelijke diagnose, soms moet de bestaande diagnose nog worden aangevuld. Als alles op een rijtje staat, wordt in samenspraak met de cliënt een behandelplan opgesteld. Dat plan gaat naar de huisarts.'

Er is vaak veel tegelijk aan de hand. Mensen met dementie krijgen bijvoorbeeld ook fysieke klachten en

ook hun partner kan gezondheidsklachten krijgen.

Een case begint met een vraag die binnenkomt bij de specialist ouderengeneeskunde. Die bekijkt de vraag, zet het in het behandelplan, dat wordt besproken op het MDO. Daar wordt besloten wie van het team als eerste op huisbezoek gaat. De arts of psycholoog komen in actie als er op medisch of psychisch vlak iets onderzocht moet worden. Anders gaat de casemanager als eerste op huisbezoek. Afhankelijk van wat daar

uitkomt kunnen verdere plannen gemaakt worden.

Vink: 'Vanuit verpleeghuiszorg zijn we gewend te zoeken naar mogelijkheden om voor verlichting te zorgen. Vaak gaat het om kleine stappen, het is niet zo dat mensen 'beter worden'. Maar er zijn situaties waarin de veranderingen groot zijn. Zoals bij meneer G., die op de vergadering besproken werd. Aanvanke-

lijk vroeg hij iedereen om een spuitje. Maar nadat hij het verpleeghuis bezocht had, kreeg hij weer zin in het leven. Vink: 'Dat is behoorlijk spectaculair. Daarmee verdwijnt zijn dementie niet, en ook andere problemen blijven, maar zijn enorme lijden wordt wel minder.'

De overheid wil dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Daar zet ZorgSpectrum zich voor in. Maar er zijn situaties waarin het juist verstandig is om bijtijds naar een opname toe te werken. 'Het gaat om het *goede moment*,' benadrukt Vink. 'En dat is niet altijd zo *laat mogelijk*. Het kan schrijnend zijn als iemand alleen thuis woont en de dagen vult met wachten op de thuiszorg. Zoiets proberen wij te voorkomen. Door de vinger aan de pols te houden en er bijtijds bij te zijn, kunnen we veel leed verlichten.'

Zo wordt ook mevrouw Willems geholpen. Al tijdens het gesprek dat we bijwonen, is te zien hoe ze opknapt. Haar stem wordt steeds krachtiger. Waar ze aanvankelijk alleen maar sputtert dat het haar niet bevalt bij de schildergroep, zegt ze aan het eind van het gesprek: 'Maar toch wil ik op zoek naar iets waar ik me beter thuisvoel.'

Ze klinkt koppig en strijdbaar als ze zegt: 'Maar het komt goed, ik ga verder zoeken.' Zo is even een glimp te zien van wie ze ooit was: een sterke, ondernemende vrouw, die niet bij de pakken neerzit.

*'Maar hij heeft
thuiszorg.
Waarom stond
hij eigenlijk te
strijken?'*





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

(GZ)psycholoog m/v

Wij zijn op zoek naar nieuwe collega's voor één van de volgende regio's: Amsterdam/Alkmaar, Voorburg, Utrecht en Rotterdam. Het aantal uren bepalen we samen.

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

Nieuwsgierig?

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

Mandy Grannetia, psycholoog Skils:

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

Skils

Werk & Psyche

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!

Maak kennis met de Expertgroep Toetsen Primair Onderwijs

Wist u dat op het NIP-bureau eindtoetsen voor het primaire onderwijs worden beoordeeld? Dit gebeurt onder de vlag van de Expertgroep Toetsen Primair Onderwijs.

De CITO-toets herinnert iedereen zich nog wel. Misschien weet je zelfs nog hoe zenuwachtig je was voor deze toets. Deze toets wordt nu de Centrale Eindtoets genoemd. Naast deze toets worden er steeds meer eindtoetsen ontwikkeld. Die toetsen worden beoordeeld door de Expertgroep Toetsen Primair Onderwijs.

Onafhankelijk

De Expertgroep is een onafhankelijke adviescommissie voor de minister van Onderwijs Cultuur en Wetenschap (OCW). Het secretariaat van de Expertgroep is ondergebracht bij het NIP en wordt bemand door twee secretarissen: Paulyn Berding-Oldersma, ontwikkelingspsycholoog en Jennifer Roubiës, sociaal psycholoog.

Eindtoetsen in groep 8

Scholen zijn sinds 2014 verplicht om in groep 8 een eindtoets bij hun leerlingen af te nemen. De overheid biedt daarvoor de Centrale Eindtoets aan. Inmiddels zijn er vier alternatieven op de markt: Route8, IEP, Dia-Eindtoets en AMN Eindtoets.



Naast deze vier alternatieve eindtoetsen beoordeelt de Expertgroep ook alle toetsen die deel uitmaken van de leerlingvolgsystemen (LVS) in het primaire onderwijs. De Expertgroep en het secretariaat ontvangen subsidie van het ministerie van OCW voor hun werkzaamheden.

Waarom het NIP?

Het Ministerie van OCW zocht in 2014 naar een adviesorgaan dat de alternatieve eindtoetsen kon gaan beoordelen. Zij kwamen terecht bij de COTAN vanwege de kennis op het gebied van de beoordeling van psychologische testen. Onderwijstoetsen

zijn toch een hele andere tak van sport, daarom is er een aparte commissie voor opgericht. Het NIP heeft destijds aangeboden om het secretariaat van de Expertgroep op zich te nemen. De Expertgroep werkt met een eigen poule van onafhankelijke beoordelaars. De COTAN is

zijdelings betrokken en geeft een oordeel over de psychometrische aspecten van de alternatieve eindtoetsen.

Wat vinden jullie van het toetsen?

"Het is goed om regelmatig te kijken waar een kind staat in zijn leerontwikkeling. Je ziet met zo'n toets heel goed of de lesstof goed landt bij een kind of dat er extra ondersteuning nodig is." Toetsen kan ook via observatie-instrumenten. Er komen steeds meer innovatieve en slimme methodes op de markt en de keuzevrijheid is groot." Dat deze keuzevrijheid ook bestaat voor de verplichte eindtoets, vinden de secretarissen positief.

"Doordat er meerdere eindtoetsen aangeboden worden, kan iedere school een toets kiezen die het beste aansluit bij haar leerlingen en visie op onderwijs."

ADVIESCOMMISSIE

- Prof. Dr. Cees Van der Vleuten (voorzitter en psychometrisch expert)
- Prof. dr. Cees Glas (psychometrisch expert)
- Dr. Desirée Joosten-Ten Brinke (onderwijskundig expert)

ONTMOET JE COLLEGA'S

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. Noteert u deze NIP-Up alvast in uw agenda?

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?



Praktische info

Meld je aan via psynip.nl/NIPUp
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/veerkrachtpsych. Komt u toch niet? Dat horen wij graag via secretariaat@psynip.nl Want dan kunnen wij iemand van de wachtlijst bij maken!

Scriptiewedstrijd Forensische Psychologie

De sectie Forensische Psychologie van het NIP organiseert dit jaar een scriptiewedstrijd voor studenten.

De sectie houdt zich bezig met actuele ontwikkelingen binnen de Forensische Psychologie en stimuleert wetenschappelijk onderzoek. Daarom kan iedere master-student Psychologie die een scriptie heeft geschreven op het gebied van de Forensische Psychologie deelnemen aan de wedstrijd. De prijs wordt uitgereikt tijdens het NIP-congres op 1 februari 2019. De winnaar krijgt naast een eervolle onderscheiding, de kans om deel te nemen aan een training of congres ter waarde van 250 euro! Studenten kunnen de scriptie insturen, maar het is ook mogelijk om een kandidaat voor te dragen.

De scripties kunnen samen met een korte motivatie vóór 31 december 2018 worden ingestuurd naar scriptie.nip@gmail.com.

Ontdek de voordelen van de zorgverzekering via het NIP

Als lid van het NIP kunt u profiteren van de deals die onze verzekeringspartner Aon heeft gemaakt met OHRA en Avéro Achmea. Samen staan we immers sterker.

De collectieve zorgverzekeringen via OHRA en Avéro Achmea bieden eersteklas dekking en service, tegen een extra voordelig tarief. De collectieve premieorting loopt op van 8,8% op de basisverzekering tot zelfs 10% op de aanvullende en tandartsverzekeringen. Onafhankelijk verzekeringspartner Aon biedt bovendien een aantal prettige services:

- **Zelf snel en makkelijk vergelijken met de Online Vergelijker:**
aonverzekeringen.nl/nip
Ontdek binnen 2 minuten uw ideale collectieve zorgverzekering en bereken uw voordelige collectieve premie
- **De Telefonische Zorgvraagbaak: 088 – 810 8103**
Vragen over uw nieuwe zorgverzekering? De Telefonische Zorgvraagbaak is geen (onderdeel van een) verzekeringsmaatschappij en belooft 100% hulpgarantie.

Meer informatie of een premiecheck? Kijk op aonverzekeringen.nl/nip of bekijk het volledige verzekeringsaanbod op nipverzekeringen.nl.

Haalt u alles al uit uw NIP-lidmaatschap? Bekijk nog meer voordelen op psynip.nl/ledenvoordeel



Tuchtrecht: boeman of kroonjuweel?

Op 2 november 2018 nam het NIP College van Beroep afscheid van mr. Hans Hofhuis, die negentien jaar deel uitmaakte van het College van Beroep van het NIP, waarvan acht jaar als voorzitter.

Mr. Hofhuis is in de Nederlandse rechtspraak een prominente magistraat, onder meer bekend door spraakmakende vonnissen als president van de rechtbank Den Haag. Zijn afscheid was daarom aanleiding voor een symposium over de betekenis van het verenigingstuchtrecht met de titel: Tuchtrecht: boeman of kroonjuweel?

Kwaliteit waarborgen

Het NIP wil de kwaliteit van de beroepsuitoefening waarborgen. Een instrument daarvoor is de beroepscode. Er zijn twee, van het NIP-bestuur onafhankelijke, colleges die het beroepsmatig handelen van psychologen, NIP-leden en NIP-geregistreerden, toetsen: het College van Toezicht en het College van Beroep. Tijdens het symposium legde mr. Hans Fokker, voorzitter van het College van Toezicht, uit hoe het toezicht werkt en hoe de twee Colleges daar uitvoering aan geven.

Prof. mr. Joep Hubben, voorzitter van het College van Beroep, sprak over het tuchtrecht volgens de wet BIG en de veranderingen daarin met ingang van 2019. Karel Soudijn, lid van het College van Beroep,

publicist over de NIP-Beroepscode, docent beroepsethiek en voor De Psycholoog actief als boekrecensent, benoemde twee basisprincipes voor een goede beroepsuitoefening: inspraak en wilsbekwaamheid.

Een ander lid van het College van Beroep, Tom Deenen, ging in op de impact die een klachtprocedure kan hebben op de psycholoog in kwestie. Door een klacht verandert de psycholoog van vertrouwenspersoon-behandelaar in verweerder tegenover een voormalige cliënt. Henk Geertsema, die in De Psycholoog regelmatig reflecteert op recente uitspraken van de Colleges, tevens lid van de *European Federation of Psychologists' Associations*, keek over de grenzen van ons land voor een internationaal perspectief op de beroepscode.

Waardevol advies

Hans Hofhuis kwam als laatste aan het woord. Hij zag het als zijn taak als voorzitter van het College van Beroep om rechtsregels te duiden en uit te leggen, en de principes van het recht tot gelding te laten komen. Hij zag nogal eens zaken waarbij een te innige

band tussen klager en verweerder uiteindelijk tot diepe teleurstelling en een klacht leidde. Ook oeverloze behandelingen die maar niet tot afronding kwamen, waren aanleiding tot heftige klachtsituaties die tot in hoger beroep 'uitgevochten' werden.

Hofhuis had een waardevol advies: neem klagers niet de maat. Eventuele pathologie van de klager hoort niet thuis in de klachtbehandeling. Daar wordt echter verschillend over gedacht, getuige het recente boek van Martin Appelo, *Verslagen door het tuchtrecht*.

Voorkom klachten

Han Diesfeldt maakte een uitgebreid verslag van dit symposium dat is te lezen op de website van het NIP via *De Psycholoog > Tuchtrecht en klachten*. Door het uitgebreide verslag te lezen bent u binnen 5 minuten op de hoogte van de actuele stand van zaken. U weet na het lezen welk beroepsmatig handelen relatief vaak aanleiding geeft tot klachten. Dus de kans dat u de boeman van het tuchtrecht tegenkomt, kunt u op deze wijze verkleinen!

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



JEUGDWETSPECIAL

NETWERK KWALITEITSONTWIKKELING

LANGDURIGE ZORG

VRIJGEVESTIGDEN



VACATURE

BESTUURDER

ALGEMEEN BESTUUR NIP

Het Nederlands Instituut van Psychologen, het NIP, is een ambitieuze beroepsvereniging en volop in beweging. Het NIP heeft haar bureau gevestigd in hartje Utrecht. Met ruim 13.000 leden is het NIP de grootste landelijke beroepsvereniging van psychologen, die zowel in loondienst als zelfstandig gevestigd zijn. Met ca. 45 medewerkers behartigt het NIP de belangen van de leden en biedt tevens ondersteuning en advies. Denk hierbij aan beroepsethiek, veranderingen in het zorgstelsel, kwaliteit en opleiding. Het NIP promoot het maatschappelijke belang van de psycholoog.

