

DE PSY- CHO- LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN
JAARGANG 54 • NR 3 • MAART 2019

SCHEMATHERAPIE BIJ JONGEREN MET EXTERNALISERENDE GEDRAGSPROBLEMEN: HOOPVOLLE RESULTATEN • THE ANORECTIC VOICE: INNERLIJKE KRITISCHE STEMMEN BIJ ANOREXIA EN BOULIMIA NERVOSA • FORUM: DIRECTE VERWIJZING NAAR MEDISCHE PSYCHOLOGIE ZEER EFFECTIEF • ESSAY: EEN CASUS UIT DE TRANSFERENCE FOCUSED PSYCHOTHERAPY • BIJEENKOMST: DE VEERKRACHT VAN DE PSYCHE • ANGÉLIQUE CRAMER: WIJNTJE?

BERTUS JERONIMUS OVER **GELUKKIGE NEUROTEN**



Verdiep uw kennis over de WISC-V-NL

Bekend met het inzetten van de WISC-V-NL en graag meer kennis en inzicht in de interpretatie van de test?

Welke vaardigheden nu precies door welke subtests worden gemeten, en hoe de verschillende scores zich tot elkaar verhouden? Schrijf u dan in voor de WISC-V-NL verdiepingstraining!

De verdiepingstraining is een vervolg op de conversietraining. De training beantwoordt op basis van (ingebrachte) casussen vragen zoals: hoe interpreteer je opvallend lage of hoge scores? Welke adviezen kun je formuleren of welk aanvullend onderzoek zou je kunnen gaan doen naar een vaardigheid waarop een kind uitvalt op de WISC-V-NL? Centraal staat de vertaalslag naar de praktijk.



DATA & LOCATIES

Amsterdam
07-05-2019

Utrecht
20-05-2019

Eindhoven
06-06-2019

Amersfoort
24-06-2019



Kijk voor meer informatie op

PEARSONACADEMY.NL

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

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



**ReAttach
Academy**

ACCREDITATIE

Basisopleiding 36 punten

NIP Kinder- en Jeugd psycholoog (K&J)

NVO Orthopedagoog-Generalist (OG)

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

Accreditatie aangevraagd voor:

NIP-Eerstelijnspsychologie

NIP-Lichaamsgericht Werkend Psycholoog NIP

Specialisatie Modules 72 punten

www.reattachopleiding.nl

- 10 SCHEMATHERAPIE BIJ JONGEREN MET EXTERNALISERENDE PROBLEMEN** – Probleemgedrag van jongeren kan zo extreem zijn dat het de focus van behandeling domineert. Vaak is dat gedrag het resultaat van disfunctionele coping met onderliggende kwetsbaarheid. Marjolein van Wijk-Herbrink doet onderzoek naar theorie en toepassing van schematherapie bij jongeren in de gesloten jeugdzorg.
- 34 INNERLIJKE KRITISCHE STEMEN BIJ PATIËNTEN MET ANOREXIA EN BOULIMIA NERVOSA** – Onderzoek laat zien dat patiënten met anorexia nervosa vaak stemmen horen die hen dwingen minder te eten en af te vallen: ‘the Anorectic Voice’. Hoe zit dat bij patiënten met boulimia nervosa, vragen Greta Noordenbos en Cleo Rijkers zich af. In welke mate hebben zij last van innerlijke kritische stemmen?
- 50 FORUM: DIRECTE VERWIJZING NAAR MEDISCHE PSYCHOLOGIE ZEER EFFECTIEF** – Somatisatie en psychische klachten kunnen medische behandeling flink bemoeilijken. Een aanpak in Friesland laat zien dat het loont als huisartsen direct gebruik kunnen maken van medische psychologie in het ziekenhuis, betogen Gerdien Schuitemaker en collega’s. Godfried Westen en Tessa Magnée reageren.



Wil jij meer cliënten in je eigen praktijk?

Behandel als zelfstandig ondernemer, maar werk als een team!

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**



Psychologen Nederland
Investeer in jezelf!

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

Meer weten?

Neem dan contact op met Albert Ruiten via 085 401 73 63 of kom eens langs voor een kop koffie. We leggen je graag uit hoe we te werk gaan en wat we voor jou kunnen betekenen.

We leggen graag uit hoe we werken
www.psyned.nl/zorgaanbieder
085 401 73 63 / zorgaanbieder@psyned.nl



Op zoek naar verdieping?

Onze opleidingstips:

- ACT your way voor gedragswetenschappers en behandelaren
- Vervolgcurcus Cognitieve gedragstherapie bij relatieproblemen (25 uur)
- Neuropsychologisch onderzoek bij kinderen en jeugd
- Persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen

Bekijk alle mogelijkheden op www.rinogroep.nl

**RINO
GROEP**

RUBRIEKEN

- 6 NIEUWS
- 9 COLUMN: Angélique Cramer
- 22 BIJEENKOMST: De veerkracht van de psyche
- 26 BOEKEN & MEDIA
- 32 VENI, VIDI, VICI: Bertus Jeronimus
- 41 GASTCOLUMN: Myrthe Meester
- 42 ESSAY: Een casus uit de Transference Focused Psychotherapy

Redactioneel

BRUG

Of je nu neurotisch bent of niet, de vrolijke cover van dit nummer maakt gelukkig. Sinds januari hebben we rubriek Veni, Vidi, Vici – naar de gelijknamige onderzoeksbeurzen die de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) verstrekt. In deze aflevering vertelt Bertus Jeronimus over het onderzoek dat hij doet naar gelukkige neuroten en wat we van hen kunnen leren. Op de redactie alhier verschillen soms op het neurotische af de meningen uit wiens koker deze rubriek nu eigenlijk is gekomen. Redacteur Geertje Kindermans denkt dat zij de geestelijke moeder ervan is, ondergetekende meent dat hij de bedenker was. Hoe dan ook is het een rubriek die actueel wetenschappelijk onderzoek in de psychologie belicht, hetgeen een belangrijke doelstelling is van dit blad.

Een andere oogmerk van *De Psycholoog* is een brug slaan tussen wetenschap en praktijk. Daar slaagt dit nummer goed in. In de Forum-rubriek wordt er gediscussieerd over de vraag of het loont als huisartsen direct gebruik kunnen maken van medische psychologie in het ziekenhuis. Verder laten Greta Noordenbos en Cleo Rijkers laten op basis van onderzoek zien dat niet alleen mensen met anorexia nervosa last ondervinden van innerlijke kritische stemmen, maar ook mensen met boulimia nervosa. En Marjolein van Wijk-Herbrink doet verslag van haar promotieonderzoek naar de toepassing van schematherapie bij jongeren, in het bijzonder jongeren in de gesloten jeugdzorg. Niet alleen beschrijft zij de theorie achter schematherapie - steeds meer in opkomst in de algemene ggz -, via de casusbeschrijving van de vijftienjarige Jenny geeft zij ook een leerzame inkijk in hoe schematherapie bij jongeren met externaliserende problemen in de praktijk in zijn werk gaat.

Een interessante inkijk in haar praktijk geeft ook psychotherapeut en gz-psycholoog Mila Remijsen. Zij beschrijft het behandelverloop van Lena, een vrouw met chronisch ernstig zelfbeschadigend gedrag. Het theoretisch kader dat Remijsen hanteert, is de Transference Focused Psychotherapy – een intensieve psychoanalytische psychotherapie die in de Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen is opgenomen als een van de aanbevolen behandelingen bij borderline. Dat ze geraakt wordt, ervaart Remijsen als cruciaal aspect van haar werk. 'Wat ik nodig heb om op deze wijze contact te maken, is een samenhangend theoretisch kader. En dat kader hoeft uiteraard niet persé TFP te zijn.'

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

COLOFON

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

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

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

DE
PSY-
CHO-
LOOG

NICOTINE ZOU BOOSDOENER ZIJN

WERKT ROKEN SCHIZOFRENIE IN DE HAND?

Dat roken slecht is voor je gezondheid, weten we al lang. Maar lopen rokers ook een groter risico op het ontwikkelen van een schizofrenie-spectrumstoornis (sss)?

Daar hebben allerlei wetenschappers al onderzoek naar gedaan. Hoog tijd die bevindingen in een metastudie onder de loep te nemen, vond een groep Australische en Finse wetenschappers. Ze plozen de literatuur tussen januari 2014 en mei 2018 uit, waarbij ze alleen keken naar de uitkomsten van longitudinaal onderzoek. Het roken van tabak moest hierin de onafhankelijke variabele vor-

men, de diagnose psychose of schizofrenie de afhankelijke.

Acht studies voldeden aan de criteria. Zes hiervan lieten een significant causaal verband tussen roken en de ontwikkeling van een sss zien. Daarbij hadden de onderzoekers voor een veelheid aan factoren gecontroleerd, zoals leeftijd, sekse, sociaaleconomische status, genetische kwetsbaarheid en gebruik van andere middelen (zoals drugs). Aan deze zaken lag het dus niet. Wel spelen mogelijk traumatische ervaringen in de kindertijd een rol, of een moeder die rookte tijdens haar

zwangerschap. Hiervoor werd in de onderzochte studies niet gecontroleerd

Conclusie: er zijn sterke aanwijzingen dat roken leidt tot de ontwikkeling van een SSS. En nicotine zou daarbij wel eens de boosdoener kunnen zijn. De onderzoekers waarschuwen dan ook voor de e-sigaret. Jongeren roken weliswaar minder, maar hebben de e-sigaret als alternatief omarmd, terwijl deze óók vaak nicotine bevat. (ID)

Bron: Scott, J.G. et al. (2018). Evidence of a causal relationship between smoking tobacco and schizophrenia spectrum disorders. *Frontiers in Psychiatry*, 9-607, doi: 10.3389/fpsy.2018.00607

TE DIAGNOSEDRIFTIGE PSYCHOLOGEN?

ANGSTKLACHTEN BIJ DE ALLERJONGSTEN

Psychologisch onderzoek kan aarzelingen oproepen. Neem een project van wetenschappers van de universiteiten van Vermont en Michigan.

Zij stellen dat bij kinderen veel pathologische angst voorkomt, niet zelden al in de voorschoolse periode. Dat lijden van de allerjongsten blijft vaak onopgemerkt. Maar als die klachten onbehandeld blijven, brengt dat later een grotere kans mee op bijvoorbeeld middelenmisbruik. En wie wil dat?

De onderzoekers besloten een screeningsinstrument te ontwikkelen met als doel kinderen met angstklachten tijdig psychologische zorg te kunnen bieden. Zij zetten daartoe een experiment op waaraan 63 kinderen meededen; sommigen met, anderen

zonder angstklachten. De kinderen, die allemaal een bewegingssensor droegen, werden binnengeleid in een spaarzaam verlichte ruimte waarbij hun begeleider tot de verbeelding sprekende zinnen uitsprak als: 'Laten we stil zijn, zodat het niet wakker wordt.' Uit een afgedekt terrarium trok de begeleider vervolgens onvoorziën een nepslang.

Na het verwerken van de bewegingsgegevens identificeerde een algoritme verschillen in de manier waarop de twee groepen kinderen bewegen. Kinderen met angstklachten waren in de beginfase van het experiment bijvoorbeeld sterker geneigd zich af te wenden van de potentiële dreiging.

De onderzoekers hebben op grond van hun experiment hoge verwachtingen van het gebruik van technologie bij het screenen van grote aantallen kinderen op psychologische klachten.

Het gebruikte algoritme heeft maar twintig seconden aan data nodig om een beslissing te nemen. Uiteindelijk zou een batterij aan met moderne technologie ondersteunde testmethoden moeten worden ontwikkeld, menen ze, voor regulier gebruik op scholen en bij huisartsen.

Vraag is evenwel wiens belangen daarmee gediend zijn: die van kinderen, of die van diagnosedriftige psychologen. (EdJ)

Bron: McGinnis, R.S. et al. (2019). Rapid detection of internalizing diagnosis in young children enabled by wearable sensors and machine learning. *PlosOne*. doi.org/10.1371/journal.pone.0210267

SCHAP

NIEUWE ZORGSTANDAARD ADHD



OMGEKEERD EVENREDIGE VERHOUDING

COMPASSIE MET ROBOTS

Het activeren van ouderen, het rondbrengen van maaltijden of het assisteren van chirurgen in een operatiekamer: de zorgtaken waarvoor robots worden ingezet breiden zich uit.

Onderzoekers aan de Radboud Universiteit en de LMU in München onderzochten of, wanneer en in hoeverre mensen compassie opbrengen voor robots. Gedragen mensen zich tegenover robots conform morele principes die ze bij medemensen ook laten gelden? Om daarachter te komen, kregen deelnemers een aantal hypothetische morele dilemma's voorgeschoteld. Kernvraag daarvan betrof hun bereidheid een individu in levensgevaar te brengen, teneinde een groep gewonde personen

te redden. In de beschreven scenario's was het te offeren individu soms een mens, soms een robot met een menselijke verschijningsvorm en weer andere keren een robot die duidelijk als machine herkenbaar was. De onderzoekers presenteerden de robot daarnaast soms als een voelend en empathisch wezen, met eigen percepties en ervaringen.

Ze concluderen dat er een omgekeerd evenredige verhouding is tussen de 'menselijkheid' van robots en de bereidheid van mensen die robots te offeren aan een hoger doel: waar het eerste toeneemt, neemt het laatste af. Daarbij lijkt de uiterlijke verschijningsvorm van een robot van minder invloed dan de menselijke eigenschappen die eraan worden toegeschreven. Veel

deelnemers bleken, wanneer ze geïnformeerd waren over de psychologische kwaliteiten van de robot – in het bijzonder over diens emoties – bereid gewonde mensen aan hun lot over te laten als ze daarmee de robot konden behoeden voor schade. Kennelijk zijn mensen sterk geneigd een robot morele status toe te kennen. De onderzoekers menen dat dit reden is reserves in acht te nemen bij pogingen robots verre gaand te vermensen. Robots zijn immers bedoeld om de mens te dienen – en niet omgekeerd. (EdJ)

Bron: Sari R. R. Nijssen, S.R.R. et al. (2019). Saving the Robot or the Human? Robots Who Feel Deserve Moral Care. *Social Cognition*.doi.org/10.1521/soco.2019.37.1.41

PROMOTIES

HERSENCIRCUITS EN PSYCHISCHE AANDOENINGEN

Bepaalde psychische aandoeningen in kinderen komen vaak samen voor, bijvoorbeeld aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD), autismespectrumstoornis (ASS), obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) en het syndroom van Gilles de la Tourette (TS). Deze aandoeningen vertonen overeenkomsten in impulsief en dwangmatig gedrag die allemaal in verband gebracht zijn met afwijkingen in de frontostriatale hersencircuits. Om diagnostiek en behandeling te verbeteren, is het goed de overeenkomsten en verschillen tussen deze circuits bij deze aandoeningen te onderzoeken. Sophie Akkermans vergeleek de frontostriatale circuits van deze nauwverwante stoornissen met MRI-scans en ontdekte onder meer dat twee hersengebieden meer met elkaar communiceerden in zowel kinderen met OCS als kinderen met ASS. Dit was alleen het geval in kinderen die hoog scoorden op dwangmatig gedrag.

Sophie Akkermans, *The role of the frontostriatal circuitry in impulsive and compulsive syndromes*. Radboud Universiteit, 10 januari 2019. (Co-)promotoren: prof. dr. J.K. Buitelaar, dr. D. van Rooij

GEBAAIT BIJ EEN CREATIEVERE COGNITIEVE STIJL

Radical doorbraken vereisen werknemers met een creatievere cognitieve stijl, stelt Ye Liu. De creativiteit van werknemers geeft organisaties de mogelijkheid flexibel te blijven en zich succesvol aan te passen aan veranderende markten, concurrentie en technologische ontwikkelingen. Werknemers zijn creatief als zij nieuwe en bruikbare ideeën genereren voor het verbeteren van producten, diensten, processen en procedures. Liu deed drie veldonderzoeken waarin zij bestudeerde waarom, wanneer en hoe creatieve rolverwachtingen, 'empowering' leiderschap en gemeenschappelijke versus onafhankelijke zelfbeelden van invloed zijn op incrementele en radicale creativiteit.

Ye Liu, *Employee incremental and radical creativity. Differential antecedents, psychological mechanisms, and boundary conditions*. Rijksuniversiteit Groningen, 28 januari 2019. (Co-)promotoren: prof. dr. O. Janssen, dr. T. Vriend

BIOGRAFIE VAN EN OVER VADER

Rogier Chorus beschrijft het leven van zijn vader Alfons Chorus (1909-1998), die als Limburgse boerenzoon psychologie ging studeren in Nijmegen. Chorus geldt als ontdekker van de categorie 'autistische kinderen': hij werd 's werelds eerste die er een wetenschappelijke publicatie aan wijdde. Hij promoveerde op een andere categorie behandelde kinderen, die hij omschreef als 'ongedurig'; kinderen die nu met een ADHD-stoornis zouden worden gediagnosticeerd. Eveneens komt in deze biografie aan de orde hoe Chorus in Leiden hoogleraar werd, er de studierichting psychologie opzette en een generatie psychologen opleidde. Het proefschrift schetst een indringend beeld van de psychologiebeoefening in Nederland in de tweede helft van de vorige eeuw.

Rogier Chorus, *Alfons Chorus: Beeld van de mens en psycholoog*. Universiteit Utrecht, 8 februari 2019. (Co-)promotoren: prof. dr. W. Koops, prof. W.J. Heiser, dr. J.C. Bos, dr. K. Hilberdink

Lidy van der Worp, *Sen and the art of teaching*. Rijksuniversiteit Groningen, 25 oktober 2018. (Co-)promotoren prof. dr. A.E.M.G. Minnaert, prof. dr. S.J. Pijl, dr. W.J. Post, dr. J.O. Bijstra

Andreea Geambasu, *Simple rule learning is not simple: Studies on infant and adult pattern perception and production*. Universiteit Leiden, 11 december 2018. Promotoren prof. dr. C.C. Levelt, prof. dr. C. ten Cate

Belle de Rooij, *Survivorship care planning for women with a gynecological cancer: does information heal or hurt?* Tilburg University, 20 december 2018. (Co-)promotoren prof. dr. L.V. van de Poll-Franse, dr. N.P.M. Ezendam

Hannah Berkers, *What Do You Do and Who Do You Think You Are? Activities speak louder than words*. Universiteit van Amsterdam, 31 januari 2018. (Co-)promotoren prof. dr. D.N. den Hartog, dr. S.T. Mol en, dr. G. Kismihók

Nadine Paans, *When you carry the weight of the world not only on your shoulders. Factors associating depression and obesity*. Vrije Universiteit Amsterdam, 11 februari 2019. (Co-)promotoren prof. dr. B.W.J.H. Penninx, prof. dr. M. Visser, dr. M. Bot

WIJNTJE?

‘Zit de vijf al in de klok?’ Mwoah, nou, in de digitale tijdsaanduiding wel.

‘Wijntje? Lekker!’ Met mijn vader op het terras van zijn Provençaalse paleisje, zin in gezelligheid en nog meer zin in het vermijden van een gesprek over wat ik dan in vredesnaam wel wil gaan studeren.

‘Zo, ik heb wel een wijntje verdiend zeg!’ In mijn eentje, op mijn telefoon mijn mail checkend, terwijl ik tegelijkertijd een rode paprika probeer te snijden en me realiseer dat ik nog steeds die was niet uit de droger heb gehaald.

‘Glaasje champagne? Dat het maar een mooi jaar mag worden, Angélique!’

Oud en Nieuw 2018, met een glimlach op mijn gezicht geplakt terwijl ik mijn tranen probeer weg te slikken, het was zowel een fantastisch als verdrietig jaar.

Alcohol, dat goeie ouwe sociale smeermiddel, die verstopplek voor moeilijke gevoelens en gesprekken, die katalysator van gezelligheid, die beloning voor het doorstaan van je dagelijkse kleine worstelingen, dat Popeye-blik-spinazie om de moed op te brengen bepaalde gesprekken juist wel te voeren. We vinden het volstrekt normaal, terwijl het eigenlijk bizar is. Bizar omdat – zo lezen we steeds meer in de media – alcohol echt heel ongezond is. Ja, ook dat ene glaasje rode wijn per dag is niet zo heilzaam voor hart en bloedvaten als we zo graag willen geloven. Bizar, omdat alcohol een drug is.

Wat is mijn punt nou eigenlijk? Ik mijmerde hierover op de bank van mijn Airbnb in Amsterdam, die ik daags na mijn vorige column had geregeld. Aardig wat mensen realiseren zich onvoldoende dat ze op volstrekt subjectieve basis standpunten innemen over drugs. Iemand wendt zich met afschuw af van die ene persoon bij de bushalte die nog even snel een sigaret opsteekt – *guilty as charged* – maar diezelfde persoon vindt het volstrekt normaal om een werkoverleg af te sluiten met een borrel. Een ander vindt er weinig van dat steeds meer mensen in de problemen raken door hun meer dan recreatieve gebruik van de pijnstiller oxycodon, maar heeft snel een oordeel klaar over iemand die op een feestje weleens een pilletje slikt.

We zetten peper en zout op tafel tijdens de avondmaaltijd, en niet kardemom en nootmuskaat. Waarom? Door een serie aan elkaar geknoopte toevalligheden en omstandigheden. Niemand heeft ooit voorgeschreven dat peper en zout de enige echte smaakmakers op tafel moeten zijn, er is geen waarheid waarin peper en zout objectief gezien betere smaakmakers zijn dan kardemom en nootmuskaat. Zo ook met onze omgang met drugs. Oxycodon, nicotine, alcohol, het zijn allemaal drugs. Maar alcohol en pijnstillers zijn (vooralsnog) de peper en het zout.

Ik zeg niet dat dit inherent verkeerd is. Maar zou het niet goed zijn om ons iets meer te realiseren dat niet alleen roken hartstikke slecht is maar alcohol drinken ook? En om ons misschien iets meer zorgen te maken over het toenemend aantal mensen dat verslaafd raakt aan pijnstillers? Mijn boodschap: het ontbreekt aan een objectieve grondslag om het gebruik van de ene drugs wel intensief te willen reguleren maar dat van andere niet. Tot slot: misschien is een maand zonder alcohol toch best een goed idee. Ik heb het nog nooit geprobeerd. Ik ga wel stoppen met roken (ja, alweer).