De benoeming van leden van het Algemeen Bestuur (AB) van het NIP geschiedt door de Ledenraad. Het AB bestaat uit vijf leden en heeft onder meer de volgende verantwoordelijkheden:

- het besturen en extern vertegenwoordigen van de vereniging;
- het ontwikkelen van het algemeen strategisch en financiële beleid en het bewaken van de voortgang (meerjarenbeleidsplan, begroting, jaarrekening);
- het scheppen van draagvlak;
- het scheppen van voorwaarden waardoor de directeur van het NIP-bureau professioneel kan functioneren.

Voor alle bestuursleden geldt dat zij een psycholoog met autoriteit zijn en aantoonbare affiniteit hebben met de belangen van psychologen bij de uitoefening van hun beroep. Daarnaast hebben zij bestuurlijke ervaring en mogen geen functie vervullen die strijdig is met de belangen van het NIP. Zij weten wat er voor nodig is strategische uitgangspunten te beoordelen, houden het belang van de vereniging in het oog en kunnen de balans bewaken tussen kritisch tegenspel en constructief samenwerken.

COMPETENTIES

- integriteit
- besluitvaardigheid
- visie ontwikkelen en visie uitdragen
- overtuigingskracht
- omgevingsbewustzijn
- inlevingsvermogen
- onafhankelijkheid
- creativiteit

- leiderschap
- teamplayer
- kritisch zelfreflecterend vermogen

VERANTWOORDELIJKHEDEN

- deelnemen aan de bestuursvergaderingen, gemiddeld 6x per jaar (middag);
- bijwonen van de Ledenraadvergaderingen, gemiddeld 4x per jaar (avond);
- op verzoek participeren in commissies of werkgroepen;
- op verzoek het NIP vertegenwoordigen in contacten en overleg met derden.

RANDVOORWAARDEN

- u bent lid van het NIP of bent bereid lid te worden;
- u bent beschikbaar voor de periode van drie jaar en een eventuele herbenoeming van drie jaar;
- het betreft een functie op vrijwillige basis, met een vaste bestuurs-, en reiskostenvergoeding.

Interesse?

Stuur dan uw cv met motivatie **uiterlijk 31 december 2018** naar **bestuur@psynip.nl**. Vermeld hierbij tevens bij welke sectie binnen het NIP u staat ingeschreven. Meer informatie over het NIP vindt u op: www.psynip.nl. Contactpersoon is Patricia Buvelot, te bereiken voor uw vragen via bestuur@psynip.nl

REAGEREN
UITERLIJK
31 DECEMBER 2018



Nederlands Instituut van Psychologen **NIP**



Waarom doen mensen wat ze doen?

Wil je nóg meer te weten komen over de link tussen de menselijke geest en menselijk gedrag? Je skills als psychische “problem solver” verder verbreden? Gun jezelf die kennis-boost en ga voor een Bachelor of Master Psychologie van de Open Universiteit. Zodat je beschikt over alle noodzakelijke psychologische bagage en je stappen kunt maken in je carrière als coach, psycholoog of manager!

- ✓ Starten in februari en september
- ✓ Structuur, maar tegelijk veel vrijheid
- ✓ In deeltijd, flexibel en online studeren
- ✓ Persoonlijke begeleiding en excellent studiemateriaal
- ✓ Studeren met Leven Lang Leren Krediet
- ✓ Internationaal erkende, universitaire titels Bachelor of Science (BSc) en Master of Science (MSc)
- ✓ Stroom probleemloos door van HBO naar WO met een uniek schakelprogramma in deeltijd
- ✓ Keuze uit 4 masters: Arbeids- en Organisatie-, Levensloop-, Klinische en Gezondheidspsychologie

Vraag nú een persoonlijk studieadvies aan!
ou.nl/psychologie



Open Universiteit
www.ou.nl



INSPIRATIE – EEN GOED VERHAAL

Tom Deenen, hoofdbehandelaar Centrum voor Transculturele Psychiatrie (CTP) Veldzicht

Om mensen te verleiden ander gedrag te vertonen, moet je hen overtuigen. Daarvoor heb je een goed verhaal nodig. En een goed verhaal is niet zozeer een verhaal dat ik zelf goed vind, maar waar zij in geloven.

Dit principe leerde ik bij de scouting. Jaren was ik actief als welpenleider. In mijn studententijd ben ik andere welpenleiders gaan trainen. Als zodanig gaf ik trainingsweekenden aan zo'n veertig tot vijftig volwassenen. Op de ochtenden begon ik dan met een soort ochtendgymnastiek om mensen te activeren. Dan moet je die grote groep volwassenen zo gek zien te krijgen om in beweging te komen. Dan helpt het als je daarbij een verhaal vertelt. Ik vertelde dat we een wandeling door de dierentuin maakten en bij allerlei dieren aankwamen. Bij de apen maakten we klimbewegingen, bij de kangoeroes sprongen we en bij de struisvogels renden we, al wapperend met onze armen. Het verraste me dat mensen gretig meededen. Als je methodiek uitnodigend is, dan kan je veel gewenst gedrag bij mensen bereiken.

In mijn carrière als psycholoog heb ik vaak gebruik gemaakt van technieken die ik bij scouting heb geleerd. Zo heb ik veel groepstrainingen en -therapieën gegeven aan patiënten met longziekten als astma of COPD. Sommige patiënten hadden de overtuiging dat ze meer aan een longarts hebben dan aan een psycholoog, want ze 'zijn niet gek'. Dan probeer ik hen ervan te overtuigen dat ze baat kunnen hebben

bij een psycholoog, omdat die hen kan helpen beter om te gaan met hun ziekte. De levenskwaliteit hangt niet primair af van de beperking die iemand heeft, maar van de manier waarop hij met zijn beperkingen omgaat. Door je vaardigheden te vergroten kun je baas worden over je eigen aandoening en word je er geen slaaf van.

Als je bijvoorbeeld als astmapatiënt van te voren of op het goede moment puft, kun je veel meer. Ook gezonder omgaan met stress heeft een positief effect op je klachten. Hoe ik mensen overtuig om mee te werken? Vooral door hen te vragen: in wat voor situaties heb je meer of minder last? Ga dat eens registreren. Het gaat erom dat mensen het zelf ontdekken.

VRAGEN STELLEN

Sommigen willen daar niet aan, hoe overtuigend ik mijn verhaal zelf ook vind. In het begin raakte ik daarvan in de war, want wat ik zei klopte met de wetenschap. Later ben ik meer vragen gaan stellen. Werkt het bij jou anders? Leg me dat eens uit? En als er irrationele gedachten worden geventileerd, probeer ik die te ondermijnen.

Het lukt niet altijd even goed. Zo was er een gepensioneerd man met een ernstig invaliderende variant van COPD. Ik verzorgde in die tijd een groepstherapie in Davos die hij bijwoonde, maar hij kwam alleen voor de frisse lucht. Wij wilden daarentegen graag dat hij wat meer ging bewegen en zou stoppen met roken. Dat bewegen is wel gelukt, maar hij bleef roken. Hij zei: "Het roken prikkelt mijn longen, daardoor kan ik

beter hoesten." Technisch gezien klopte zijn verhaal voor de korte termijn. Maar op de lange termijn had hij meer nadeel van het roken dan voordeel. We hebben hem wel kunnen stimuleren om meer te bewegen, maar hij is niet gestopt met roken. Hij mag uiteraard zijn eigen afwegingen maken.

LIEVER GEEN PSYCHOLOOG

Later ben ik met tbs'ers gaan werken. Ook dan is samenwerking van essentieel belang. Dan hebben we het over delictgevaar, we willen een delict-analyse maken of iemands gedragingen in kaart brengen. Veel tbs'ers voelen niets voor samenwerken met een psycholoog, die





FOTO: STIJN RADEMAKER

willen gewoon worden vrijgelaten, dan kunnen ze laten zien dat ze geen gevaarlijke dingen meer doen. Maar zo werkt het natuurlijk niet. Als ze zich blijven afzetten tegen hun behandelen, leg ik uit dat het behandeltraject alleen maar langer gaat duren. Ook dan moet ik mijn verhaal goed verkopen.

Sommige tbs'ers zeggen dat ze datgene waarvoor ze zijn veroordeeld, niet hebben gedaan of dat het allemaal veel genuanceerder ligt dan de rechter heeft begrepen. Maar op het moment dat ik met hen werk, is duidelijk waarvoor ze zijn veroordeeld en ga ik ervan uit dat de beslissing van de rechters klopt. Sommigen zeggen dat

het een rechterlijke dwaling is of dat ze onschuldig zijn. Dat kun je hun verhaal ondergraven, door te vragen naar wat er feitelijk is gebeurd en hoe het komt dat ze dan blijkbaar ergens anders voor veroordeeld zijn. Daarbij kan een delict-analyse of een procedure om tot een delict-scenario te komen goed helpen.

Hetzelfde mechanisme gebruik ik bij mijn opleidingen. Als praktijkop-leider heb ik te maken met een breed scala aan jonge collega's in opleiding. Ze willen het graag goed doen en ook dan probeer ik hen uit te nodigen om nieuwe dingen te proberen. Dan moeten ze spannende dingen proberen

waarvan vooraf niet bekend is of het een effectieve behandeling is en of het zal bijdragen aan succes. Hen toch over de streep trekken, kan vaak goed met het geruststellende verhaal: je bent in opleiding, dan mag je alles uitproberen. Het kan fout gaan, maar daar leer je van. Ook hier helpt een verhaal.'

'Roken prikkelt mijn longen, daardoor kan ik beter hoesten'

Eén op de zeven vrouwen krijgt in haar leven de diagnose borstkanker.

Door verbeteringen in de borstkankerscreening en behandeling overleven steeds meer patiënten deze ziekte. Een deel van hen kampt na afloop van de behandeling echter met blijvende gevolgen. Hierbij staat vermoeidheid met stip op nummer 1 als meest genoemde klacht. Harriët Abrahams c.s. namen deze klacht onder de loep en ontwikkelden een effectieve online cognitieve gedragstherapie, specifiek voor vermoeidheid na borstkanker.

COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE WERKT OOK ONLINE

ERNSTIGE VERMOEIDHEID NA BEHANDELING VAN BORSTKANKER

Bent u weleens moe? Kosten de dagelijkse dingen u dan meer moeite dan anders? Heeft u op deze momenten de behoefte om uit te rusten? Waarschijnlijk helpt dit of verdwijnt de vermoeidheid vanzelf weer.

Bij ernstige vermoeidheid na borstkanker is dit niet het geval. Deze vermoeidheid gaat doorgaans niet vanzelf over en meer rusten helpt niet om minder moe te worden. De vermoeidheid gaat samen met beperkingen en een verminderd functioneren op gebied van werk, huishouden, hobby's en sociale contacten (Abrahams, Gielissen, Verhagen & Knoop, 2018).

PREVALENTIE, OORZAKEN EN INSTANDHOUDERS

Recent is er vanuit Borstkanker Vereniging Nederland een enquête afgenomen onder zo'n duizend patiënten met borstkanker. Zij rapporteerden bijna allemaal late gevolgen van de ziekte en behandeling. Vermoeidheid werd het vaakst door de deelnemers genoemd (77%), gevolgd door een verminderde lichamelijke conditie (57%) en concentratieproblemen (54%) (BVN, 2018). Deze cijfers laten zien dat vermoeidheid een veelvoorkomende klacht is na behandeling van borstkanker. De prevalentie van vermoeidheid na borstkanker is onderzocht in meerdere wetenschappelijke

CASUS ANNEKE (59)

'In 2012 werd er bij mij borstkanker geconstateerd. Hiervoor werd ik behandeld via een operatie en chemotherapie. Na de chemokuren pakte ik mijn werk weer op. Ik hield dit niet vol en moest hier binnen een jaar mee stoppen. Naast mijn werk runde ik een bed and breakfast dat ik moest sluiten, omdat de administratie, de zorg voor mijn gasten en het huishouden teveel inspanning vergden. Mijn hobby's en sociale contacten kwamen op een steeds lager pitje te staan. Hierdoor werd mijn wereld steeds kleiner.'

studies. Deze studies verschillen echter sterk van elkaar en laten wisselende prevalentiecijfers zien (Minton & Stone, 2008). Als we de prevalenties uit deze studies samen nemen in een meta-analyse, geeft dit een gepoolde prevalentie van 27% (Abrahams et al., 2016). Dit betekent dat ongeveer één op de vier patiënten ernstig moe is na behandeling van borstkanker. Door de grote verschillen tussen studies en prevalentiecijfers, is het beloop van de vermoeidheid over tijd onduidelijk. Wanneer we de beschikbare prevalentiecijfers afbeelden in een grafiek, dan zien we dat de prevalentie afneemt in de eerste maanden na de behandeling van borstkanker. Na zes maanden wisselt het beloop sterk, zonder dat er een duidelijke afname is (Abrahams et al., 2016).

Bij het ontstaan van de vermoeidheid lijkt een complex samenspel van biologische mechanismen mee te spelen. Uit meerdere studies blijkt dat kanker-gerelateerde vermoeidheid samenhangt met ontregelingen in het immuunsysteem, het metabolisme, de HPA-as en neuro-endocrine functies. Verder onderzoek is nodig om duidelijkere oorzaak-gevolgrelaties te kunnen leggen (Saligan et al., 2015).

Angst dat de ziekte terugkomt is normaal na behandeling van kanker

Daarnaast blijken er ziekte- en behandelingsgerelateerde risicofactoren te zijn voor ernstige vermoeidheid na borstkanker. Volgens een meta-analyse van onze onderzoeksgroep komt ernstige vermoeidheid na borstkanker vaker voor bij patiënten met een hoger ziektestadium (II of III) vergeleken met een lager ziektestadium (0 of I) (H. Abrahams et al., 2016). Ziektestadia worden bepaald via de grootte van de tumor, het aantal uitzaaiingen in de lymfeklieren en het aantal uitzaaiingen op afstand. Volgens de meta-analyse komt vermoeidheid ook vaker voor bij patiënten die behandeld zijn met chemotherapie. Kijkend naar specifieke combinaties van behandelingen voor kanker, blijkt dat het risico op ernstige vermoeidheid hoger is bij patiënten die zijn behandeld met een operatie, chemotherapie en radiotherapie, met of zonder hormoontherapie. Het risico is daarentegen lager bij patiënten die alleen zijn behandeld met een operatie, met of zonder radiotherapie (Abrahams et al., 2016).

Tijdens de behandeling van borstkanker is iedereen weleens moe. Wanneer de behandeling met curatieve intentie is afgerond, schept dit de verwachting dat de vermoeidheid vanzelf zal afnemen. Dit is echter niet altijd het geval: vermoeidheid kan tot jaren na de behandeling voortduren (Bower et al., 2006). Volgens systematische literatuuroverzichten hangt vermoeidheid na borstkanker samen met psychosociale en gedragsfactoren, zoals somberheid, angst, slaapstoornissen, lage activiteitsniveaus en disfunctionele cognities omtrent vermoeidheid (Abrahams et al., 2018; Prue, Rankin, Allen, Gracey & Cramp, 2006; Servaes, Verhagen & Bleijenbergh, 2002). Deze factoren vormen aangrijpingspunten voor interventies die erop gericht zijn om vermoeidheid na borstkanker te verminderen.

VERMOEIDHEIDSINTERVENTIES

Als patiënten aangeven dat ze last hebben van vermoeidheid na borstkanker, moet hun behandelend arts eerst onderzoeken of er sprake is van een medische en behandelbare oorzaak. Pas als een dergelijke oorzaak is uitgesloten, zijn vermoeidheidsinterventies geïndiceerd (Bower et al., 2014). In de huidige internationale richtlijn worden fysieke activiteiten-, psychosociale- en mind-body interventies aanbevolen voor behandeling van vermoeidheid na kanker (Bower et al., 2014). De resultaten van een uitgebreide meta-analyse van Mustian et al. (2017) bevestigen dat deze interventies het meest effectief zijn in het verminderen van kanker-gerelateerde vermoeidheid. Cognitieve gedragstherapie komt hierbij naar voren als meest effectieve psychologische interventiemethode (Mustian et al., 2017).

Ook onze onderzoeksgroep van het Nederlands Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid (NKCv) te Amsterdam heeft een cognitieve gedragstherapie voor vermoeidheid na kanker ontwikkeld. Dit is een gesprekstherapie, bestaande uit gemiddeld twaalf tot veertien face-to-face sessies in een periode van zes tot acht maanden. De interventie is gericht op factoren die vermoeidheid na kanker in stand houden. Voorbeelden hiervan zijn een ontregeld slaap-waakritme, problemen rondom de verwerking van de periode van kanker en een laag activiteitsniveau.

Resultaten van twee gerandomiseerde en gecontroleerde studies laten zien dat de face-to-face cognitieve gedragstherapie effectief is in het verminderen van vermoeidheid na kanker en bijkomende beperkingen vergeleken met een wachtlijstconditie. Na afloop van de therapie was het merendeel van de patiënten niet langer ernstig moe. Deze

positieve resultaten bleven behouden na twee jaar (Gielissen, Verhagen & Bleijenberg, 2007; Gielissen, Verhagen, Witjes & Bleijenberg, 2006; Prinsen et al., 2013).

Ondanks dit bewijs voor de effectiviteit van de cognitieve gedragstherapie, schiet de beschikbaarheid van deze interventie voor patiënten in de dagelijkse praktijk tekort. Therapeuten moeten getraind worden om de therapie te kunnen geven. Cognitieve gedragstherapie wordt alleen nog aangeboden in een paar centra in Midden- en Oost-Nederland met één of twee getrainde therapeuten. Daarnaast is het reizen naar de behandelsessies vaak intensief voor patiënten met ernstige vermoeidheidsklachten.

Om deze problemen op te lossen, hebben wij gebruik gemaakt van nieuwe mogelijkheden op het gebied van e-Mental Health en een online versie van de therapie ontwikkeld. Het grote bereik van het internet maakt de interventie beschikbaar voor een grotere groep patiënten. Zij kunnen vanuit huis in eigen tempo werken aan de interventie. Daarnaast kunnen zij reistijd naar face-to-face behandelsessies besparen.

ONLINE COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE

We hebben de internettherapie 'Op weg naar herstel'

specifiek ontwikkeld voor vermoeidheid na borstkanker, gebaseerd op het protocol van de bewezen effectieve face-to-face cognitieve gedragstherapie (Gielissen et al., 2006). De internettherapie wordt begeleid door een ervaren en getrainde therapeut via e-mail, telefonische consulten en video-consulten. Patiënten starten met twee face-to-face gesprekken, waarna ze de therapie via het internet volgen (figuur 1). Zij sluiten de therapie af met een face-to-face evaluatiegesprek.

De behandel-rationale is als volgt: de vermoeidheid is ontstaan in de periode van de diagnose en behandeling van borstkanker. Als de kanker succesvol is behandeld, kunnen de ziekte en behandeling niet langer verklaren dat vermoeidheid blijft voortduren. Psychosociale en gedragsfactoren houden vermoeidheidsklachten op dat moment in stand (figuur 2). Via cognitieve gedragstherapie leren patiënten hoe ze deze instandhoudende factoren zelf kunnen aanpakken. Alle patiënten starten hun behandeling met het stellen van doelen en sluiten de behandeling af door deze doelen stap voor stap te realiseren. De tussenliggende zes modules zijn gericht op de volgende instandhoudende factoren. De internettherapie is op maat gemaakt: patiënten volgen alleen de modules die voor hen relevant zijn. Via vragenlijsten en een actometer

FIGUUR 1: SCREENSHOT INTERNETTHERAPIE

Op weg naar herstel
VAN VERMOEIDHEID NA BORSTKANKER

Werkblad Opdrachten Aantekeningen Bibliotheek Dossier

Mijn behandelomgeving

Werkblad

Postbus:

Algemene informatie

De internetbehandeling 'Op weg naar herstel'

De CHANGE studie

Vermoeidheid na borstkanker

Voorwaarden

Hoe werkt de website?

Toegang tot de website en afrondering

Contact

Help

Mijn behandelprogramma

Doelen Slaap-waak Gedachten Activiteiten Angst Verwerking Omgeving Tot slot

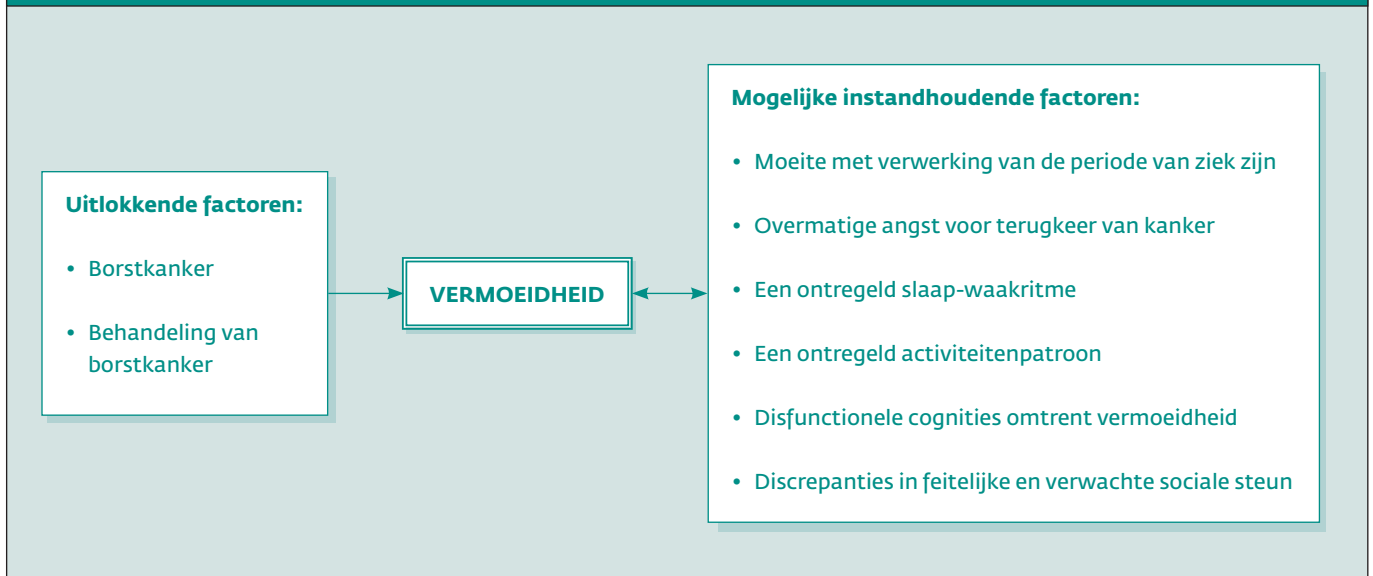
MIJN DOELEN BEPALEN

Na de twee gesprekken met uw therapeut bij het NKCv gaat de internetbehandeling *Op weg naar herstel* nu van start. U krijgt eerst uitleg over de internetbehandeling en informatie over vermoeidheid na borstkanker. Vervolgens gaat u zelf aan de slag met het formuleren van uw eigen doelen voor *Op weg naar herstel*!

Opdracht	Status
1.1 LEZEN: Uitleg over Op weg naar herstel	✓
1.2 LEZEN: Moe na borstkanker	✓
1.3 LEZEN: Het doel van Op weg naar herstel	✓
1.4 DOEN: Mijn eigen doelen bepalen	✓
1.5 TERUGBLIK	✓

Chat

FIGUUR 2: BEHANDELRATIONALE COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE



(bewegingsmeter) wordt bepaald welke instandhoudende factoren van toepassing zijn:

- *Moeite hebben met de verwerking van de periode van ziek zijn:* de (behandeling van) kanker kan een traumatische ervaring zijn. Als patiënten herinneringen aan deze periode blijven herbeleven of juist actief uit de weg gaan, kan dit betekenen dat ze last hebben van posttraumatische symptomen die vermoeidheid in stand kunnen houden.
- *Overmatige angst voor terugkeer van kanker:* angst dat de ziekte terugkomt is normaal na behandeling van kanker. Het is ook normaal dat angstige gedachten toenemen in situaties zoals medische follow-up controles. Bij sommige patiënten is de angst voor een recidief van kanker echter voortdurend in hoge mate aanwezig. Deze verhoogde angstniveaus hangen samen met vermoeidheid.
- *Een ontregeld slaap-waakritme:* onregelmatige bed- en opstijden, en overdag liggen of slapen leiden tot een ontregeling van de biologische klok en kunnen ervoor zorgen dat patiënten moe blijven.

- *Een ontregeld activiteitenpatroon:* een deel van de patiënten is relatief actief. Zij hebben sterk wisselende activiteitsniveaus met periodes van veel inspanning, gevolgd door periodes van inactiviteit ('alles of niets-gedrag'). Anderen hebben juist een laag fysiek activiteitsniveau. Dit kan te maken hebben met het vermijden van activiteiten uit angst om vermoeid te raken.
- *Disfunctionele cognities omtrent vermoeidheid:* voorbeelden zijn doemdenken en somatische attributies. Deze cognities geven patiënten het gevoel dat ze geen controle hebben over hun vermoeidheid. Daarnaast kan een sterke gerichtheid op vermoeidheid de klachten versterken.
- *Discrepanties tussen feitelijke en verwachte sociale steun:* patiënten met vermoeidheid na kanker merken soms dat ze minder steun krijgen dan in de periode waarin ze behandeld werden voor kanker. Ook krijgen ze soms te maken met negatieve interacties zoals over-bezorgdheid of onbegrip. Dergelijke discrepanties kunnen samenhangen met vermoeidheid.

CASUS ANNEKE (59)

Ook Anneke volgde de internettherapie 'Op weg naar herstel' en zette hierbij de volgende stappen: 'Ik resette mijn biologische klok door iedere dag om 22:30 naar bed te gaan en om 07:30 op te staan, leerde positiever te denken, en activiteiten in golfjes te verdelen over mijn dag. Stap voor stap bouwde ik vervolgens mijn activiteiten op, waaronder vijf kilometer aan één stuk hardlopen.'

EFFECTIVITEIT

De resultaten van een gerandomiseerde gecontroleerde studie (Abrahams et al., 2017) tonen aan dat online cognitieve gedragstherapie effectief is in het verminderen van vermoeidheid. In totaal deden er 132 vrouwen met ernstige vermoeidheid na borstkanker mee met deze studie.