Angélique Cramer

Dr. Angélique Cramer is Universitair Hoofddocent en verbonden aan de Afdeling Methodologie en Statistiek van Tilburg University. Zij is lid van de Jonge Akademie. E-mail: aoj.cramer@gmail.com

FOTO: STIJN RADEMAKER

Probleemgedrag van jongeren kan zo extreem en hardnekkig zijn dat het de focus van behandeling domineert. Maar probleemgedrag is vaak het resultaat van disfunctionele coping met onderliggende kwetsbaarheid. Schematherapie biedt handvatten om toegang te krijgen tot die kwetsbaarheid en daar veranderingen in te bewerkstelligen.

Marjolein van Wijk-Herbrink doet onderzoek naar de theorie en toepassing van schematherapie bij jongeren, in het bijzonder jongeren in de gesloten jeugdzorg.

HOOPVOLLE RESULTATEN

SCHEMATHERAPIE BIJ JONGEREN MET EXTERNALISERENDE GEDRAGSPROBLEMEN

INTRODUCTIE

Jenny is een meisje van vijftien jaar. Zij werd door de kinderrechter in een instelling voor gesloten jeugdzorg geplaatst, omdat zij veel probleemgedrag liet zien en geen hulp accepteerde. Zij had bijna dagelijks ruzie met haar moeder, ging niet meer naar school, had vechtpartijen met leeftijdgenoten, pleegde winkeldiefstallen en hing veelal op straat rond. Op de behandelgroep van de gesloten jeugdzorgvoorziening toont zij een nukkige en afwerende houding. Zij trekt zich terug en wanneer iemand probeert haar te benaderen, reageert ze afwijzend. Zij scheldt groepsgenoten en groepsleiding regelmatig uit en laat ook fysiek agressief gedrag zien.

GEDRAG VERSUS ONDERLIGGENDE KWETSBAARHEID

Jenny wordt door de maatschappij veelal gezien als een probleemgeval: een meisje met veel probleemgedrag waar consequenties aan gesteld moeten worden. Een meisje dat structuur nodig heeft, dat we moeten 'heropvoeden' en bij wie we positief gedrag moeten belonen. Dat is gedeeltelijk waar, maar niet voldoende.

Want Jenny heeft ook een kwetsbare kant. Een kant van haar die zich eenzaam en alleen voelt, die zich wanhopig

voelt en geen vertrouwen heeft in anderen. Deze kwetsbare kant is ontstaan door gebeurtenissen in haar kindertijd. Jenny's ouders hadden door persoonlijke omstandigheden weinig tijd en aandacht voor haar. Op school werd ze buitengesloten en ernstig gepest. Op haar achtste werd zij seksueel misbruikt door een buurjongen, en na de scheiding van haar ouders was het contact met haar vader onregelmatig en onvoorspelbaar. Door al deze ervaringen ontwikkelde Jenny diepgewortelde overtuigingen over zichzelf, anderen en de wereld: zij raakte ervan overtuigd dat zij een waarde-loos persoon is, dat belangrijke anderen haar altijd in de steek zullen laten, dat niemand te vertrouwen is en dat de wereld een gevaarlijke plek is.

Met deze kennis over haar achtergrond is haar boosheid beter te begrijpen. Haar nukkige en afwijzende houding is misschien wel bedoeld om anderen op afstand te houden: als je anderen niet dichtbij laat komen, kunnen ze je immers ook geen pijn doen. En haar agressieve gedrag is mogelijk een poging ervoor te zorgen dat zij niet opnieuw slachtoffer wordt: zij heeft ervaren dat zij minder gepest wordt als zij letterlijk en figuurlijk van zich afbijt. De eerder genoemde diepgewortelde overtuigingen die Jenny heeft ontwikkeld over zichzelf, anderen en de wereld, sturen haar gedrag dus aan.

Als je anderen niet dichtbij laat komen, kunnen ze je ook geen pijn doen

BEHANDELING

Met bovenstaande wordt meteen duidelijk dat het niet voldoende is de behandeling puur en alleen op haar gedrag te richten. Door consequenties te stellen aan ongewenst gedrag en door positief gedrag te belonen, veranderen we misschien tijdelijk haar gedrag. Maar dit zal weinig tot geen effect hebben op de onderliggende, vastgeroeste overtuigingen die uiteindelijk het gedrag weer zullen aansturen.

Wat dan wel? Cognitieve gedragstherapie gericht op die onderliggende overtuigingen? EMDR gericht op de (traumatische) ervaringen in de kindertijd? Systeemtherapie, onder andere gericht op het herstellen van de relatie tussen Jenny en moeder? Dit zijn stuk voor stuk onderbouwde en vaak effectief gebleken interventies. Maar net als veel andere jongeren in de gesloten jeugdzorg wijst Jenny alle hulpverlening af. Zij weigert in gesprek te gaan met hulpverleners en wordt boos en soms zelfs agressief als men probeert haar toch te benaderen. Haar overtuigingen dat niemand te vertrouwen is, dat anderen er niet voor je zijn en je uiteindelijk toch weer in de steek laten, zijn zo sterk dat zij met niemand een (therapeutische) relatie durft aan te gaan. In de praktijk wordt er dan vaak gezegd dat zo'n jongere niet gemotiveerd is voor behandeling, waardoor men zich toch weer puur op het gedrag richt.

Er is echter een vorm van behandeling die erop gericht is om met dit afwerende gedrag om te gaan, om uiteindelijk toch in contact te komen met de onderliggende overtuigingen en kwetsbaarheid: schematherapie. Schematherapie is een evidence-based behandeling voor volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen (Asselt et al., 2008; Bamelis, Evers, Spinhoven, & Arntz, 2014; Giesen-Bloo et al., 2006), waaronder ook TBS-patiënten met antisociaal gedrag (Bernstein et al., 2018). Onderzoek naar de toepassing van schematherapie bij jongeren staat echter nog in de kinderschoenen. De afgelopen jaren is onderzoek gedaan naar de toepasbaarheid en effectiviteit van schematherapie bij

jongeren met externaliserende gedragsproblemen in de gesloten jeugdzorg (Van Wijk-Herbrink, 2018). Dat onderzoek richtte zich op de theorie achter schematherapie, op de toepassing van individuele schematherapie in een gedwongen setting, en op het gebruik van schematherapeutische principes in het creëren van een open behandelklimaat op een behandelafdeling.

THEORIE ACHTER SCHEMATHERAPIE

Belangrijke theoretische concepten van de schematherapie (Young, Klosko & Weishaar, 2005) zijn vroegkinderlijke onaangepaste schema's, schema-coping en schemamodi. Wanneer in de kindertijd niet wordt voldaan aan de emotionele basisbehoeften van een kind (veiligheid, autonomie, geborgenheid, spontaniteit en adequate begrenzing), kunnen vroegkinderlijke onaangepaste schema's (verder schema's genoemd) ontstaan. Dit zijn diepgewortelde, vastgeroeste overtuigingen die niet alleen uit cognities bestaan, maar ook emoties, herinneringen en lichamelijke sensaties omvatten. Zo heeft Jenny de overtuiging dat belangrijke anderen haar altijd weer in de steek laten, hetgeen gebaseerd is op vroegkinderlijke ervaringen met haar ouders en gepaard gaat met lichamelijke spanning, angst en verdriet (schema Verlating).

Bepaalde situaties of omstandigheden kunnen een schema triggeren, waarop mensen volgens Young en collega's (2005) geneigd zijn om één van de volgende drie copingstijlen te hanteren: overgave, vermijding of overcompensatie (schema-coping). Bij *overgave* geeft men zich compleet over aan het schema en de bijbehorende emoties (bijv. wanhopig zijn), bij *vermijding* is men geneigd het schema en de bijbehorende emoties uit de weg te gaan (bijv. geen enkele relatie aangaan), en bij *overcompensatie* doet men het tegenovergestelde van wat het schema en de bijbehorende emoties ingeven (bijv. anderen bedreigen of intimideren).

Het derde belangrijke theoretische concept binnen de schematherapie bestaat uit de *schemamodi*. Dit zijn een soort toestandsbeelden, die van moment tot moment kunnen wisselen, en worden ook wel 'kanten van jezelf' genoemd. Volgens Young et al. (2005) ontstaan schemamodi uit combinaties van geactiveerde schema's en copingreacties. Zo kan de combinatie van het schema Verlating met vermijding bijvoorbeeld een toestandsbeeld geven, waarin iemand geen emoties ervaart en het contact met anderen uit de weg gaat (Afstandelijke beschermer-modus ofwel een afstandelijke kant van iemand). Tabel 1 geeft een beschrijving van deze en andere schemamodi.

TABEL 1. BESCHRIJVINGEN VAN SCHEMAMODI

SCHEMAMODUS	BESCHRIJVING
<i>Kindmodi</i>	<i>Modi waarin de jongere emoties ervaart uit de kindertijd of zich gedraagt als een jong kind</i>
Kwetsbaar kind	Voelt zich angstig, verdrietig, verlaten en eenzaam
Boos kind	Voelt zich boos, omdat niet aan zijn behoeften wordt voldaan
Impulsief / ongedisciplineerd kind	Reageert impulsief en is gericht op directe behoeftebevrediging, is zelf-bepalend en raakt gefrustreerd als grenzen worden gesteld
<i>Kritische modi</i>	<i>Modi waarin de jongere overmatig kritisch is naar zichzelf (vaak geïnternaliseerde boodschappen van ouders of andere volwassenen / kinderen)</i>
Veeleisende kant	Stelt hoge eisen aan zichzelf
Straffende kant	Geeft zichzelf de schuld, haalt zichzelf naar beneden of reageert straffend naar zichzelf
<i>Beschermende coping-modi</i>	<i>Modi waarin de jongere veelal vermijding en soms ook overgave gebruikt om eigen kwetsbaarheid te verhullen</i>
Afstandelijke beschermer	Staat niet in contact met eigen emoties of met anderen, houdt hulp en betrokkenheid af
Boze beschermer	Doet bozig of chagrijnig om anderen op afstand te houden
Onthechte zelfsusser / zelfstimulator	Probeert emoties te verdoven door gebruik van drugs, alcohol of andere kalmerende of oppeppende activiteiten
Gedweë gehoorzame	Conformeert zich aan wensen en verwachtingen van anderen om conflicten te voorkomen
<i>Overcompenserende coping-modi</i>	<i>Modi waarin de jongere overcompenseert voor eigen kwetsbaarheid</i>
Pest- en aanvalmodus	Is bedreigend, intimiderend of aanvallend naar anderen
Zelfverheerlijker	Gedraagt zich arrogant, voelt zich speciaal of machtig
Overcontroleerder	Probeert zichzelf te beschermen tegen echte of ervaren dreiging door obsessief-compulsief gedrag of door anderen op paranoïde wijze te controleren
<i>Gezonde modi</i>	<i>Modi waarin de jongere spontaan kind kan zijn of op eigen gedrag, gevoelens en gedachten kan reflecteren en daarop keuzes kan baseren</i>
Blij kind	Is spontaan en blij, voelt zich vrij om blijdschap te uiten
Gezonde jongere	Kan op zichzelf reflecteren en kan op adequate wijze aan eigen behoeften voldoen

VALIDATIE VAN DE THEORIE BINNEN JONGERENPOPULATIES

Hoewel het concept van schema's al eerder valide was gebleken in jongerenpopulaties, was er nog maar weinig bekend over schema-coping en schemamodi bij jongeren. Wij lieten 699 jongeren (577 jongeren uit het reguliere voortgezet onderwijs en 122 jongeren uit de gesloten jeugdzorg) vragenlijsten invullen over hun schema's, schema-coping, schemamodi en gedragsproblemen. Uit dit onderzoek blijkt dat ook schema-coping en schemamodi valide concepten zijn bij jongeren: dezelfde copingstijlen en

schemamodi konden worden onderscheiden als bij volwassenen (Van Wijk-Herbrink, Roelofs, et al., 2017). Vervolgens onderzochten we de theoretische relaties tussen schema's, copingstijlen, schemamodi en gedragsproblemen (Van Wijk-Herbrink, Bernstein et al., 2018). De resultaten van dit onderzoek zijn in lijn met de theorie van Young en collega's (2005): Schemamodi bestaan inderdaad uit unieke combinaties van schema's en copingstijlen.