Patiënten werden via loting willekeurig ingedeeld in een groep die de internettherapie volgde (n=66) en een groep die op de wachtlijst werd geplaatst voor face-to-face cognitieve gedragstherapie (controlegroep; n=66). Alle deelnemers werden gedurende een periode van zes maanden gevolgd. Vermoeidheid en bijkomende klachten werden op baseline en na afloop van de internettherapie of wachtlijst (na zes maanden) in kaart gebracht. Hierbij werd vermoeidheid gemeten met de subschaal 'Ernst van vermoeidheid' van de *Checklist Individuele Spankracht* (range scores 8-56).

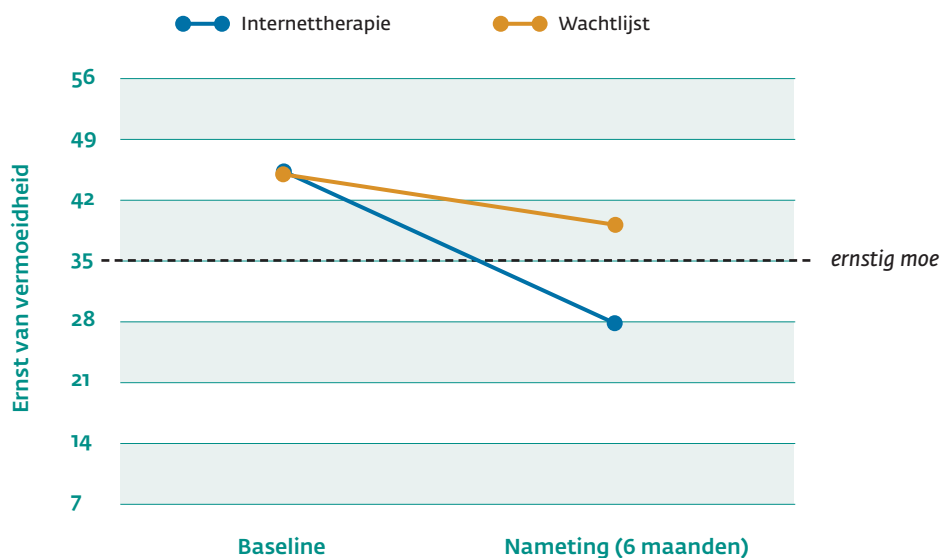
Zoals te zien in figuur 3 rapporteerden patiënten die de internettherapie hadden gevolgd na zes maanden minder vermoeidheid vergeleken met de controlegroep (verschil in gemiddelden=11.5, 95% betrouwbaarheidsinterval 7.7-15.3).

Online cognitieve gedragstherapie is effectief in het verminderen van vermoeidheid

Dit effect was groot (Cohen's $d=1.0$) en 73% van de patiënten liet een klinisch relevante verbetering van vermoeidheid zien, vergeleken met 28% van de patiënten uit de controlegroep. Internettherapie leidde ook tot minder functionele beperkingen en psychologische last, en een hogere kwaliteit van leven, met gemiddelde tot grote effecten (Cohen's $d=0.6$ tot 0.8).

De effecten van de twee behandelvormen lijken vergelijkbaar te zijn. Internettherapie kostte voor therapeuten echter minder tijd (gemiddeld 7 uur) vergeleken met face-to-face cognitieve gedragstherapie (gemiddeld 13 uur; Abrahams et al., 2017). Deze bevindingen moeten echter voorzichtig

FIGUUR 3: EFFECT VAN ONLINE COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE OP VERMOEIDHEID NA BORSTKANKER (ANCOVA, INTENTION TO TREAT)



CASUS ANNEKE (59)

Herstel van ernstige vermoeidheid kan veel betekenen voor het leven van patiënten. Zo ook voor Anneke: 'De verschillende facetten die ik aanpakte in de therapie, vormden samen de sleutel tot succes. Ik kan weer van mijn leven genieten. Iedere ochtend word ik blij wakker en bedenk ik me wat ik zal gaan doen. Terwijl ik me voorheen zo moe voelde dat ik niet wist hoe ik mijn dag door moest komen. Mijn leven is met 180 graden gedraaid en heeft weer kleur gekregen. Ik heb mijn doelen kunnen realiseren. Ik sloeg met mijn werk een nieuwe weg in en startte met het maken van kunst. Ook maakte ik een reis naar China. Het is inmiddels een paar jaar geleden dat ik de therapie heb gevolgd. Ik pas het geleerde nog dagelijks toe en hierdoor voel ik mij nog steeds zo goed.'

worden geïnterpreteerd, omdat de twee behandelvormen nog niet in één patiëntenpopulatie zijn vergeleken.

BLIK OP DE TOEKOMST

Verdere inspanningen zijn nodig om de beschikbaarheid en effectiviteit van vermoeidheidsinterventies te optimaliseren. Dit betreft bijvoorbeeld implementatieprocessen om interventies zoals 'Op weg naar herstel' breed beschikbaar te stellen (Damschroder et al., 2009). De interventie wordt nu aangeboden bij het NKCV in Amsterdam. Om de interventie ook in andere centra in Nederland aan te kunnen bieden, zijn onder andere investeringen nodig voor het trainen van therapeuten en het integreren van nieuwe procedures en software.

Daarnaast is het van belang om interventies verder toe te spitsen op de zorgbehoefte van de individuele patiënt. Zo had het merendeel van de patiënten baat bij online cognitieve gedragstherapie, maar profiteerde een subgroep niet van deze

interventie. Onderzoek naar moderatoren kan helpen om inzicht te krijgen in deze subgroepen, oftewel factoren die de relatie tussen de interventie en de verandering in vermoeidheid beïnvloeden (Kazdin, 2007). Moderatoren zijn reeds bekeken in de eerder besproken meta-analyse van Mustian et al. Hieruit bleek dat patiënten met een lager ziektestadium, die de behandeling van kanker hadden afgerond, het meeste profijt hadden van vermoeidheidsinterventies. Verschillen in leeftijd, geslacht en tumortype hadden geen invloed op interventie-effecten (Mustian et al., 2017).

Waarschijnlijk werken (elementen uit) verschillende soorten interventies voor kanker-gerelateerde vermoeidheid het beste voor verschillende subgroepen patiënten. Het is bijvoorbeeld aannemelijk dat psychologische interventies kunnen helpen als niet-helpende gedachten een rol spelen, en dat activiteiteninterventies goed geschikt zijn voor patiënten die in het verleden gesport hebben. Het is van belang hier meer inzicht in te krijgen, zodat we patiënten de (elementen uit) interventies kunnen aanbieden die het beste voor hen werken.

Als we onderzoeken wat werkt voor wie, moeten we tot slot in acht nemen dat vermoeidheid zelden een geïsoleerd symptoom is. Zo hangt vermoeidheid sterk samen met pijn en depressieve symptomen (Abrahams et al., 2018; Reyes-Gibby, Aday, Anderson, Mendoza & Cleeland, 2006). Kenmerken van deze symptomen, zoals een gebrek aan energie en algehele anhedonie, overlappen met elkaar (Fleishman, 2004). De rol en plaats van dergelijke symptoomclusters in vermoeidheidsinterventies moet nog verder worden onderzocht.

Kortom: vermoeidheid na borstkanker komt veel voor en is reeds onderzocht in een groot aantal studies. Dit heeft geleid tot verbetering van de kennis en behandeling van dit symptoom. Verder onderzoek is nodig om dit te optimaliseren, zodat patiënten in de toekomst steeds minder last hoeven te ondervinden van deze hinderlijke klacht.

Vermoeidheid na borstkanker hangt samen met psychosociale en gedragsfactoren, zoals somberheid, angst, slaapstoornissen, lage activiteitsniveaus en disfunctionele cognities omtrent vermoeidheid

OVER DE AUTEUR

Harriët Abrahams, PhD, is werkzaam als postdoctoraal onderzoeker op de afdeling Medische Psychologie van het Amsterdam Universitair Medisch Centrum. Ook is zij als psycholoog verbonden aan het Nederlands Kenniscentrum Chronische Vermoeidheid te Amsterdam. Het onderzoeksproject waarop dit artikel mede gebaseerd is, werd gefinancierd door Pink Ribbon (projectnr. 2012.WO26.C139). Onderhavig artikel is geschreven naar aanleiding van het proefschrift *Advancing Knowledge and Treatment of Severe Fatigue in Breast Cancer Survivors – with a Focus on Cognitive Behavioral Therapy, waarop Harriët Abrahams op 11 april 2018 is gepromoveerd aan de Radboud Universiteit te Nijmegen. Correspondentie over dit artikel: h.j.abrahams@amc.uva.nl.*

Summary

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY ALSO WORKS ONLINE:
SEVERE FATIGUE IN BREAST CANCER SURVIVORS
H. ABRAHAMS

Severe fatigue occurs in one in four patients after completion of curative breast cancer treatment. Our research group had developed a cognitive behavioral intervention for severe postcancer fatigue, but the availability of this intervention was limited. To meet the need for easier accessible and less burdensome treatment options for severely fatigued breast cancer survivors, we developed the internet therapy 'On the road to recovery.' Results of a randomized controlled trial (n=132) showed a decrease of fatigue severity after ICBT compared with a waiting list control group, with a large effect size and clinically significant improvement in the majority of patients. Further efforts are necessary to optimize the availability and efficacy of I-CBT and other interventions for postcancer fatigue.

Literatuur

- Abrahams, H., Gielissen, M., Schmits, I., Verhagen, C., Rovers, M. & Knoop, H. (2016). Risk factors, prevalence, and course of severe fatigue after breast cancer treatment: a meta-analysis involving 12 327 breast cancer survivors. *Annals of Oncology*, 27(6), 965-974.
- Abrahams, H., Gielissen, M., Verhagen, C. & Knoop, H. (2018). The relationship of fatigue in breast cancer survivors with quality of life and factors to address in psychological interventions: A systematic review. *Clinical psychology review*, 63, 1-11.
- Abrahams, H.J., Gielissen, M.F., Donders, R.R., Goedendorp, M.M., van der Wou, A.J., Verhagen, C.A. & Knoop, H. (2017). The efficacy of Internet-based cognitive behavioral therapy for severely fatigued survivors of breast cancer compared with care as usual: A randomized controlled trial. *Cancer*, 123(19), 3825-3834.
- Bower, J.E., Bak, K., Berger, A., Breitbart, W., Escalante, C.P. et al. (2014). Screening, assessment, and management of fatigue in adult survivors of cancer: an American Society of Clinical oncology clinical practice guideline adaptation. *Journal of clinical oncology*, 32(17), 1840.
- Bower, J.E., Ganz, P.A., Desmond, K.A., Bernards, C., Rowland, J.H., Meyerowitz, B.E. & Belin, T.R. (2006). Fatigue in long-term breast carcinoma survivors. *Cancer*, 106(4), 751-758.
- BVN. (2018). Retrieved from <https://bforce.nl/nl/hoegga-jij-om-met-late-gevolgen-van-de-behandeling-van-borstkanker>
- Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh, S.R., Alexander, J.A. & Lowery, J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science*, 4(1), 50.
- Fleishman, S.B. (2004). Treatment of symptom clusters: pain, depression, and fatigue. *JNCI Monographs*, 2004(32), 119-123.
- Gielissen, M., Verhagen, C. & Bleijenberg, G. (2007). Cognitive behaviour therapy for fatigued cancer survivors: long-term follow-up. *British journal of cancer*, 97(5), 612.
- Gielissen, M.F., Verhagen, S., Witjes, F. & Bleijenberg, G. (2006). Effects of cognitive behavior therapy in severely fatigued disease-free cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: a randomized controlled trial. *Journal of clinical oncology*, 24(30), 4882-4887.
- Kazdin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3, 1-27.
- Minton, O. & Stone, P. (2008). How common is fatigue in disease-free breast cancer survivors? A systematic review of the literature. *Breast cancer research and treatment*, 112(1), 5-13.
- Mustian, K.M., Alfano, C.M., Heckler, C., Kleckner, A.S., Kleckner, I.R. et al. (2017). Comparison of pharmaceutical, psychological, and exercise treatments for cancer-related fatigue: a meta-analysis. *JAMA oncology*, 3(7), 961-968.
- Prinsen, H., Bleijenberg, G., Heijmen, L., Zwarts, M., Leer, J. et al. (2013). The role of physical activity and physical fitness in postcancer fatigue: a randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 21(8), 2279-2288.
- Prue, G., Rankin, J., Allen, J., Gracey, J. & Cramp, F. (2006). Cancer-related fatigue: a critical appraisal. *European Journal of Cancer*, 42(7), 846-863.
- Reyes-Gibby, C.C., Aday, L.A., Anderson, K.O., Mendoza, T.R. & Cleeland, C.S. (2006). Pain, depression, and fatigue in community-dwelling adults with and without a history of cancer. *Journal of pain and symptom management*, 32(2), 118-128.
- Saligan, L.N., Olson, K., Filler, K., Larkin, D., Cramp, F. et al. (2015). The biology of cancer-related fatigue: a review of the literature. *Supportive Care in Cancer*, 23(8), 2461-2478.
- Servaes, P., Verhagen, C. & Bleijenberg, G. (2002). Fatigue in cancer patients during and after treatment: prevalence, correlates and interventions. *European Journal of Cancer*, 38(1), 27-43.