Maar er was nóg een belangrijke bevinding: Aan zowel internaliserende gedragsproblemen (angstig en depressief gedrag) als externaliserende gedragsproblemen (opstandig

Schematherapie is een evidence-based behandeling voor volwassenen met persoonlijkheidsstoornissen

en agressief gedrag) van jongeren blijken precies dezelfde schema's ten grondslag te liggen. Dit zijn schema's die voortkomen uit ervaringen van onverbondenheid en afwijzing, zoals het eerder genoemde schema Verlating, van Jenny. Andere schema's die hieruit voortkomen zijn Wantrouwen/Misbruik (i.e., anderen zullen altijd misbruik van me maken), Sociale isolatie (i.e., ik hoor er niet bij), Tekortschieten (i.e., ik ben niet goed genoeg) en Emotioneel tekort (i.e., ik krijg nooit de liefde en aandacht die ik nodig heb). Bij internaliserende gedragsproblemen wordt er met overgave coping gereageerd op deze schema's, terwijl er bij externaliserende gedragsproblemen met overcompensatie-coping wordt gereageerd. Maar de onderliggende kwetsbaarheid is dus dezelfde, evenals de onderliggende behoefte aan verbinding en acceptatie. Dit is belangrijk voor de behandeling van jongeren met opstandig en agressief gedrag, want hun gedrag lokt natuurlijk vaak een tegenovergestelde reactie uit bij mensen. Dit onderzoek ondersteunt de visie om behandeling niet alleen op het probleemgedrag, maar ook op de onderliggende kwetsbaarheid/schema's te focussen.

Een ander onderzoek dat deze visie ondersteunt, is een experiment waarbij werd gekeken naar de relatie tussen ervaren onrecht, boosheid en agressie (Van Wijk-Herbrink, Lobbestael et al., 2018). In dit experiment werden jongens in de gesloten jeugdzorg at random toegewezen aan een experimentele of controleconditie. In de experimentele conditie werd een gevoel van onrecht opgeroepen door middel van een gevoelsinterview over een recente situatie waarin zij onrecht ervaren hadden. In de controleconditie werden de jongens geïnterviewd over een recente neutrale of mild positieve ervaring. Bepaalde schema's bleken de verbanden tussen ervaren onrecht, boosheid en agressie te beïnvloeden. Met andere woorden: jongens bij wie bepaalde schema's, met name het schema Verlating, in hogere mate aanwezig waren, vertoonden meer boosheid en agressie in reactie op ervaren onrecht dan jongens bij wie deze schema's niet of in mindere mate aanwezig waren.

TOEPASSING SCHEMATHERAPIE BIJ JONGEREN MET GEDRAGSPROBLEMEN

Bovenstaand onderzoek suggereert dat een behandeling gericht op onderliggende schema's kan bijdragen aan de vermindering van ernstige gedragsproblemen. In de gesloten jeugdzorg leggen we de focus op de schemamodi in plaats van op de schema's, zoals gebruikelijk is bij complexe problematiek (Young et al., 2005). Bij complexe problematiek zijn er namelijk soms zoveel verschillende schema's actief, dat het niet meer te behappen is voor de behandelaar en de cliënt. Bovendien zijn schemamodi minder abstract, omdat ze ook gedrag omvatten: elke jongere herkent wel een aantal schemamodi bij zichzelf. Onderzoek heeft uitgewezen dat schematherapie met een focus op schemamodi ook de onderliggende schema's verandert (Giesen-Bloo et al., 2006; Bernstein et al., 2018).

In de behandeling met schematherapie staat *limited reparenting* centraal (Young et al., 2005). *Limited reparenting* is een basishouding van de behandelaar waarbij geprobeerd wordt om, binnen de grenzen van de therapeutische relatie, zo goed mogelijk te voldoen aan de (gemiste) basisbehoeften van de jongere. Dit houdt in dat er wordt gezorgd voor veiligheid, een luisterend oor en geborgenheid, passende autonomie, spontaniteit en spel, en eerlijke, maar duidelijke regels en grenzen. Daarnaast wordt er binnen de schematherapie gebruik gemaakt van verschillende technieken: werken met de schemamodi in het hier en nu, experiëntiële technieken en technieken uit de cognitieve gedragstherapie. In de eerste fase van de behandeling is er meestal sprake van weinig (intrinsieke) motivatie bij de jongere, waarbij het werken met schemamodi in het hier en nu uitkomst biedt.

WERKEN MET SCHEMAMODI IN HET HEDEN

Jongeren met gedragsproblemen krijgen vaak kritiek op hun gedrag. Zij hebben eindeloos te horen gekregen wat ze allemaal fout doen en dat ze op een andere manier om moeten gaan met bepaalde situaties, met hun boosheid of andere emoties. Zij zijn erg wantrouwend ten opzichte van hulpverleners en hebben vaak ook geen vertrouwen in hun

eigen mogelijkheden om hun gedrag te veranderen. Binnen de schematherapie helpen we hen allereerst hun eigen gedrag te begrijpen. We schrijven het probleemgedrag toe aan een bepaalde kant van hen, een schemamodus, en gaan op zoek naar de ontstaansgeschiedenis en functie van deze kant. In plaats van kritiek te leveren op het gedrag, tonen we juist begrip voor de kant van hen die dit gedrag vertoont. Het werken met schemamodi in het hier en nu kan worden gedaan door zowel schematherapeuten als hiervoor opgeleide pedagogisch medewerkers, behandelcoördinatoren en andere leden van het behandelteam.

Om het werken met schemamodi in het hier en nu te illustreren, gaan we terug naar de casusbeschrijving van Jenny. Jenny toont op de behandelgroep een nukkige en afwijzende houding. Zij wil geen gesprekken voeren met pedagogisch medewerkers en wil ook geen therapie. Wanneer men probeert om een gesprek met haar aan te gaan, loopt ze weg, blijft nukkig zwijgen of zegt dat ze geen behandeling nodig heeft en dat het prima met haar gaat. Het lukt dus niet om contact met haar te krijgen: het stellen van vragen leidt tot niks en confrontatie met haar houding leidt tot boosheid bij Jenny. De behandelaar (schematherapeut, pedagogisch medewerker of ander lid van het behandelteam) kan hier een *empathische confrontatie* inzetten, waarbij hij* het gedrag toeschrijft aan een kant (schemamodus) van Jenny, empathie toont voor de functie van de schemamodus/het gedrag, maar Jenny ook confronteert met de nadelen ervan. De nukkige en afwijzende houding van Jenny is afkomstig van een Afstandelijke en/of Boze beschermer modus (zie tabel 1).

Een empathische confrontatie met deze modus zou er als volgt uit kunnen zien:

'Luister Jenny, ik weet dat je niet met mij wil praten, maar ik wil je iets belangrijks zeggen. En misschien vat je het op als kritiek, maar zo bedoel ik het niet. Ik vind het belangrijk om dit tegen jou te zeggen, ik vind JOU belangrijk. Ik zie namelijk vaak een kant van jou die nukkig en afstandelijk doet. Die kant reageert niet als mensen je iets vragen, en als iemand interesse in je toont jaagt jouw nukkige kant diegene eigenlijk gewoon weg. En ik denk dat ik begrijp waarom die kant van jou er is. Je hebt het als kind niet gemakkelijk gehad en je bent al vaak teleurgesteld of pijn gedaan. Zo'n nukkige kant kan heel goed helpen om anderen op afstand te houden en om ervoor te zorgen dat iemand je niet opnieuw pijn kan doen of teleur kan stellen. Dus ik heb respect voor jouw

nukkige kant, ik snap dat die belangrijk voor je is. Maar het moet ook heel eenzaam zijn als iedereen bij je weg blijft vanwege je nukkige kant. Ik merk soms dat ik ook wat ongeduldig raak als jouw nukkige kant er is, want ik kan dan niks goed doen en ik voel me afgewezen. Ik vat dat niet persoonlijk op, omdat ik weet dat jouw nukkige kant jou helpt en belangrijk voor je is, maar dat is wel het effect wat die kant op anderen heeft. Ik wil jouw nukkige kant alle ruimte geven, maar tegelijkertijd vind ik het ook belangrijk om wel beschikbaar te zijn voor die andere kant van jou, die waarschijnlijk heel eenzaam is. Daarom wil ik je graag blijven opzoeken, ook als jouw nukkige kant mij probeert weg te jagen. Ik weet dat het tijd nodig heeft, maar ik hoop dat je gaat voelen dat ik er echt voor je wil zijn en dat ik er alles aan zal doen om je niet teleur te stellen.'

Bij zo'n empathische confrontatie valideert de behandelaar de ontstaansgeschiedenis en functie van de schemamodus en het bijbehorende (probleem)gedrag, waarbij hij¹ ook aangeeft wat het effect ervan op hem is en welke nadelen dit met zich meebrengt. Sommige jongeren zullen direct reageren op zo'n empathische confrontatie, waardoor er een ingang ontstaat tot een gesprek en de opbouw van een therapeutische relatie, terwijl anderen de boodschap stilzwijgend over zich heen zullen laten komen. De meeste jongeren geven achteraf (soms pas aan het einde van hun behandeling) aan dat een dergelijke boodschap hen wel heeft geraakt, ook al wilden ze dat op het moment zelf niet laten merken. Vaak is het nodig om deze boodschap meerdere malen te herhalen, betrouwbaar te zijn en te blijven terugkomen, voordat de jongere (meer van) zijn¹ kwetsbare kant durft te laten zien.

Wanneer het gedrag van de jongere om directe grenzen vraagt, kan *limit setting* worden toegepast. Neem bijvoorbeeld een situatie waarin Jenny een pedagogisch medewerker uitscheldt en intimideert, nadat die medewerker Jenny heeft aangesproken op het gebruik van scheldwoorden op de groep.

'Jenny, stop. Ik wil graag naar je boosheid luisteren, maar nu zie ik alleen jouw agressieve kant en die accepteer ik niet. Als je zo tegen me praat, dan voel ik me niet prettig

1 Omwille van de leesbaarheid wordt over 'hij' en 'zijn' gesproken als het gaat over jongeren en behandelaars, maar deze kunnen ook worden vervangen door 'zij' en 'haar'.

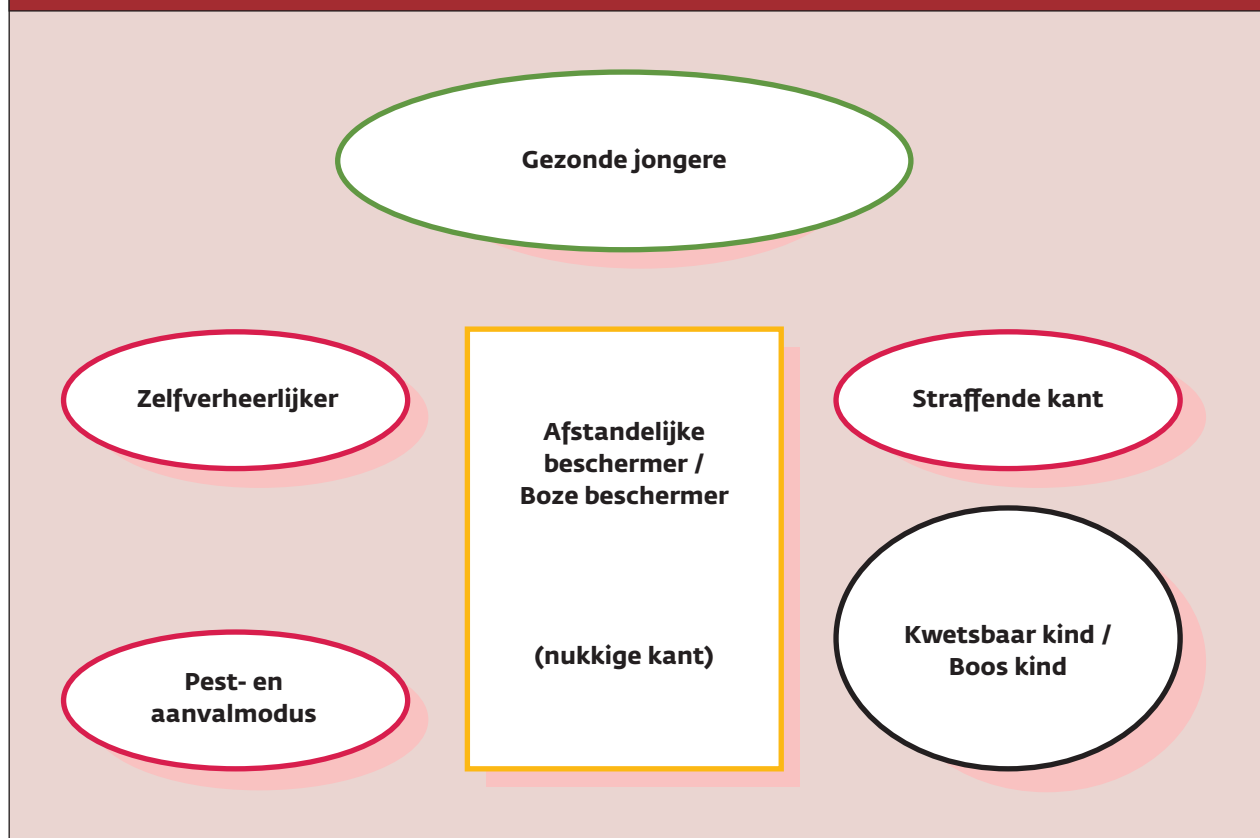
en het maakt mij ook boos. Dan kan ik niet goed meer naar je luisteren, terwijl ik dat wel wil. Laten we samen even apart gaan zitten om dit te bespreken. Als dat nu niet lukt, wil ik met je afspreken om er later op terug te komen.'

De behandelaar laat op deze manier weten geïnteresseerd te zijn in de gevoelens (in dit geval boosheid) van Jenny, maar stelt als voorwaarde dat Jenny stopt met haar uit te schelden en te intimideren. Soms moet het woordje 'stop' meermalen worden herhaald om de verbale agressie van de jongere lang genoeg te stoppen om de interventie te kunnen doen, of moet de jongere specifiek worden geïnstrueerd om de behandelaar

uit te laten praten. Wanneer het schelden en intimideren van Jenny niet zou stoppen, kan de behandelaar een consequentie in het vooruitzicht stellen, zoals een tijdelijke kamerplaatsing. Achteraf, als de gemoederen wat bedaard zijn, is het aan te raden met de jongere samen te bekijken welke van zijn schemamodi hebben bijgedragen aan zijn boosheid, en uiteindelijk hebben geleid tot zijn agressieve kant.

Door middel van het werken met de schemamodi in het hier en nu, waarin limited reparenting een grote rol speelt, lukt het meestal wel om een therapeutische relatie op te bouwen en een begin te maken met het opstellen van een casusconceptualisatie of minimaal een modusmodel, met daarin een overzicht van de verschillende schemamodi van

FIGUUR 1. MODUSMODEL VAN JENNY MET RECHTSONDER HAAR KWETSBARE KANT EN DE BOOSHEID VAN VROEGER, DAARBOVEN HAAR STRAFFENDE KANT DIE VINDT DAT ZIJ NIKS WAARD IS, IN HET MIDDEN DE VERMIJDENDE COPING-KANTEN DIE PROBEREN HAAR KWETSBARE KANT TE BESCHERMEN, EN LINKS DE OVERCOMPENSERENDE COPING-KANTEN. BOVENIN STAAT HAAR GEZONDE KANT, DIE IN DE THERAPIE GESTIMULEERD EN VERGROOT WORDT. BEHANDELDOELEN VOOR THERAPIE ZIJN HET VERMINDEREN VAN OVERCOMPENSERENDE EN BESCHERMENDE COPING-MODI ZODAT DE KWETSBARE EN BOZE KIND-MODI BEWERKT KUNNEN WORDEN, EN HET VERSTERKEN VAN DE GEZONDE JONGERE-KANT.



de jongere. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van kaarten waarop verschillende modi staan afgebeeld, zoals de Moduskaarten voor Jongeren (Conrisq Groep, 2018). Op basis van het modusmodel worden behandeldoelen opgesteld.

Het modusmodel van Jenny is weergegeven in Figuur 1.

EXPERIËNTIËLE TECHNIEKEN

Een belangrijk onderdeel van schematherapie zijn experiëntiële technieken, die alleen een schematherapeut of daartoe opgeleide vaktherapeut inzet (en dus niet pedagogisch medewerkers of andere leden van het behandelteam in de gesloten jeugdzorg). Experiëntiële technieken zijn ervaringsgerichte technieken, waarbij emotie wordt opgeroepen en waarmee mogelijkheden worden gecreëerd om corrigerende emotionele ervaringen op te doen. Omdat informatie effectiever wordt verwerkt als daar emotie bij komt kijken, kunnen experiëntiële technieken bijdragen aan de verschuiving van iets verstandelijk weten naar er emotioneel in geloven. Deze technieken worden liefst zo vroeg mogelijk in de behandeling ingezet, maar wel pas als er een basis voor een therapeutische relatie is ontstaan of als de therapeut voelt dat er wel enige bereidheid is tot het meewerken aan dergelijke oefeningen. De meest gebruikte experiëntiële technieken zijn de *meerstoelentechniek* en *imagineer met rescripting*. Hieronder worden beide technieken toegelicht aan de hand van de casusbeschrijving van Jenny.

MEERSTOELENTECHNIEK Om de functie van Jenny's nukkige kant helderder te krijgen, wordt de meerstoelentechniek ingezet. De schematherapeut zet een aantal stoelen in de therapieruimte en vraagt Jenny om op één van die stoelen plaats te nemen.

Th: Oké Jenny, we gaan vandaag een oefening doen. Ik heb een paar stoelen in de therapiekamer neergezet en je mag op één van die stoelen gaan zitten. Nou mag je, terwijl je in die stoel zit, jouw nukkige kant spelen alsof we een soort rollenspel doen. En ik ga proberen om jouw nukkige kant te interviewen.

J: (rolt met haar ogen terwijl ze gaat zitten in de stoel)

Th: Ja heel goed, ik zie dat je al helemaal in je rol zit, zo zou jouw nukkige kant reageren!

J: (slaat haar armen over elkaar)

Th: Perfect! Nou weet ik dat die nukkige kant van jou het liefst zwijgt, maar ik zou je willen vragen om wel te proberen om antwoord te geven op de vragen die ik aan jouw nukkige kant stel. Oké?

Ik ga proberen om jouw nukkige kant te interviewen

J: (haalt schouders op)

Th: Oké, we gaan beginnen. Dag nukkige kant van Jenny. Ik heb begrepen dat je heel belangrijk bent voor Jenny, volgens mij heb je haar al vaak geholpen. Hoe oud was Jenny eigenlijk toen jij in haar leven kwam?

J: Pff, ik weet het niet, volgens mij ben ik er altijd geweest.

Th: Oh ja? Was je er al om haar te helpen toen ze nog een baby was?

J: Nou dat misschien niet, misschien vanaf de basisschool toen ik gepest werd?

Th: Ah, dus toen Jenny gepest werd kwam jij als nukkige kant tevoorschijn? Hmm, dus het pesten en jouw aanwezigheid hebben met elkaar te maken?

J: Misschien wel, ik voelde me klote maar wilde het niet laten merken. Door me zo op te stellen kon ik doen alsof het me niet raakte.

Th: Aha, dus jij probeerde Jenny te beschermen?

J: Ja, ze was echt heel ongelukkig maar als je dat laat merken dan wordt je nog veel meer gepest.

Th: Oké, ik snap het. Jij gaf haar een soort pantser tegen de pesterijen. Waar heb je Jenny nog meer mee geholpen?

J: Als ik onverschillig doe, dan raken dingen me ook echt minder. Op zo'n moment boeit iets me echt niet.

Th: Dus jij zorgt er niet alleen voor dat anderen Jenny niet pesten, maar je kan ook haar pijnlijke gevoelens als het ware uitschakelen of verdoven?

J: Ja, zo is het denk ik wel.

Th: Dan snap ik wel dat je zo belangrijk voor haar bent geweest, want ze heeft het niet gemakkelijk gehad.

J: Nee, en eigenlijk nog steeds niet.

Th: Wat bedoel je?

J: Nou, ze wordt nog steeds gepest en ze hoort eigenlijk nergens thuis.

Hier verschuift Jenny, waarschijnlijk door de validatie door de therapeut, van haar nukkige kant richting haar kwetsbare kant. De therapeut vraagt Jenny daarom om op een andere stoel plaats te nemen, die haar kwetsbare kant representeert.

Th: Kom eens op de stoel naast mij zitten? (nadat Jenny van stoel gewisseld is:) Ik heb wel wat geleerd van jouw nukkige kant. Ik begrijp nu dat die kant er niet alleen is om je tegen pesten en teleurstelling door anderen te beschermen, maar dat die je ook helpt bij het uitschakelen van je gevoel. Ik hoorde die kant ook zeggen dat je nog steeds gepest wordt en dat je eigenlijk nergens thuis hoort. Zou je me daar wat meer over willen vertellen?

J: Nou gewoon, ik ben heel anders dan de andere jongeren op de groep. Ik hoor hier niet, maar bij mijn ouders voel ik me ook niet thuis. Ik hoor eigenlijk nergens.

Th: Nu hoor ik meer jouw eenzame kant praten, die zich nergens thuis voelt en het gevoel heeft nergens bij te horen.

J: Nou ja, zo erg is het nou ook weer niet.