IN SPE – KIMIKO BOHLE

Ik ben geboren in Taiwan. Toen ik tien maanden was werd ik geadopteerd. Ik woon nu zo goed als twintig jaar in Nederland, altijd in hetzelfde huis in Lelystad. Nu nog steeds, ook al studeer ik al drie jaar in Amsterdam. Voorlopig blijf ik lekker thuis wonen. Pas als ik ga samenwonen ga ik het huis uit, zei ik tegen mijn ouders, eerder niet.

Ik wilde altijd graag dokter worden en had veel interesse in menselijke anatomie en fysiologie. Maar toen ik een havo-advies kreeg moest ik mijn plannen wijzigen. Ik koos voor hbo-verpleegkunde omdat het toch een medisch karakter heeft. Tijdens een stage in een wooncentrum voor ouderen legde ik makkelijk contact met die mensen en praatte heel veel met ze. Ze zeiden tegen me: als je geen chirurgie gaat doen, dan is psychologie echt iets voor jou. En dat was inderdaad een logische keuze. Nu ik bijna 21 ben en de bachelor psychologie aan het afronden ben, heb ik het gevoel dat ik goed op m'n plek zit.

Volgend jaar wil ik aan de VU de master klinische neuropsychologie doen. Eventueel kan ik die laten overlopen in een master A&O of commerciële psychologie. Het lijkt me echt gaaf om na mijn studie als neuropsycholoog in een ziekenhuis te werken. In een documentaire zag ik hoe een neurochirurg samen met een neuroloog en neuropsycholoog rond een openbreinoperatie stonden. Toen dacht ik: dat wil ik ook!

NEGEN TEAMROLLEN

Bij het vak A&O hebben we vorig jaar de negen teamrollen van Belbin behandeld.

Daar kwam uit dat ik een plant ben. Dat vond ik eerst niet zo leuk, ik wou graag de superheld zijn, of de doener. Maar tijdens een groepsopdracht besepte ik: het is waar, Belbin had gelijk, ik ben wel een plant. De kenmerken zijn: creatief en heel veel denken. Dat heeft ook z'n voordelen: bij brainstormsessies gaat bijvoorbeeld mijn denktank echt werken en komen de meest onverwachte fantasieën boven, die soms ook nog eens nuttig blijken.

Mijn derde jaar heb ik tot nu toe ook ingericht naar de neuropsychologische kant. Ik kreeg eerder al hele inspirerende colleges van professor Erik Scherder, heb een paar patiëntencolleges gehad en ben meegeweest naar het lab om een echt brein te bekijken. We mochten het ook aanraken, wel met handschoentjes aan, maar toch. Erg bijzonder om te beseffen dat we door zo'n homp weefsel elk moment van de dag worden gestuurd. Het was een ervaring die me een zetje in de goede richting van mijn masterkeuze heeft gegeven.

Verder hou ik mijn ogen open, ook op creatief gebied. Ik schrijf graag en maak al heel lang elektronische muziek, met als grote voorbeelden Martin Garrix en Armin van Buuren. Dus mocht ik daar ooit echt iets mee kunnen doen, zou ik dat heel graag willen.

SOEP

Ik ben heel perfectionistisch, wat voor veel stress in mijn leven kan zorgen. Zo is een muziekstuk eigenlijk nooit af en blijf ik eraan sleutelen. Het liefst zou ik binnenkort een demo droppen, zoals dat heet, maar dan moet ik ergens wel een

punt achter kunnen zetten en dat lukt me maar moeilijk.

Als ik werk zou kunnen doen waarin ik het brein kan combineren met muziek, zou dat geweldig zijn. In mijn ideale wereld maak ik mensen beter met muziektherapie. Of ga ik meer de richting op van neuromarketing: hoe maak je met muziek reclames aantrekkelijker? Aan de andere kant zou ik ook willen helpen de levenskwaliteit van ouderen te verbeteren. Of kinderen met een geboren hersenafwijking helpen, of mensen die door een ongeluk niet meer goed kunnen functioneren. Qua mogelijke keuzes is mijn leven nu dus nog een beetje een soep, maar ik ben blij dat ik in ieder geval de knoop heb doorgemaakt over de master klinische neuropsychologie.





FOTO: PETER VALCKX

Eigenlijk heb ik niet altijd even veel zelfdiscipline. Ik kan wel een planning maken, maar ik hou me er niet aan. Ik ga pas studeren onder tijdsdruk, als het niet meer anders kan. Maar dan haal ik ook een resultaat. Statistiek had ik bijvoorbeeld aanvankelijk niet gehaald, maar wel herkanst met een 9.8. Toen dacht ik: maar ik kan dit dus wel! Ik hoorde van veel mensen dat het echt een obstakel kan worden in de studie, maar dat hoeft het niet te zijn. Ik had mijn vakantie twee weken uitgesteld om die herkansing te halen. En afgelopen jaar heb ik alle vakken in één keer gehaald, ook het vak statistiek 2, volgens velen het moeilijkste vak van de bachelor.

REDACTIERAAD

Ik ben al ambassadeur van de vu en werk op open dagen en matchingdagen voor toekomstige studenten. Regelmatig geef ik presentaties op middelbare scholen om de studie psychologie en de vu te promoten. En nu zit ik ook in de redactieraad van *De Psycholoog*. Op een dag was ik aan het scrollen op Facebook en zag dat de raad nog een student zocht. Ik reageerde en daarna ging het snel. Onder medestudenten heb ik al rondgevraagd waar zij graag over zouden lezen. Stressbestendigheid, hoor ik dan vaak, en vooral: hoe kom je als psycholoog aan het werk?

Ook lijkt het me leuk als we met het blad iets overkoepelends kunnen doen voor studenten door het hele land.

Want eerlijk gezegd vergeet ik soms dat de vu niet de enige universiteit is die psychologie aanbiedt. Ik zou graag meer weten wat de studenten op al die andere faculteiten allemaal doen, dan zouden we elkaar misschien ook kunnen helpen. Het nieuwe digitale kennisplatform dat het blad volgend jaar lanceert, zou daar een interessante omgeving voor kunnen bieden.'

Bijzonder om te beseffen dat we door zo'n homp weefsel worden gestuurd'

ESSAY

GOKVERSLAVING EN DE ROL VAN VOLLEDIGE ABSTINENTIE IN DE BEHANDELING



‘Gokstoornis’ is als enige procesverslaving als aparte classificatie opgenomen in de DSM. Over de beste behandeling is nog geen volledige overeenstemming. Is volledige abstinentie noodzakelijk? Mag iemand die voor een gokverslaving in behandeling is ook nooit meer alcohol drinken? ‘Het goed reguleren van iets dat anders toch wel gebeurt, is vaak beter dan het verbieden ervan,’ stellen Nienke van Keulen en Bas Brons.

In de verslavingszorg zien we de laatste jaren naast aanmeldingen van mensen met een alcohol- of mid- delenverslaving steeds vaker mensen die kampen met een zogeheten 'procesverslaving', ook wel gedragsverslaving genoemd. Deze mensen zijn verslaafd aan gedragingen die een intense genotservering met zich meebrengen, zoals gokken, gamen of seks. Hoewel we bij deze verslavingen vaak niet de ernstige lichamelijke gevolgen zien die we wel zien bij alcohol- of middelenverslavingen, lopen ook deze mensen ernstig vast in hun persoonlijk en professionele leven (Shaw et al., 2007).

De meest bekende van deze procesverslavingen is de verslaving aan gokken. Gokstoornis is dan ook de enige officieel erkende procesverslaving met een classificatie in de DSM (American Psychiatric Association (APA), 2013; zie kader Gokstoornis in de DSM). Daarnaast wordt verslaving aan

gamen momenteel onderzocht door de APA, voor mogelijke toevoeging aan de DSM (Van den Brink, 2014). Andere procesverslavingen, zoals de verslaving aan seks of eten, worden (nog) niet als erkende stoornissen gezien (APA, 2013).

Onder gokken vallen niet alleen de alom bekende spellen in een casino of op een gokautomaat, maar ook online gokken. De beschikbaarheid, de schijnbare anonimiteit en het gebruiksgemak van online gokmogelijkheden zijn de laatste jaren fors toegenomen (Gainsbury et al., 2015). Niet alleen deze voor de hand liggende activiteiten vallen onder gokken, er kan ook nog gegokt worden op sportwedstrijden en gespeculeerd op beurzen (het handelen in opties en aandelen, day-traden en het handelen in cryptovaluta zoals Bitcoin). De verwachting is niet dat de toename van deze activiteiten en hiermee de toename van deze verslavingsproblematiek, hier zal stoppen. Het gokken op sporteve-

nementen, vooral voetbal- en tenniswedstrijden, wint nog steeds aan populariteit onder jongeren, zo laat de praktijk zien.

Eveneens steeds populairder onder jongeren is gamen. Dit lijkt onschuldig, maar uit recent onderzoek in opdracht van de Kansspelautoriteit is gebleken dat games steeds meer elementen van kansspelen bevatten. Zo is het bij het bekende spel FIFA mogelijk een pakket spelers te kopen van wie je niet weet welke het zijn, er moet dan gegokt worden dat het goede spelers zijn (Kansspelautoriteit, 2018). Gebleken is dat drie tot vijf procent van Nederlandse jongeren tussen de twaalf en zestien jaar nu al risicovol gamegedrag vertoont. Op jonge leeftijd blootgesteld worden aan kansspelen verhoogt daarnaast de kans op een gok- of kansspelverslaving op latere leeftijd (De Bruin, 2018).

Ook day-traden en het handelen in cryptovaluta zoals Bitcoin worden steeds populairder en toegankelijker. De groei van alle

GOKSTOORNIS IN DE DSM-5 (312.31)

- A. Persisterend en recidiverend problematisch gokgedrag dat leidt tot klinisch significante beperkingen of lijdensdruk, zoals blijkt uit vier of meer van de volgende kenmerken, die binnen een periode van een jaar optreden:
1. Moet met steeds meer geld gokken om de gewenste mate van opwinding te bereiken.
 2. Is rusteloos en prikkelbaar bij pogingen tot minderen van of stoppen met gokken.
 3. Heeft herhaald onsuccesvolle pogingen gedaan tot stoppen, minderen of beheersen van gokken.
 4. Is vaak gepreoccupeerd met gokken (bijvoorbeeld persistente gedachten en levendige herinneringen aan eerdere gokervaringen, verhindering of planning van de volgende keer, en manieren om aan geld te komen om mee te gokken).
 5. Gokt vaak bij onlustgevoelens (bijvoorbeeld hulpeloosheid, schuldgevoel, zorgen, somberheid).
 6. Komt vaak, na geld verloren te hebben bij het gokken, de volgende dag terug om het verlies terug te winnen.
 7. Liegt om de ernst van het gokgedrag te verhullen.
 8. Heeft een belangrijke relatie, het werk of de eigen opleiding of carrière in gevaar gebracht of verloren door het gokken.
 9. Heeft geld van anderen nodig om de uitzichtloze financiële problemen door het gokken te verlichten.
- B. Het gokgedrag is niet beter te verklaren door een manische episode.

platformen die deze verschillende activiteiten mogelijk maken zal, net als eerder bij online casinospelen, mogelijk ook een grotere golf van mensen met deze problematiek met zich meebrengen (Hing et al., 2015).

DE HERSENEN VAN EEN GOKVERSLAAFDE

Uit onderzoek is gebleken dat het proces dat zich afspeelt in de hersenen van pathologische gokkers vergelijkbaar is met wat er gebeurt in de hersenen van iemand die verslaafd is aan alcohol of andere middelen. Zo is er verminderde activiteit te zien in het beloningssysteem in de hersenen bij pathologische gokkers als zij een gokspelletje spelen. Een vergelijkbare vermindering in activiteit is te zien in het geval van alcohol- of middelenverslaving (Reuter et al., 2005).

Dit lijkt niet alleen tijdens het gokken zo te zijn, maar ook bij het enkel verlangen ernaar. Als gokverslaafden beelden te zien krijgen van mensen die aan het gokken zijn, neemt bij hen het gevoel van verlangen om te gokken toe. Op dat moment laten hun hersenen activiteit zien die vergelijkbaar is met de activiteit die gevonden wordt in de hersenen van cocaïneverslaafden, als zij verlangen naar het gebruik van cocaïne (Balodis, Lacadie & Potenza, 2012). Tot slot lijkt farmacologische behandeling die wordt ingezet bij middelenverslaving ook effectief te zijn bij gokverslaving: het gebruik van een opioïde antagonist voor zes maanden resulteerde in een eerdere studie in een gokvrije

periode van tenminste zes maanden na het staken van de behandeling (Achab & Khazaal, 2011).

Toch is er ook onderzoek dat lijkt te wijzen op verschillen in de biologische basis van gokverslaving en drugsverslaving. Dopamine in het brein zorgt voor een prettig gevoel; als deze neurotransmitter vrijkomt, werkt het dus belonend voor het gedrag dat hieraan voorafging. Uit onderzoek bij drugsverslaafden blijkt dat het dopaminegehalte in hun brein onder normale omstandigheden verlaagd is. Dit wordt wellicht veroorzaakt doordat tijdens of direct na het gebruiken van alcohol of drugs er een enorme hoeveelheid dopamine in één keer vrijkomt in het brein. Hierdoor wordt het beloningssysteem minder actief en zal er tijdens normale, nuchtere omstandigheden minder dopamine beschikbaar zijn. Dit mechanisme is deels verantwoordelijk voor het gedrag dat zo kenmerkend is voor een verslaving: om weer voor een hoger dopaminegehalte in het brein te zorgen, gaan mensen op zoek naar de volgende 'fix' (Volkow et al., 2007).