Door deze confrontatie met haar eenzame kant, komt haar afwijzende houding weer meer naar voren en dreigt Jenny terug te schieten in haar nukkige kant. Jenny vindt de kwetsbaarheid, die ze in deze stoel ervaart, moeilijk te verdragen. De therapeut helpt haar daarom een handje in het verwoorden van haar gevoelens en komt voor haar op door de nukkige kant aan te spreken:

Th: Ik ga nu iets doen wat je misschien een beetje gek vindt, maar ik wil iets tegen jouw nukkige kant op die stoel daar zeggen. Ik vind het belangrijk dat je dat hoort. (Draait zich naar de lege stoel van de nukkige kant:) Zeg nukkige kant van Jenny, ik snap waarom je er bent en ik vind het fijn dat je Jenny vroeger zo goed geholpen hebt. Ik denk dat je echt belangrijk bent geweest en dat ze je hard nodig heeft gehad. Maar ik vind het lastig dat je er nu ook bent. Want door jou is Jenny ook heel eenzaam en voelt zij zich nergens thuis. Doordat jij mensen op afstand houdt of wegjaagt, heeft zij het gevoel dat ze er alleen voor staat en dat zij nergens bij hoort. Elk mens heeft behoefte aan anderen om zich heen, ook Jenny, dat is heel normaal. Zij heeft er recht op dat mensen haar steunen en er voor haar zijn, dat mag je haar niet ontnemen. (Draait zich weer naar Jenny:) Wat vind je ervan dat ik dit tegen jouw nukkige kant zeg?

J: Tja, ik denk dat het wel klopt, maar ik geloof niet dat die kant het er mee eens is.

Th: Wat zou jij willen dat die kant doet? Bijvoorbeeld een stapje opzij zodat er wat meer ruimte voor jou komt?

J: Ja, dat zou misschien wel goed zijn.

Th: Verschuif de stoel van de nukkige kant maar, kijk

maar hoe ver je hem weg kan zetten dat je je er nog prettig bij voelt.

Door het gebruik van meerdere stoelen kunnen de verschillende kanten (schemamodi) en bijbehorende emoties/wensen duidelijker onderscheiden worden, kunnen dialogen tussen de verschillende modi op gang worden gebracht en kunnen kwetsbare gevoelens meer aan de oppervlakte worden gebracht. De jongere kan worden geconfronteerd met disfunctionele modi of gedragspatronen, en er kan worden geoefend met het toelaten van kwetsbaarheid of met meer gezonde copingstrategieën. Er is een heel scala aan toepassingsmogelijkheden van de meerstoelentechniek, waarvan bovenstaande slechts een voorbeeld is.

IMAGINATIE MET RESCRIPTING Bij imaginatie wordt de jongere gevraagd de ogen te sluiten en in de verbeelding terug te gaan naar een situatie uit het verleden. Diagnostisch gezien kan dit informatie opleveren over gemiste basisbehoeften in de kindertijd, maar in de behandeling biedt het ook een kans om schema's te 'helen' door met limited reparenting een corrigerende emotionele ervaring op te laten doen. In dat geval wordt de situatie als het ware 'herschreven' (rescripting) doordat de therapeut bijvoorbeeld in de imaginatie tegemoet komt aan de basisbehoeften van de jongere.

Onderstaand fragment uit een therapiesessie van Jenny illustreert dit.

Th: Doe je ogen dicht en kijk eens of er een beeld naar boven komen van een nare situatie in je kindertijd. Probeer er niet over na te denken, maar laat het maar gewoon opkomen.

J: Ik zie een beeld van mezelf terwijl ik thuiskom van school.

Th: Heel goed. Stap maar in dat beeld en kijk eens om je heen. Waar ben je precies en wat zie je om je heen?

J: Ik ben thuis, in de gang. Ik zie mama, ze staat in de keuken te bellen, ze heeft een klant aan de lijn.

Th: Hoe oud ben je?

J: Ongeveer negen jaar.

Th: Beschrijf de gang eens, geef me maar wat details zoals hoe de vloer eruit ziet, of er iets aan de muur hangt, dat soort dingen.

J: Er liggen tegels op de vloer, ze zijn een beetje gelig. De muren zijn wit, er hangt alleen een trouwfoto van mijn ouders. Verder zie ik de kapstok met jassen eraan. De deur naar de keuken staat open. Ik moet erg huilen, maar

‘Hij wil me elke keer voor schut zetten en iedereen lacht erom’

mama legt haar vinger tegen haar lippen dat ik stil moet zijn.

Th: Waarom moet je huilen?

J: Ik ben net weer zo gepest door een jongen uit mijn klas. Hij heeft me van mijn fiets geduwd en trok mijn rok omhoog. Er stonden allemaal kinderen om ons heen die me uitlachten.

Th: Wat gaat er door je heen nu je thuiskomt?

J: Ik ben zo verdrietig. Maar mama heeft weer geen tijd voor me. Ik hoor dat ze een klant aan de telefoon heeft, ze praat weer zo bekakt. Haar werk gaat altijd voor, ze heeft nooit tijd voor me.

Th: Wat doet dat met jou?

J: Ik voel me heel alleen en in de steek gelaten. Ik ren naar mijn kamer en ga met mijn knuffel op bed liggen.

Th: Wat heb je nodig?

J: Iemand die naar me luistert, me helpt.

Th: Ik wil graag in het beeld komen om je te helpen, zie maar hoe ik jouw kamer binnen kom. Zie je me?

J: Ja.

Th: Ik kom naast je zitten op het bed en sla mijn arm om je heen. Ik vind het naar dat je zo verdrietig bent, vertel me maar wat er gebeurd is.

J: (in tranen:) Dit is nu al de zoveelste keer dat hij dit doet. Hij wil me elke keer voor schut zetten en iedereen lacht erom. Hij zei al dat hij het vandaag weer zou doen, ik had expres nog staan treuzelen voordat ik naar huis fietste maar blijkbaar hebben ze op me gewacht. Ik wil niet meer naar school!

Th: Dat snap ik heel goed, het is heel erg wat er gebeurd is en ik accepteer niet dat je zo behandeld wordt. Het is niet oké dat jij bang bent om naar huis te fietsen en dat je niet meer naar school wil door hem. Jij hebt er recht op om je veilig te voelen en om vriendjes en vriendinnetjes om je heen te hebben, dat verdien je ook. Je bent een heel leuk en lief meisje en dit mag niet meer gebeuren.

J: Maar er valt toch niks aan te veranderen. Mama vindt het blijkbaar ook niet belangrijk want zij doet er niks aan.

Th: Het is wél belangrijk en we gaan er ook iets aan doen. Mama heeft het druk met haar eigen dingen en soms zijn de dingen nou eenmaal niet anders, maar het is

belangrijk dat zij weet hoe jij eronder te lijden hebt. Ik ga daarom ook met je moeder praten, en ik ga jou en je moeder helpen om dit op te lossen. Je staat er niet alleen voor.

In dit voorbeeld vindt de rescripting vooral plaats doordat de therapeut een luisterend oor biedt en de Jenny van negen jaar in de imaginatie-oefening de ruimte geeft haar gevoelens te uiten. Ook geeft de therapeut uitleg over de rechten van een kind en laat zij Jenny weten dat ze er niet alleen voor staat. De rescripting kan nog veel verder worden doorgevoerd, door bijvoorbeeld Jenny's moeder in de imaginatie aan te spreken op haar emotionele afwezigheid, door de pesters streng toe te spreken of hen in de imaginatie een consequentie te geven voor hun gedrag, of simpelweg door in de imaginatie iets leuks te gaan doen met Jenny zodat ze zich even zorgeloos en vrij voelt. Alles is geoorloofd zolang het gericht is op het tegemoetkomen aan (gemiste) basisbehoeften en het bieden van tegengif aan vastgeroeste overtuigingen/schema's.

TECHNIEKEN UIT DE COGNITIEVE GEDRAGSTHERAPIE

Technieken uit de cognitieve gedragstherapie worden veelal naast de eerder genoemde technieken ingezet, of worden verweven in het werken met de modi in het hier en nu. Zo kunnen disfunctionele overtuigingen van bepaalde schema-modi worden bewerkt of kan geoefend worden met nieuw, gezond (coping)gedrag. Bij het bestendigen van veranderingen in schema's en schemamodi kunnen gedragsexperimenten en beloningssystemen een belangrijke rol spelen.

BETREKKEN VAN OUDERS EN HULPVERLENERSSYSTEEM

De behandeling met schematherapie is het meest effectief wanneer deze breed wordt gedragen. Waar mogelijk worden ouders nauw betrokken bij de behandeling en maken idealiter ook zelf onderdeel uit van die behandeling. Zeker in de gesloten jeugdzorg, waar de stap van een gesloten setting naar de maatschappij groot en risicovol is, is het van belang om ouders en andere personen uit het steunsysteem van de jongere te betrekken bij de behandeling. Op de OG Heldringstichting in Zetten wordt een pilot gestart met een systeem-gerichte schematherapie (sST), die de opnameduur op de gesloten afdeling moet verkorten en waarbij de jongere en

De behandeling met schematherapie is het meest effectief wanneer deze breed wordt gedragen

diens gezin tevens ondersteund worden bij de transfer van een gesloten setting naar de maatschappij.

Daarnaast is het van belang dat het gehele hulpverleners-systeem van de jongere betrokken is bij de behandeling. Idealiter spreekt iedereen dezelfde taal, namelijk de taal van de schemamodi, en zijn alle hulpverleners getraind in het gebruik van empathische confrontatie en limit setting. Indien de principes van de schematherapie geïntegreerd zijn in het behandelklimaat en alle leden van het behandelteam daarnaar handelen, zal een behandeling vele malen effectiever zijn dan wanneer de behandeling afhankelijk is van één of enkele uren schematherapie per week. Het is van belang om leden van een behandelteam niet alleen eenmalig te trainen in het gebruik van schematherapeutische principes, maar om dit ook op te volgen met intensieve teamcoaching. Voor de opleiding en doorlopende coaching van behandelteams in het gebruik van schematherapeutische principes is een methodiek ontwikkeld: Safe Path (Bernstein et al., 2014; zie ook Van Wijk-Herbrink, 2018, voor een beschrijving). Recent onderzoek heeft uitgewezen dat het schematherapeutisch werken met behulp van Safe Path in vergelijking met een controlegroep leidt tot een verbetering in leefklimaat en een vermindering in repressief handelen van pedagogisch medewerkers (Van Wijk-Herbrink, Arntz, et al., 2018).

EFFECTIVITEIT VAN SCHEMATHERAPIE IN DE GESLOTEN JEUGDZORG

Er zijn tot nog toe slechts twee publicaties over de effectiviteit van schematherapie bij jongeren, die beide rapporteren over pilotstudies met vier jongeren. Deze studies laten hoopvolle resultaten zien bij jongeren met persoonlijkheidsproblematiek en internaliserende problemen (Roelofs et al., 2016) of externaliserende gedragsproblemen (Van Wijk-Herbrink, Broers, et al., 2017). De laatste studie werd uitgevoerd binnen de gesloten jeugdzorg, waarbij jongeren op een behandelgroep verbleven waar schematherapeutische principes worden toegepast in de 24-uurs behandeling, aangevuld met individuele schematherapie met een

frequentie van één tot twee keer per week. Alle jongeren in deze studie lieten een afname zien in gedragsproblemen, en de meesten lieten ook een verbetering zien met betrekking tot hun schema's en schemamodi.

In navolging op deze pilotstudie loopt er op de O.G. Heldringstichting een klinische trial, waarbij een behandeling met schematherapie vergeleken wordt met een standaardbehandeling binnen de gesloten jeugdzorg. Binnen de standaardbehandeling verblijven binnen een behandelklimaat gebaseerd op het Sociaal Competentiemodel (Slot & Spanjaard, 1999) en krijgen aanvullende therapie of vaardigheidstraining. Binnen de behandeling met schematherapie wordt het behandelklimaat aangevuld met principes vanuit de schematherapie en krijgen de jongeren individuele schematherapie. Jongeren worden toegewezen aan een behandelconditie door middel van pseudo-randomisatie, en elke drie maanden gedurende de behandeling worden metingen verricht naar gedragsproblemen, schema's, schema-coping, schemamodi en kwaliteit van leven. Na afloop van de behandeling volgen er nog twee follow-up meetmomenten. Resultaten worden in 2019 verwacht.