Verwacht werd dus dat de werking van dit mechanisme vergelijkbaar zou zijn voor mensen met een gokverslaving.

Dit is onderzocht in een studie uitgevoerd in het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam. Hierbij werd eveneens gekeken naar het dopaminegehalte in het brein, maar dan bij gokverslaafden en een controlegroep. Het bleek dat mensen met een gokverslaving juist een hogere dopamineproductie in rust hadden dan mensen zonder gokverslaving (Van Holst et al., 2017). Dit kan ervoor zorgen dat de pijn van het verlies van een grote som geld minder sterk wordt ervaren door iemand met een gokverslaving dan door iemand zonder gokverslaving. Die laatste zal zich na een verlies van een groot geldbedrag bepaald niet goed voelen. Deze negatieve ervaring, veroorzaakt door de daling in het dopaminegehalte, maakt dat deze persoon niet zo snel nog eens zal gaan gokken. Iemand met een gokverslaving, die dus een hogere dopamineproductie heeft, zal door het minder ervaren van dit verlies optimistischer uitkijken naar de volgende gokgelegenheid met de achterliggende gedachte: 'Dan zal de grote klapper zeker gemaakt worden.'

Dit resultaat geeft aan dat gokverslaving en alcohol- of middelenverslaving wellicht toch meer van elkaar verschillen dan gedacht (Van Holst et al., 2017).

Op jonge leeftijd blootgesteld worden aan kansspelen verhoogt de kans op een gok- of kansspelverslaving op latere leeftijd

BEHANDELING

Over de beste behandeling van gokverslaving is nog geen volledige overeenstemming. Er is relatief weinig onderzoek gedaan naar de werkzaamheid van verschillende therapieën bij procesverslavingen. Hoewel de resultaten bij toepassing van generieke verslavingsbehandelingen positief lijken, zijn de tot nu toe uitgevoerde studies vaak van beperkte omvang en duur. Om deze reden is er nog geen bepaalde behandelmethode bekend die het beste lijkt te werken of die aanbevolen wordt voor procesverslavingen (Grant et al., 2013).

in mateloosheid terug kan vallen. Dit model gaat uit van verslaving als een ziektebeeld. Dit houdt in dat verslaving wordt gezien als een ongeneeslijke, chronische ziekte, waarmee men, onder voorwaarde dat men abstinente blijft, even oud kan worden als ieder ander die niet verslaafd is (Corveleyn & van Limbergen, 2001).

Volledige abstinentie houdt dus in dat er geen verslavende middelen meer gebruikt worden, ook als dit niet de middelen betreft waaraan iemand in eerste instantie verslaafd is geraakt. Met andere woorden: iemand die voor een gokverslaving in behandeling is, zou dan ook nooit meer alcohol mogen drinken – omdat het vooral de mateloosheid is die iemand in de problemen heeft gebracht. Het gebruiken van middelen zou op twee manieren kunnen zorgen voor het niet slagen van de behandeling. De mogelijkheid bestaat dat het gebruik van een middel de impulsbeheersing tijdelijk verzwakt (Matthson et al., 2001). Dit zou er dan toe kunnen leiden dat iemand de verleiding van de oorspronkelijke ‘drug of choice’ niet kan weerstaan. Daarnaast is er kans op cross-addictie, waarbij iemand stopt met het ene middel en vervolgens doorslaat in het gebruik van het volgende middel.

Gebaseerd op de veronderstelling dat een gokstoornis voortkomt uit hetzelfde mechanisme als een middelenverslaving, wordt deze theorie ook toegepast bij de behandeling hiervan. Omdat deze cliënten al eerder verslaafd gedrag hebben laten zien als het gaat om gokken, bestaat de kans dat zij

terugvallen in gokken bij het gebruik van andere middelen – of hun verslaving aan gokken vervangen door het excessief gebruik van een ander middel. Het gebruik van alcohol is eerder al wel gekoppeld aan terugval in gokken, maar de omvang van het risico dat alcoholgebruik met zich meebrengt is niet duidelijk (Ledgerwood & Petry, 2006). Onder andere om deze reden is volledige abstinentie tijdens de behandeling van gokverslaving een voorwaarde, en na de behandeling een dringend advies.

**AVERSIE TEGEN
ABSTINENTIE**

Volledige abstinentie als voorwaarde en advies roept echter vaak weerstand op. Excessief gokken komt veel voor onder mannen met een gemiddelde leeftijd onder de dertig (Volberg et al., 2017). Bij deze groep cliënten is er veel aversie tegen het idee nooit meer alcohol te mogen drinken of een ander middel te mogen gebruiken. In de huidige maatschappij, waarin alcohol vaak een belangrijke rol speelt in het sociale leven, is dit niet verrassend. Dikwijls zijn de cliënten jonge mannen die verslingerd zijn geraakt aan online gokken, ze zijn soms zelf zo jong dat zij het studentenleven nog in moeten. Een achttienjarige bijna-student die enkel verslaafd is aan gokken of gamen vertellen dat hij nooit meer alcohol mag drinken of mag blowen, roept veel weerstand op; dit recreatieve gebruik is vaak een wezenlijk onderdeel van hun sociale leefwereld. In plaats dat de focus ligt op het werken aan herstel, zijn

Het proces in de hersenen van pathologische gokkers is vergelijkbaar met dat in de hersenen van iemand die verslaafd is aan alcohol

In veel instellingen in Nederland wordt voor het behandelen van verslaving het Minnesota-model gehanteerd, gebaseerd op de 12-Stappenbenadering van de Anonieme Alcoholisten (AA). De eerste van de twaalf stappen is hierin een belangrijke: ‘Wij erkennen dat wij machteloos stonden tegenover onze verslaving, dat ons leven onhanteerbaar was geworden’ (Alcoholics Anonymous World Services, 2008). De hier beschreven machteloosheid is volgens de benadering van het Minnesota Model blijvend. Volgens dit model werkt enkel het beperken van gebruik dus niet, omdat iemand met een verslaving altijd

de cliënten die deze weerstand ervaren veel meer bezig met wat ze niet meer mogen, en niet met de mogelijkheden die er wél zijn voor de toekomst.

Hoewel volledige abstinentie dus een veelbesproken onderwerp is, is niet volledig duidelijk wat de rol ervan is bij de behandeling van gokverslaving. De voorwaarde van abstinentie levert niet alleen weerstand op, maar zorgt bij mensen met een gokverslaving ook voor het gevoel dat zij het zelfde zijn als mensen met een verslaving aan alcohol of drugs. Zij hebben echter moeite om zich met deze groep te associëren, wat zorgt voor een drempel om zich aan te melden bij een instelling waar alle vormen van verslaving samen behandeld worden. Volgens de huidige toepassing van de theorie zou het verbreken van abstinentie in het herstel van gokverslaving kunnen leiden tot een terugval in gokken of cross-addictie. Omdat onduidelijk is of volledige abstinentie bij gokverslaving een vereiste is voor het behouden van herstel, maar het wel veel weerstand geeft in de behandeling, is bij behandelaren de wens ontstaan meer inzicht te krijgen in de rol van volledige abstinentie bij de behandeling van gokverslaving.

ONDERZOEK

Met het uitvoeren van een vragenlijstonderzoek onder deelnemers van AGOG (Anonieme Gokkers Omgeving Gokkers) groepen door het hele land hebben wij getracht een duidelijker beeld te schetsen van de risico's van recreatief alcohol- en middelengebruik in herstel van gokverslaving.

De AGOG is een zelfhulpgroep vergelijkbaar met de AA. Hier kunnen mensen met een gokverslaving zich bij aansluiten. Een substantieel deel van deze mensen is eerder al in behandeling geweest in de professionele verslavingszorg. De AGOG-groepen fungeren dus ook als deel van het nazorgprogramma.

Bij de AGOG-deelnemers hebben wij met deze vragenlijst de volgende informatie uitgevraagd:

- Wel of geen alcoholgebruik sinds het stoppen met gokken;
- Wel of geen middelengebruik sinds het stoppen met gokken;
- Wel of geen terugval¹ in gokken – zo ja, was deze terugval in gokken onder invloed of niet;
- Wel of geen toename van het alcohol- of middelengebruik sinds het stoppen met gokken.

Deze papieren vragenlijsten zijn toegestuurd aan veertien AGOG-groepen op verschillende locaties in Nederland. Gemiddeld zijn er tien deelnemers per groep, hoewel de aanwezigheid per bijeenkomst sterk kan verschillen. In totaal zijn er 140 vragenlijsten verstuurd, waarvan er 103 zijn ingevuld. Niet bekend is hoeveel deelnemers er per groep aanwezig waren.

DEELNEMERS Aan het onderzoek hebben in totaal 103 respondenten deelgenomen, 82 mannen en 13 vrouwen. Van 8 respondenten was het geslacht onbekend. De gemiddelde leeftijd van de respondenten was 38 jaar, de jongste respondent was 18 jaar en de oudste 71 jaar. Van één respondent was de leeftijd onbekend.

GEBRUIK EN TERUGVAL In totaal hebben 35 van de 103 respondenten (34%) zich aan het abstinentiebeleid of -advies gehouden. De overige 68 respondenten (66%) hebben sinds het stoppen met gokken alcohol gedronken, andere middelen gebruikt, of beide.

Abstinentie: Van de 35 respondenten die na het stoppen met gokken abstinente van middelen en alcohol zijn gebleven, zijn er 15 (43%) teruggevallen in gokken.

Alcohol: Van de 49 respondenten die na het stoppen met gokken alleen alcohol zijn blijven drinken, zijn er 23 (47%) teruggevallen in gokken.

Polygebruik²: Van de 16 respondenten die na het stoppen met gokken zowel alcohol als andere middelen zijn blijven gebruiken, zijn er 7 (44%) teruggevallen in gokken.

Gebruik totaal: Van de 68 respondenten die niet abstinente zijn gebleven na het stoppen met gokken zijn er 31 (46%) teruggevallen in gokken.

Terugval onder invloed: Van de

¹ Zoals bij alle verslavingen is terugval bij gokverslaving niet ongebruikelijk. Van een terugval in gokken spreken we eigenlijk direct wanneer iemand weer gokt, of dit nu in het casino of op internet is. Ook wanneer er enkel één keer gegokt wordt en iemand daarna weer stopt, spreken we van een terugval. Dit is ook het geval wanneer iemand op een andere manier of via een ander platform gokt dan voorheen: activiteiten met een kanspelelement worden gezien als een vorm van gokken.

² Van alle respondenten hebben er slechts drie aangegeven alleen andere middelen te hebben gebruikt; om deze reden is er geen berekening gemaakt van het percentage teruggevallen in deze groep.

31 respondenten die zijn blijven gebruiken én zijn teruggevallen in gokken, geven er 12 (39%) aan dat de terugval in gokken onder invloed van alcohol en/of andere middelen was.

Meer gebruik: Van de 68 respondenten die na het stoppen met gokken nog alcohol en/of andere middelen hebben gebruikt, geven er 7 (10%) aan dat dit gebruik is toegenomen sinds het stoppen met gokken.

CONCLUSIE EN DISCUSSIE

De afgelopen jaren heeft gokken op allerlei verschillende platformen gewonnen aan populariteit. Daarbij is de groep cliënten met een gokstoornis, zoals deze procesverslaving wordt genoemd, meegegroeid. Gezien de toename

van het gokken op diverse platformen en de verwachte verdere toename van patiënten die kampen met deze problematiek, is het belangrijk om de behandeling voor deze groep te blijven evalueren en verbeteren.

Er zijn veel, voornamelijk jonge cliënten, die veel weerstand voelen tegen het gehanteerde abstinentebeleid vanwege de sociale consequenties. Daarnaast is het vermoeden dat het gebruik van alcohol of middelen onder de deelnemers van dit onderzoek voornamelijk stiekem gebeurt. Dit stiekeme gedrag, het verbergen van gebruik en liegen tegen naasten zijn ook zeer kenmerkende vormen van verslavingsgedrag. Mogelijk werkt dit gedrag ander verslavingsgedrag in de hand:

FOTO: UNSPLASH

DE IMPACT VAN GOKVERSLAVING

'Iedere dag denk ik aan de jaren die ik heb weggegooid. Alleen nu wel met een gevoel van acceptatie en bezinning, en dankbaar voor de verandering, kennis, ervaring en liefde die ik weer heb mogen ontvangen en meemaken. Een lief gezin, goede gezondheid, een fantastische baan en een onbezorgde toekomst. Maar toch was het ergens niet genoeg. Behoeftte aan meer voldoening, geld en macht. Een keer een simpel gokje wagen mondde uit in een hopeloze en uitzichtloze situatie van enorme schulden, leugens en mensen pijn doen. Toch gaf de voldoening van het gokken mij steeds weer de houvast ermee door te gaan. Nog meer liegen, schulden en pijn doen, het stond allemaal op de achtergrond van het onvoorwaardelijke geloof in mijzelf en mijn verslaving: dat ik alles onder controle had en kon oplossen.

Pas dankzij aandringen van vrienden werd mij een spiegel voorgehouden. Dat heeft mij doen inzien dat dit echt niet verder kon. De periode die volgde zal mij altijd

bijblijven als een verrijking in mijn leven. Ik kwam iemand tegen die hetzelfde had meegemaakt. Eindelijk kon ik mijn verhaal en gevoel kwijt en werd mij geleerd als een buitenstaander naar mezelf te kijken. Toen pas besepte en realiseerde ik me dat ik onmogelijk zo verder kon. Nu is er weer ruimte in mijn leven voor ontspanning, pure oprechtheid, liefde. Mijn relatie heeft een enorme klap gehad, maar wel een tweede kans gekregen.

Door eerlijk en oprecht te zijn, en ook door dicht bij mezelf te blijven, wordt de liefde alleen maar groter en intenser. Het vertrouwen is nog lang niet terug, terecht, is ook mijn schuld. Maar door te laten zien dat het beter met me gaat, komt het uiteindelijk goed. Ik hoef me niet meer te schamen voor wat ik heb gedaan. Nu ik mijn verslaving onder controle heb, kan ik weer zijn wie ik ben. En dat geeft me meer macht en voldoening dan wat dan ook.'

(Anoniem, 38 jaar)

iemand die liegt over het gebruik van alcohol, zal minder snel aan de bel trekken wanneer dit gebruik uit de hand dreigt te lopen. Al eerder is aangetoond dat het goed reguleren van iets dat anders toch wel gebeurt, vaak beter is dan het verbieden ervan. Zo kunnen er goede richtlijnen worden opgesteld en kan makkelijker gecontroleerd worden of deze richtlijnen nageleefd worden (Rehm & Fisher, 2015).

Over het algemeen beschouwd lijkt het er in de huidige onderzochte groep op dat abstinentie van alcohol en andere middelen geen significante rol speelt bij het voorkomen van terugval in gokken. Ondanks het advies abstinente te blijven, blijft ongeveer twee derde van de respondenten wel alcohol drinken of andere middelen gebruiken. Het dringende advies dat aan alle cliënten meegegeven wordt, lijkt dus minder goed te blijven hangen dan de bedoeling is. Van de respondenten die wél abstinente zijn gebleven van alcohol en andere middelen, zijn er ongeveer evenveel teruggevallen in gokken als de respondenten die, tegen het advies in, niet abstinente zijn gebleven. Wel vindt de helft van de terugvallen in gokken onder gebruikers plaats onder invloed van alcohol of middelen. Uiteraard geeft dit vragenlijstonderzoek een beperkt beeld. Een longitudinale studie zou meer inzicht kunnen geven in de factoren die meespelen bij terugval in gokverslaving en de rol die volledige abstinentie daarin heeft.

Mogelijk is het in de toekomst gunstig na te gaan denken over een module voor gecontroleerd of

realistisch recreatief gebruik van alcohol. Als toevoeging aan de behandeling voor gokverslaving of gokstoornis voor jonge cliënten die veel weerstand voelen tegen het abstinentiebeleid is dit in de toekomst wellicht een goede tussenweg. Hierdoor zullen zij minder bezig zijn met wat er allemaal niet meer mag en kan de focus meer komen te liggen op het herstel als het gaat om gokken. Voor deze cliënten pakt het mogelijk positief uit als er geen taboe of verbod is op het af en toe nuttigen van een glaasje wijn of bier. In plaats van dit stiekem toch te doen, zouden zij dan naar hun behandelaar, sponsor of familie eerlijk kunnen zijn over dit gebruik. Tijdens periodieke momenten van samenkomst zou dit recreatieve gebruik dan besproken en geëvalueerd kunnen worden. Zo zal een plotselinge toename in het gebruik eerder opgemerkt worden. Ook kan de behandelaar in deze situatie voorlichting geven en hulp bieden bij het gecontroleerde, recreatieve gebruik. Mogelijk kunnen gevallen van cross-addictie en terugval onder invloed met een dergelijke module voorkomen worden, omdat er door de openheid op tijd ingegrepen of bijgestuurd kan worden.

Voor cliënten die geen weerstand ervaren ten opzichte van het abstinentiebeleid zou de aanbeveling uiteraard wel zijn om abstinente te blijven, zolang zij zich hier het prettigst bij voelen.

Belangrijk om nog op te merken is het feit dat deze resultaten alleen van toepassing zijn op mensen die enkel verslaafd

zijn aan gokken. Als iemand ook verslavingsgedrag laat zien als het gaat om alcohol of andere middelen (polyverslaving) blijft abstinentie een voorwaarde.

Nu het bestaan van procesverslavingen steeds meer geaccepteerd wordt, er meer inzicht komt in de ernst ervan en er zelfs een officiële DSM-classificatie is voor gokstoornis, zou het goed kunnen zijn na te gaan denken over meer specialisatie in de verslavingszorg. Hoewel middelenverslavingen en procesverslavingen op veel manieren elkaar lijken, is ook gebleken dat er verschillen zijn in bijvoorbeeld de achterliggende mechanismen van het gedrag (Van Holst et al., 2017). Dit pleit voor het terugkomen van die verschillen in de behandeling: meer specialisatie in de verslavingszorg als het gaat om verschillende soorten verslavingen. Dit zou gedaan kunnen worden door het toevoegen van modules of andere extra onderdelen, maar ook door het specifiekere opleiden van behandelaren.

OVER DE AUTEURS

Nienke van Keulen, MSc., is afgestudeerd als neuropsycholoog. Naast haar functie als junior psychologie docent en -onderzoeker aan de Vrije Universiteit Amsterdam, werkt ze freelance voor verschillende verslavingszorginstellingen. E-mail: nienke@mindforcare.nl. Bas Brons is geregistreerd GGZ-agoog en als behandelaar werkzaam geweest bij diverse verslavingszorginstellingen. Thans is hij programmamanager en therapeut bij Hervitas, specialist in game- en gokverslaving. E-mail: bbrons@hervitas.nl.

Literatuur

- Achab, S. & Khazaal, Y. (2011). Pharmacological treatment in pathological gambling. *Current Pharmaceutical Design*, 17(14), 1389–1395.
- Alcoholics Anonymous World Services. (2008). *Twaalf stappen en twaalf tradities*.
- Balodis, I. M., Lacadie, C. M. & Potenza, M. N. (2012). A Preliminary Study of the Neural Correlates of the Intensities of Self-Reported Gambling Urges and Emotions in Men with Pathological Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 28(3), 493–513.
- Corveleyn, J. & van Limbergen, S. (2001). Het Minnesota-model: een stappenbenadering van verslavingsproblematiek. *Tijdschrift Voor Psychotherapie*, 27(5), 150–160.
- De Bruin, D. E. (2018). *Gamers en gokkers: Literatuurverkenning naar de risico's en schadelijkheid van gamen in relatie tot gokken*. Utrecht: CVO - Research & Consultancy.
- Gainsbury, S. M., Russell, A., Blaszczynski, A. & Hing, N. (2015). Greater involvement and diversity of Internet gambling as a risk factor for problem gambling. *European Journal of Public Health*, 25(4), 723–728.
- Grant, J. E., Schreiber, L. R. N. & Odlaug, B. L. (2013). Phenomenology and treatment of behavioural addictions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(5), 252–259.
- Hing, N., Lamont, M., Vitartas, P. & Fink, E. (2015). Sports-embedded gambling promotions: A study of exposure, sports betting intention and problem gambling amongst adults. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 13, 115–135.
- Kansspelautoriteit. (2018). Games en kansspelen steeds meer met elkaar verweven.
- Ledgerwood, D. M. & Petry, N. M. (2006). What do we know about relapse in pathological gambling? 26, 216–228.
- Matthson, S. N., Schoenfeld, A. M. & Riley, E. P. (2001). Teratogenic effects of alcohol on brain and behavior. *Alcohol Research and Health*, 25(3), 185–191.
- Rehm, J. & Fisher, B. (2015). Cannabis legalization with strict regulation, the overall superior policy for public health. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 97(6), 541–544.
- Reuter, J., Raedler, T., Rose, M., Hand, I., Gläscher, J. & Büchel, C. (2005). Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. *Nature Neuroscience*, 8(2), 147–148.
- Shaw, M. C., Forbush, K. T., Schlinder, J., Rosenman, E. & Black, D. W. (2007). The effect of pathological gambling on families, marriages, and children. *CNS Spectrums*, 12(8), 615–622.
- Van den Brink, W. (2014). Verslavingsgedrag van DSM-IV naar DSM-5. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 56(3), 206–210.
- van Holst, R. J., Sescousse, G., Janssen, L. K., Janssen, M., Berry, A. S., Jagust, W. J., & Cools, R. (2017). Increased striatal dopamine synthesis capacity in gambling addiction. *Biological Psychiatry*, 1–8.
- Volberg, R. A., McNamara, L. M. & Carris, K. L. (2017). Risk factors for problem gambling in California: demographics, comorbidities and gambling participation. *Journal of Gambling Studies*, 34(2), 361–377.
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G.-J., Swanson, J. M. & Telang, F. (2007). Dopamine in drug abuse and addiction: Results of imaging studies and treatment implications. *Archives of Neurology*, 64(11), 1575–1579.

ESSAYPRIJSVRAAG

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, Geertje Kindermans (redactie *De Psycholoog*) en Harold Bekkering (Radboud Universiteit Nijmegen)

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 is een orthopedagogische interventie pur sang: gericht op het optimaliseren van ontwikkelingskansen bij mensen van alle leeftijden en ontwikkelingsniveaus.

ReAttach faciliteert cliënten in de stress- en emotieregulatie en helpt hen om op eigen kracht weer samenhangend te kunnen denken. ReAttach biedt daarnaast fantastische mogelijkheden om ontwikkeling te activeren. Vooral voor complexe doelgroepen kunt u een verschil maken door ReAttach toe voegen aan uw professionele repertoire.

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

In Mei 2018 werd het E-book *Autism: is there a place for ReAttach Therapy?* gepubliceerd met bijdragen van Prof. Michael Fitzgerald, Prof. Donatella Marazziti, Prof. Vladimir Trajkovski, Dr. Soren Petter, Dr. Ashutosh Srivastava and Prof. Alexander Poletaev.

In Mei 2018 werd *Journal for ReAttach Therapy and Developmental Diversities* opgericht vanuit Stichting Reattach Therapy International. Dit is een Wetenschappelijk Tijdschrift Open Access, peer-reviewed onder leiding

van Editor in Chief Prof. Dr. Vladimir Trajkovski.

In Mei 2018 publiceerde Ritu Chauhan een artikel over de effectiviteit van ReAttach bij emotie-regulatie problemen. In Juni 2018 publiceerde Renske ter Maat een case-study over de toepassing van ReAttach bij sociale angst.

In Juli 2018 werd het eerste boek-review gepubliceerd door Prof. Joanna Kossewska in *Journal for ReAttach Therapy and Developmental Diversities*. Zij pleit samen met Prof. Michael Fitzgerald voor verder onderzoek, waarvoor inmiddels initiatieven zijn opgestart vanuit Vlaanderen.

ACCREDITATIE

Basisopleiding 36 punten

NIP Kinder- en Jeugdpsycholoog (K&J)

*NVO Orthopedagoog-
Generalist (OG)*

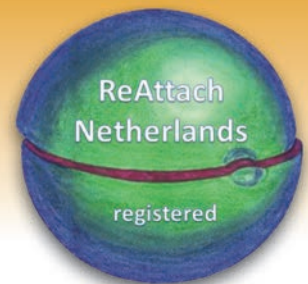
(36 punten herregistratie 18, behandeling 12, diagnostiek 4, overige taken 2)

Specialisatie Modules

72 punten

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

www.reattachopleiding.nl



ReAttach Academy

Anton, die bij de eerstelijnspsycholoog Esther in behandeling komt, stopt na enkele maanden met de behandeling. Hij verwijt Esther dat ze grensoverschrijdend met hem gecommuniceerd heeft. Zo zou zij onder meer verhalen over haar man aan Anton verteld hebben. En ook zouden andere cliënten met seksuologische problemen door Esther ter sprake zijn gebracht. Kan Anton zijn beweringen hard maken?

TUCHTRECHT

DE KLAGER HEEFT NIET ALTIJD GELIJK

In veel situaties die in deze rubriek aan de orde komen krijgt de klager geheel of gedeeltelijk gelijk van het tuchtcollege (BIG-tuchtrecht) of het College van Toezicht (NIP-tuchtrecht). Dat komt omdat er meestal wel iets te leren valt van situaties waarin niet professioneel gehandeld is. Dit zou het beeld kunnen oproepen dat de klager altijd gelijk krijgt. Die gedachte is een misverstand. Ongegrond luidde het oordeel van het College van Toezicht over negentien klachten (46%) na een mondeling en schriftelijke behandeling in 2017.¹

Een voorbeeld van een ongegronde klacht is het verhaal van Anton². Hij kwam bij Esther in behandeling. In het door haar opgestelde behandelplan staat onder meer als diagnose vermeld: depressie en angststoornis met een vermoeden van ADHD. Anton gaat akkoord met het behandelplan.