In afwachting van verder onderzoek kan geconcludeerd worden dat schematherapie een passende behandeling lijkt voor jongeren met gedragsproblemen, en dat er voorlopig bewijs is voor de effectiviteit van schematherapie en de integratie van schematherapeutische principes in de 24-uurs behandeling binnen de gesloten jeugdzorg. Meer onderzoek is nodig om deze resultaten te bevestigen, waarbij ook gekeken moet worden naar langere termijneffecten. Mogelijk zou schematherapie, waarbij de gedragsproblemen op een fundamenteeler niveau worden behandeld, kunnen leiden tot minder terugval in probleemgedrag na behandeling, en preventie van 'full-blown' persoonlijkheidsstoornissen in de volwassenheid.

OVER DE AUTEUR

Dr. Marjolein van Wijk-Herbrink is gezondheidszorgpsycholoog en werkt als schematherapeut en wetenschappelijk onderzoeker bij de OG Heldringstichting (JeugdzorgPlus), onderdeel van de Conrisq groep. Zij geeft individuele schematherapie, en traint en coacht behandelteams in het integreren van schematherapeutische principes in het behandelklimaat. Dit artikel is gebaseerd op haar proefschrift uit 2018, *Schema therapy in adolescents with externalizing behavior problems: Bridging theory and practice*, dat vrij toegankelijk is via <https://www.ogheldring.nl/blog/proefschrift-schematherapie/>. Correspondentie over dit artikel: M.vanWijk@ogheldring.nl.

Summary

SCHEMA THERAPY IN ADOLESCENTS WITH EXTERNALIZING BEHAVIOR PROBLEMS

M. VAN WIJK-HERBRINK

Adolescents with severe behavior problems often show detached and resistant behaviors, causing professionals in youth care to label them as unmotivated for treatment. However, these behaviors, along with more extreme behaviors such as aggression, may be a dysfunctional way of coping with under-

lying, vulnerable schemas. Schema therapy focuses on accessing and ameliorating this underlying vulnerability, and may help to achieve lasting changes in problem behaviors. The aim of this article is to present recent developments and research findings regarding Schema therapy with adolescents with behavior problems, with a focus on the clinical application of Schema therapy. With help of a case example, several Schema therapy techniques are being illustrated. In

residential youth care, Schema therapy is used not only as an individual psychotherapy, but its principles and techniques may also be integrated in the 24-hour treatment climate. It can be concluded that Schema therapy is feasible in this patient population, and preliminary findings suggest that it may be effective in reducing underlying vulnerability as well as behavior problems.

Literatuur

- Asselt, A.D. van, Dirksen, C.D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J.H., Dyck, R. van et al., (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: Cost-effectiveness of schema-focused therapy versus transfer-ence-focused psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry*, 192(6), 450–457. doi: 10.1192/bjp.bp.106.033597
- Bamelis, L.L.M., Evers, S.M.A.A., Spinhoven, P. & Arntz, A. (2014). Results of a multicentered randomized controlled trial on the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 305–322. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12040518
- Bernstein, D.P., Arntz, A.R., Keulen-De Vos, M., Clercx, M., De Vogel, V. et al., (2018). *Effectiveness of Schema Therapy versus Treatment-as-Usual for Forensic Inpatients with Personality Disorders: A Randomized Clinical Trial*. Manuscript ingediend voor publicatie.
- Bernstein, D.P., Kersten, G., van den Broek, E. & Gelissen, L. (2014). Team-based schematherapy: a multi-disciplinary, integrative approach to treating patients with severe personality disorders. Symposium presented at the bi-annual conference of the International Society for Schema Therapy, Istanbul, Turkey.
- Conrisq Groep (2018). *Clientgericht werken met Schematherapie: Moduskaarten*. <https://www.ogheldringstichting.nl/schematherapie>
- Giesen-Bloo, J., Van Dijk, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C. et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of Schema-focused therapy versus Transfer-ence-focused therapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649–58.
- Roelofs, J., Muris, P., van Wesemael, D., Broers, N.J., Shaw, I., & Farrell, J. (2016). Group-schematherapy for adolescents: Results from a naturalistic multiple case study. *Journal of Child and Family Studies*, 25(7), 2246–2257. doi: 10.1007/s10826-016-0391-z
- Slot, N.W. & Spanjaard, H.J.M. (1999). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg [Enhancement of children's and youth's competence in residential care]*. Baarn, the Netherlands: Intro.
- Van Wijk-Herbrink, M.F. (2018). *Schema therapy in adolescents with externalizing behavior problems: Bridging theory and practice* (proefschrift). <https://www.ogheldring.nl/schematherapie/>
- Van Wijk-Herbrink, M.F., Arntz, A., Broers, N.J., Roelofs, J. & Bernstein, D.P. (2018). A Schema Therapy based milieu in secure residential youth care: Effects on aggression, group climate, repressive measures, and team functioning. Manuscript in voorbereiding.
- Van Wijk-Herbrink, M.F., Bernstein, D.P., Broers, N.J., Roelofs, J., Rijkeboer, M. M. & Arntz, A. (2018). Internalizing and externalizing behaviors share a common predictor: The effects of early maladaptive schemas are mediated by coping responses and schema modes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(5), 907–920. doi: 10.1007/s10802-017-0386-2
- Van Wijk-Herbrink, M.F., Broers, N.J., Roelofs, J. & Bernstein, D.P. (2017). Schema therapy in adolescents with disruptive behavior disorders. *International Journal of Forensic Mental Health*, 16, 261–279. doi:10.1080/14999013.2017.1352053
- Van Wijk-Herbrink, M.F., Lobbastael, J., Bernstein, D.P., Broers, N.J., Roelofs, J. & Arntz, A. (2018). The Influence of Early Maladaptive Schemas on the Causal Links between Perceived Injustice, Negative Affect, and Aggression. Manuscript ingediend ter publicatie.
- Van Wijk-Herbrink, M.F., Roelofs, J., Broers, N.J., Rijkeboer, M. M., Arntz, A., & Bernstein, D.P. (2017). Validation of Schema Coping Inventory and Schema Mode inventory in adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 32(2), 220–241. doi:10.1521/pedi_2017_31_295
- Young, Y.E., Klosko, J. & Weishaar, M. (2005). *Schemagerichte therapie: Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.



BIJEENKOMST LUSTRUMCONGRES NIP

DE VEERKRACHT VAN DE PSYCHE

Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) bestaat 80 jaar. Dat is op 1 februari jl. in het Amsterdamse Pakhuis De Zwijger gevierd met een lustrumcongres. Thema was 'De veerkracht van de psyche'. Een foto-impressie.





▼ De dagvoorzitters:
Vera Naber en Aart Franken



▲ Juliëtte Hutten won de scriptieprijs
Forensische Psychologie

◀ Marja van Vliet sprak over
Positieve Gezondheid



Jos Brosschot presenteerde een nieuwe stresstheorie over chronische onveiligheid





De video van het congres, de presentaties en het visuele verslag vindt u op psynip.nl/veerkrachtpsych



De patiënt als mens

What's wrong with me? Gezichten achter de DSM

Door Vittorio Busato & Peter Valckx (2018)

Amsterdam: Hogrefe Uitgevers, 288 p.

Recensent: Karel Soudijn

Lang geleden volgde ik aan de Universiteit van Amsterdam (UvA) colleges van H.C.J. Duijker, de hoogleraar Psychologische Gedragsleer. Uitgangspunt van zijn onderwijs was de 'meervoudige gedetermineerdheid van menselijk gedrag', een begrip dat hij waarschijnlijk ontleende aan het idee van 'overdeterminatie' uit de psychoanalyse. Een symptoom kent niet één enkele oorzaak, maar vloeit voort uit een complex samenspel van factoren. Volgens Duijker geldt dit voor elke gedragsvorm: we zijn telkens het resultaat van een samenloop van omstandigheden.

In zijn inleiding van de bundel *What's wrong with me?* verwijst Vittorio Busato naar de opvattingen van Denny Borsboom, de huidige hoogleraar Grondslagen van Psychologie en Psychometrie aan de UvA. Borsboom wordt gezien als belangrijk vertegenwoordiger van de netwerkbenadering bij psychopathologie. Symptomen van psychiatrische ziekten worden volgens deze benadering niet beschouwd als veroorzaakt door een onderliggende stoornis; ze zijn veeleer het resultaat van onderlinge beïnvloeding. Sterker nog: symptomen kunnen elkaar besmetten. De nuances verschillen, maar er loopt een fraaie lijn van Sigmund Freud via Duijker naar Borsboom.

In de gezondheidszorg kreeg de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* de afgelopen decennia een steeds groter gewicht. Psychopathologische verschijnselen worden met de DSM netjes in soorten ondergebracht, maar tegelijk is duidelijk dat deze categorisering behoorlijk veel ruimte voor variatie toelaat. Achter een DSM-aanduiding kan nog een flinke variatie aan klachten schuilgaan.

Om het persoonlijke binnen de DSM te benadruk-

ken, komen in dit boek vijftig mensen aan het woord. Busato interviewde hen; Peter Valckx zorgde voor portretfoto's. Enkele personen deden anoniem of onder pseudoniem mee. De meest recente versie van de DSM bevat meer dan 400 classificaties. De deelnemers aan dit project representeren niet alle aandoeeningen, maar wel de meeste 'overkoepelende noemers' in het systeem. In diverse verhalen lijkt het idee te worden bevestigd dat symptomen elkaar besmetten. In andere verhalen blijft ellende beperkt tot een klein deel van het leven. Sommige deelnemers zien categorisering in termen van de DSM als een vorm van erkenning. Hun problemen worden nu serieus genomen. Ervaringen met de klinische praktijk zijn wisselend. Met name psychiatrie lijkt vaak een hogeschool van gissen en missen, een geblinddoekt tasten in het duister. Ook de psychologische praktijk kent duidelijke beperkingen. Lotgenotencontact biedt nogal eens een bitter noodzakelijke aanvulling.

In dit boek krijgen etiketten uit de DSM letterlijk en figuurlijk een gezicht. De vraag of verhalen betrouwbaar zijn, is hier niet aan de orde. Eigenlijk is dit boek vooral een aanbeveling aan iedereen op het gebied van geestelijke gezondheidszorg om standaardisering te zien als een tijdelijk hulpmiddel. Het boek is ook een uitnodiging om nieuwsgierig te zijn: hoe lukt het om op de been te blijven met symptomen die volgens de officiële richtlijnen zo snel mogelijk moeten verdwijnen? Op de kaft is een spiegel geplakt, want dit boek is zwaar moralistisch: waarom staan u en ik er nog niet in?

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



Aandacht en concentratie

Concentratie: gefocust blijven in tijden van afleiding

Door Stefan van der Stigchel (2018)

Amsterdam: Maven Publishing, 208 p.