Al na ruim twee maanden laat Anton aan Esther via het antwoordapparaat weten dat hij met de

therapie wil stoppen. Esther biedt Anton hierop een kosteloos gesprek aan. Kort voordat dit gesprek zou plaatsvinden belt Anton af. Esther doet nog een paar pogingen om contact te krijgen, maar zonder resultaat. Uiteindelijk schrijft ze hem een brief met daarin de naam van een psychiater bij wie Anton terecht kan. Ook verwijst ze hem terug naar zijn huisarts.

Anton is echter niet tevreden. Hij dient een reeks klachten in bij het College van Toezicht van het NIP. Hij verwijt Esther dat zij grensoverschrijdend zou hebben gehandeld. Zo zou zij om een plek als psycholoog hebben gevraagd in het team van de vrouw van Anton, zou zij verhalen over haar echtgenoot aan Anton hebben verteld en zouden ook verhalen over cliënten van Esther met seksuele problemen door haar met Anton gedeeld zijn. Esther zou niet voldoende hebben begrepen hoe afhankelijk Anton van haar was en zijn depressie hebben onderschat. En ten slotte heeft zij niet genoeg gedaan om voor Anton een geschikte andere therapeut te vinden.

ESTHERS VERWEER

Esther bestrijdt de verwijten van Anton. Zij is helemaal niet boventallig op haar werk en heeft daarom niet gevraagd om plaatsing in het team van Antons vrouw. Persoonlijke zaken heeft zij niet

1 Bron: Jaarverslag College van Toezicht 2017, te vinden op de NIP-website.

2 Voor alle duidelijkheid: ik baseer me alleen op de gegevens, zoals die te vinden zijn in de uitspraak, die onder nummer 14/15 te vinden is op de website van het NIP. De uitspraak is geanonimiseerd. De door mij gebruikte namen zijn verzonden. Het verslag van de behandeling door dit College is onze enige bron. We hebben geen inzage in de stukken, die door de partijen zijn ingebracht.

met hem gedeeld. Zij is niet getrouwd en heeft dus helemaal geen verhalen over een echtgenoot aan Anton verteld. En vanwege het beroepsgeheim bespreekt ze geen cliënten met andere cliënten, dus ook niet met Anton.

Anton was akkoord gegaan met het behandelplan. Vanwege de complexiteit van de problemen van Anton heeft zij hem verwezen naar een mannelijke psychiater. Per brief heeft zij hem een naam gegeven en ook nog enkele andere suggesties gedaan. Zij is van mening dat Anton niet de moeite heeft genomen om er met haar goed uit te komen. Zelf heeft zij aan haar inspanningsverplichting voldaan.

WAT VINDT HET COLLEGE VAN TOEZICHT?

Het College concludeert dat de meningen van Anton en Esther diametraal tegenover elkaar staan. Esther heeft de klachten betwist en het behandelplan en de brief aan Anton aan het College overhandigt. Anton heeft zijn klachten niet onderbouwd.

Hierdoor kan het College niet vaststellen of Antons klachten vaststaan. Immers aan het woord van de één kan niet meer geloof worden gehecht dan aan het woord van de ander. In dergelijke gevallen is het tuchtrechtelijk gebruikelijk dat de klacht niet gegrond kan

worden bevonden. Niet omdat het woord van de Anton, de klager, minder geloof verdient dan dat van Esther, de verweerder, maar omdat de feiten in zo'n situatie niet vaststaan. De klacht wordt daarom ongegrond verklaard.

WAT VALT OP?

Het College vraagt van de klager een onderbouwing van zijn klachten. De klager kan wel van alles beweren, maar als dit nergens door gestaafd kan worden staat hij niet sterk. Het tuchtrecht is geen middel om iemand zwart te maken.

Anton krijgt dus geen gelijk van het Tuchcollege. We weten niet wat Anton had gehoopt te bereiken met zijn klacht. Het gaat in het tuchtrecht om de feiten die hebben plaatsgevonden, niet om bedoelingen.

Esther heeft haar verweer kunnen onderbouwen met het behandelplan en de brief die zij Anton gestuurd heeft. Hiervoor heeft zij ongetwijfeld geput uit het dossier van Anton. Dat mag; de Beroepscode³ is daar duidelijk over. Het valt ook niet goed in te zien hoe een psycholoog zich anders verweren kan. Het is dus ook voor de psycholoog zelf van

belang om te zorgen dat het dossier compleet is.

Daar waar in deze zaak het woord van de klager tegenover het woord van de psycholoog stond, kon de psycholoog haar positie onderbouwen door documenten uit het dossier. De klager kreeg geen gelijk.

Henk Geertsema is gezondheidszorg-psycholoog en voorzitter van de Board of Ethics van de EFPA. (H.Geertsema@VUmc.nl).

[ADVERTENTIE]



HUMAN BABY, HUMAN BEING

2019 in the Netherlands on special request:
Two international well known pioneers working therapeutically with babies and parents

→ THOMAS HARMS: EMOTIONAL FIRST AID

Attachment Support and Parent Baby Therapy in the first period after Birth.

4 day training, 3 modules

5 - 8 March 2019 (first module)

→ MATTHEW APPLETON: BIRTH FROM THE BABY'S PERSPECTIVE

A two day Introduction to Pre and Perinatal Psychology

11 and 12 May 2019

For information about the workshop and training:

Yvonne Welling

www.prenataalbewustzijn.nl | prenataalbewustzijn@gmail.com

More information about the speakers:

WWW.BABYCONFERENCE.CO.UK

3 Artikel 38: Verweer met behulp van het dossier
Als er een klacht tegen de psycholoog wordt ingediend kan de psycholoog zich verweren met behulp van het dossier, voor zover het gegevens betreft die voor de beoordeling van de klacht van betekenis zijn.

EENS PSYCHOLOOG,

IK BÉN PSYCHOLOOG!

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

Elly Plooi, psycholoog, oud-voorzitter van het NIP

Het is de laatste aflevering van deze rubriek... Maar op de vraag in hoeverre ze zich nog psycholoog voelen, reageerde geen van de geïnterviewden eenduidiger dan oud-voorzitter van het NIP Elly Plooi. 'Of ik nog psychológ ben? Maar natuurlijk! Ik ben gepromoveerd in de psychologie!' Ze toont haar proefschrift, dat ze voor de gelegenheid heeft meegenomen: *Persoonlijkheid en arousal: een onderzoek naar corticale en autonome functies in relatie tot persoonlijkheid*. Nou goed, natuurlijk, maar ze werkte op een gegeven moment niet meer als psycholoog? Ze is toch in de politiek terecht gekomen? En ze werkte als bestuurder? 'En acht jaar in het bedrijfsleven,' vult Plooi aan. 'Maar wie psychologie heeft gestudeerd, is en blijft psycholoog!'

Helder. Toch denkt niet iedereen daar zo over die in deze rubriek heeft gefigureerd. Plooi, gedecideerd: 'Maar ik wel. Psychologie is mijn basisdiscipline en dat ik als psycholoog verschillende functies heb uitgeoefend, is een ander verhaal.'

TWEDE KEUS

Waarom koos ze er eigenlijk ooit voor om psychologie te gaan studeren? Plooi lachend: 'Nou... dat was eigenlijk tweede keus.' Ze was bèta en wilde het liefst scheikunde studeren. Maar in 1965 was het voor een meisje nog niet zo vanzelfsprekend om naar de ru Delft te gaan. Zoals een kennis van de familie het in

die tijd verwoordde: 'Op de toppen der bergen heerst eenzaamheid.' Dus moest het iets sociaals worden. Het onderwijs, een keuze die haar ouders graag gezien hadden, leek haar niets. Daarom koos Plooi voor psychologie in Utrecht. Dat boeide haar wel.

Ze studeerde af binnen de tijd die ervoor stond en koos voor de afstudeer-richting klinische psychologie, omdat bevriende studenten dat ook deden. Daarnaast ging ze als student-assistent meewerken aan psychofysiologisch onderzoek. Dat greep haar, en psychofysiologie werd uiteindelijk haar afstudeerrichting. Ze schreef een scriptie over arousal in de hersenen. Ze wordt er nog steeds enthousiast van. 'Metten is weten!'

Vervolgens solliciteerde ze onder andere aan de ru Delft naar een onderzoeksaan en werd daar aangenomen. Daarmee leek het kringetje mooi rond. Maar het ging alsnog niet door. Al tijdens haar studie was ze getrouwd en

FOTO VLINDERS: SHUTTERSTOCK / PORRET: HENRIËTTE GUEST

ALTIJD PSYCHOLOOG...



bij de medische keuring bleek dat ze zwanger was. Ze wilde zo graag werken. Maar voor een aanstaande moeder was dat in die tijd – het was 1971 – geen vanzelfsprekendheid.

Na de bevalling van een gezonde baby, stapte ze naar de Universiteit Leiden, waar ze solliciteerde bij de Jellergsmakliniek op de EEG-afdeling. Daar was voor haar zwangerschap een functie beschikbaar. Nu was die baan er echter niet meer. Plooi: 'Daarom bood ik aan om halve dagen gratis te werken, want ik wilde mijn vak bijhouden. Toen er na een half jaar wel een positie vrijkwam, werd ik daar aangenomen.' En lachend voegt ze eraan toe: 'De truc-Plooi noemden ze dat later.'

Ze promoveerde in 1980 op een proefschrift over arousal, waarvoor ze hersensignalen registreerde en analyseerde met behulp van computers. Toen ze aan de universiteit niet kon door-
groeien, stapte ze over naar het NIVE, een

educatief instituut voor het bedrijfsleven. Ze werd daar Hoofd Congressen en Seminar op het gebied van Management en Leidinggeven. Plooi: 'Mensen om me heen vroegen of ik het niet zonde vond van mijn studie en wetenschappelijke kennis. Dat is weer een denkfout, want als psycholoog kun je juist met jouw vak in het bedrijfsleven een verschil maken. Ik hoefde niet mijn hele leven op de vierkante centimeter in de hersenen te graven. Een werkzaam leven is best lang. Psychologie is een goede opleiding voor heel veel functies.'

Door de vele contacten die ze bij het NIVE opdeed, kreeg ze na drie jaar de aanbieding om Hoofd Verkoop te worden bij Service One Catering (nu Albron),

de cateraar van toen onder andere de Nederlandse Spoorwegen. 'Ik dacht wat moet ik als psycholoog in de catering? Maar een goede vriendin met een top-positie bij de KLM zei: "Elly... jump!"'

Ze was intussen al langer bezig met politiek voor de VVD, en maakte definitief de overstap toen ze in 1994 voor de partij in het Europees Parlement zitting kon nemen. 'Nou, in de politiek kun je wel wat psychologie gebruiken! Wat lopen daar grote ego's rond!' roept Plooi spontaan uit.

Haar onderwerp werd snel duidelijk. Toen ze in het Europees Parlement kwam in 1994 kwam de digitalisering net op. Plooi: 'Menigeen had er nog nooit van gehoord, ik wist dat het belangrijk zou worden. En ik heb me er altijd over verbaasd dat er bij die hele digitalisering zo weinig psychologen betrokken zijn. Een computer moet gebruiksvriendelijk zijn, de mens-machine-interactie is heel belangrijk. Ook de impact van digitalisering op de maatschappij, de invloed van social media zijn onderwerpen waar psychologen zich veel meer mee zouden moeten bemoeien. Psychologen kunnen helpen om mensen weerbaarder te maken in deze transparante en meedogenloze mediamaatschappij.'

Van het NIP is Plooi vijfenhalf jaar voorzitter geweest. Begin oktober nam ze afscheid. 'Ik ben begonnen als psycholoog en zo ook weer geëindigd. Het voorzitterschap was mijn laatste grote job. Ik vond het zeer eervol dat ik terug mocht komen in de psychologie en heb het met veel plezier gedaan.'

'Wie psychologie heeft gestudeerd, is en blijft psycholoog!'

VRAAG & AANBOD

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

VACATURES

GZ-psycholoog
ROTTERDAM



VACATURES

GZ-Psycholoog Slaapcentrum
DEN HAAG



VACATURES

GZ psycholoog
ROTTERDAM



GZ-psychologen gezocht
DOETINCHEM - APELDOORN - ZWOLLE



GZ Psycholoog
'S-GRAVENHAGE



CURSUSSEN / WORKSHOPS

Cursus Schema-Coaching
UTRECHT



GZ- en basispsycholoog K&J
ERMELO



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



ReAttach
DIVERSE LOCATIES



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.



SINAI CENTRUM

PuntP

Jellinek

Spoeisende
Psychiatrie

mentrum

Arkin
basisGGZ

Inforsa

Roads

Arkin
Jeugd & Gezin

novarum

npi

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 specialisten, 1 loopbaan.


Arkin

JOIN US

@ team growwork



255
collega's



**Complexe
casuïstiek**

58
opdrachtgevers



1
team

Vrijheid



**Blijf
leren**



Ben jij een GZ-Psycholoog en wil je meer tijd voor je patiënten, meer vrijheid en werken in een uitdagende sector met bijzondere problematieken?

Join Team GrowWork!

GrowWork biedt GZ-Psychologen aantrekkelijke en uitdagende opdrachten in de basis-, specialistische GGZ en in de forensische sector. Jij mag kiezen. Bij ons krijg je een uitstekend salaris, een lease-auto én een ruim opleidingsbudget. Ook bieden we ZZP mogelijkheden.

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

growwork
de zorgversterkers