Recensent: Karel Soudijn

Wedstrijdschaatsen is oneerlijk. Waarom? Omdat degene die het startschot geeft (de starter), niet altijd even lang wacht tussen het woord 'ready' en het uiteindelijke schot. Schaatsers vertrekken in paren, maar wedstrijden worden beslist door eindtijden. Het woord 'ready' zorgt voor arousal, maar die daalt weer als de starter relatief lang wacht met het lossen van een schot. Schaatsers die met een verlaagde arousal aan de slag gaan, presteren vervolgens net iets slechter dan zij onder optimale omstandigheden zouden doen. Psycholoog Stefan van der Stigchel zocht dit uit in samenwerking met Edwin Dalmaijer en schaatsenrijder Beorn Nijenhuis. Zij publiceerden hierover in een vaktijdschrift. De samenvatting van hun onderzoek vormt in *Concentratie* de inleiding van een hoofdstuk over het vraagstuk hoe je de concentratie van anderen kunt vasthouden.

Ja, dat wilt u nu natuurlijk meteen weten: hoe kunnen we de concentratie van anderen vasthouden? Aan het eind van het genoemde hoofdstuk vinden we het antwoord in de vorm van een cirkelredenering en een aardige tip. De redenering formuleert Van der Stigchel als volgt: 'Wil je informatie goed overbrengen? Dan is de enige manier ervoor te zorgen dat de ontvanger geen mogelijkheid heeft om afgeleid te raken door andere informatie' (p. 110). Gelukkig voegt hij hier direct een tip aan toe: bestudeer computerspelletjes! Kijk eens hoe de ontwerpers van die spelletjes te werk gaan: 'Direct positieve feedback geven op de prestaties en verschillende levels aanbieden om de gebruiker te motiveren een level verder te komen, waar van alles nieuws en moois wordt beloofd.'

Dit boek begint met het luiden van de noodklok: crisistijd! We gaan ten onder aan een overvloed aan informatie! In korte, gemakkelijk leesbare stukjes vertelt de auteur wat psychologen weten over het onderwerp 'aandacht'. Met aardige voorbeelden en samenvattingen van experimenten houdt hij vervolgens onze aandacht vast. Het idee van crisistijd wordt gaandeweg flink gerelativeerd. Vroeger – om een voorbeeld te geven – kregen docenten te maken met studenten die verveeld uit het raam stonden. Tegenwoordig kijken ze telkens op hun smartphone. De kunsten die docenten moeten uithalen, verschillen niet zo erg veel van die van vroeger. Eigenlijk hebben ze het tegenwoordig gemakkelijker, want ze kunnen hun studenten met hun eigen middelen verslaan door tijdens de les allerlei grappen met elektronische apparatuur uit te halen.

De belangrijkste boodschappen in dit boek lijken van alle tijden. Om verveling tegen te gaan, moeten we voor afwisseling zorgen. Maar om een taak goed af te ronden, is het verstandig wat langer achter elkaar met hetzelfde bezig te zijn. Korte pauzes zijn daarbij zinvol. Je hoeft niet altijd in stilte te werken. Achtergrondmuziek houdt de concentratie op peil, mits die muziek weinig opwindend is. Kantoortuinen zijn een ramp, omdat we daarin veel te gemakkelijk en veel te vaak worden afgeleid. Gebruik van mobiele telefoons in het verkeer moet sterk worden afgeraden. Maar ook vroeger was het knap lastig om fietsend een boek te lezen.

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



Prins op een missie

De 7 doodzonden van de psychologie:

pleidooi voor een cultuuromslag in de wetenschappelijke praktijk

Door Chris Chambers (2018)

Schiedam: Scriptum, 302 p.

Recensent: Eric-Jan Wagenmakers

Op 11 september 2001 betoogde Diederik Stapel tijdens zijn inaugurele rede dat de sociale psychologie wetenschappelijk hoog aangeslagen moet worden: 'De natuurkunde mag zichzelf dan tot koning hebben gekroond, de sociale psychologie is de koningin.'

Dit beeld van de psychologische wetenschap als onfeilbare bron van kennis keert ook terug bij Nobelprijswinnaar Daniel Kahneman. In zijn bestseller *Thinking, Fast and Slow* uit 2011 prijst Kahneman het psychologisch onderzoek naar het fenomeen priming. Een beroemd voorbeeld van priming is dat mensen langzamer zouden gaan lopen nadat ze woorden hebben gelezen zoals 'grijs' en 'rollator'; deze woorden activeren het concept 'bejaarde' en dat concept is op zijn beurt weer geassocieerd met langzamer lopen. Kahneman is danig onder de indruk van dit type onderzoek, maar in mijn ervaring kunnen wetenschappers vaak hun lachen niet inhouden als ze ermee worden geconfronteerd. Wellicht deelt Kahneman deze ervaring, want hij schrijft: 'Wanneer ik priming experimenten bespreek dan reageert het publiek vaak met ongeloof (...). Maar het idee waar je je op moet richten is dat ongeloof geen optie is. De bevindingen zijn niet verzonnen, en het zijn geen statistische toevalstreffers. Je hebt geen andere keuze dan om te accepteren dat de conclusies van deze experimenten waar zijn' (pp. 56-57, mijn vertaling).

Kritiek op de status quo werd destijds niet gewaardeerd. Toen een hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam ooit suggereerde dat bepaalde psychologische vakgebieden maar beter met een

bulldozer gelijk gemaakt konden worden, werd hij weliswaar niet ontslagen, maar moest hij wel ten overstaan van zijn beledigde collega's diep door het stof. Majesteitsschennis!

ONGELOOF

Zelden in de geschiedenis van de wetenschap is hoogmoed voorafgegaan aan een meer plotselinge en meer beschamende val. Diederik Stapel bleek zijn hele academische carrière ongestraft gegevens te hebben verzonnen. En uit het volledige priming-hoofdstuk van *Thinking, Fast and Slow* is naar mijn weten nog geen enkel experiment succesvol gerepliceerd: ongeloof bleek dus wel degelijk een optie. In de huidige psychologische literatuur maakt de bulldozer, samen met de bazooka en de bommenwerper, inmiddels deel uit van een geaccepteerde reeks maatregelen om de geleden wetenschappelijk schade ongedaan te maken en het gedeukte vertrouwen te herstellen.

Hoe heeft dit allemaal kunnen gebeuren? Waarom is veel psychologisch onderzoek niet repliceerbaar? Houden psychologen zichzelf en elkaar voor de gek? En vooral: hoe moeten we nu verder, en hoe kan het beter? Wie een antwoord wil op deze prangende vragen, raad ik aan om het boek van cognitief neurowetenschapper Chris Chambers te lezen. Chambers, van origine Australiër en verbonden aan Cardiff University, is een man met een heilige missie: het bestrijden van de wetenschappelijke misstanden en vooroordelen die leiden tot betekenisloze resultaten, verwarde wetenschappers en een vervuilde literatuur.

Als de data van afdoende kwaliteit zijn en de analyse wordt uitgevoerd zoals gepland, wordt het artikel gepubliceerd, onafhankelijk van de resultaten of hun statistische significantie

In de eerste zeven hoofdstukken van zijn boek schetst Chambers in klare taal één voor één de verschillende doodzonden: bias, verborgen flexibiliteit, onbetrouwbaarheid, data hoarding, corrupteerbaarheid, geslotenheid, en bonen tellen. Deze hoofdstukken zijn stuk voor stuk ontvullend, en soms zelfs deprimerend, maar mijn inziens verplichte kost voor de moderne psycholoog – en voor de moderne empirische wetenschapper in het algemeen.

Gelukkig is het boek zeker niet alleen een klaging. In hoofdstuk 8, 'Verlossing', doet Chambers namelijk een concreet, eenvoudig voorstel voor radicale verbetering: de 'Registered Report'-formule. In een Registered Report dient de wetenschapper eerst bij een tijdschrift een gedetailleerd voorstel in voor een experiment. Dit voorstel, inclusief analyseplan, wordt vervolgens beoordeeld door collega's (peer review). Als het plan – eventueel na aanpassing – uiteindelijk is goedgekeurd, krijgen de auteurs een 'principle-acceptatie'. Daarna pas wordt het experiment daadwerkelijk uitgevoerd. Als de data van afdoende kwaliteit zijn en de analyse wordt uitgevoerd zoals gepland, dan wordt het artikel gepubliceerd, onafhankelijk van de resultaten of hun statistische significantie.

HOOP

De Registered Report-formule kent talloze voordelen: het elimineert publicatiebias, het elimineert *hindsight* bias ('wijsheid achteraf'; zowel van de auteurs als de collega-beoordelaars), het waarborgt de zin van de statistische analyse, en het zorgt ervoor dat confirmatieve hypothesetoetsen scherp onderscheiden kunnen

worden van exploratieve zoektochten, precies zoals het Adriaan de Groot (1914-2006), de vader des vaderlands van de methodologie, al voor de geest stond. Met andere woorden: de publicatie van een artikel wordt enkel bepaald door de kwaliteit van het uitgevoerde werk – de hypothese, het experimentele design – en niet door de uitkomst. Op deze wijze wordt voorkomen dat tijdschriften en auteurs bewust of onbewust de krenten uit de pap vissen en daarmee de lezer een rad voor ogen draaien. Sinds 2013 heeft Chris Chambers zijn Registered Reports onvermoeibaar onder de aandacht gebracht, en inmiddels bieden meer dan 140 tijdschriften (waaronder *Nature: Human Behaviour*) de formule aan.

Al met al is er dus reden tot hoop. Wellicht had Diederik Stapel toch gelijk en was de psychologie inderdaad de koningin van de wetenschap – maar dan de ijdele, hooghartige koningin uit het sprookje van Sneeuwwitje, eentje die links en rechts niet-repliceerbare appels uitdeelde. En, net als in het sprookje, was dit niet het einde, want mede door preregistratie-prins Chris Chambers is de psychologie ontwaakt uit haar lange sluimer. Inmiddels is de door Chambers zo gewenste cultuuromslag in volle gang; door schade en schande wijs geworden, speelt de psychologie op dit gebied nu een voortrekkersrol. En dat is iets om trots op te zijn.

Prof. dr. Eric-Jan Wagenmakers is hoogleraar Mathematische Psychologie aan de Universiteit van Amsterdam en de Rijksuniversiteit Groningen. E-mail: ej.wagenmakers@gmail.com.



Organisaties als patiënt

Verandermanagement veranderd: 18 populaire veranderideeën getoetst

Door Wouter ten Have, Anne-Bregje Huijsmans, Maarten Otto en

Steven ten Have (2018)

Amsterdam: Boom, 272 p.

Recensent: Karel Soudijn

Wat is voor organisatieadviseurs de ideale beroepsgroep om zichzelf mee te vergelijken? De auteurs van dit boek spiegelen zich aan geneeskundigen, maar ze vrezen dat hun vak tot nu toe meer lijkt op alternatieve dan op reguliere geneeskunst. Reguliere artsen werken evidence based, terwijl hun alternatieve collega's zich oriënteren op overlevering. Populaire boeken over het veranderen van organisaties, zo wordt hier gesuggereerd, bevatten vaak weinig meer dan de wijsheden van managementgoeroes. Die literatuur is eminence based. Te makkelijk overschatten we de waarde van de woorden van eminenties.

Ten Have, Huijsmans, Otto en Ten Have hebben met behulp van anderen de vakliteratuur doorgespit. Eerst is op het gebied van organisatieverandering een flink aantal bestsellers bij elkaar gebracht. Vier onafhankelijke beoordelaars namen vervolgens 54 bronnen door. Ze moesten de 'meest relevante aannames en aanbevelingen' definiëren en opsommen. Vervolgens vond een discussie plaats, die tot achttien stellingen leidde. Daarna volgde een zoektocht in peer-reviewed tijdschriften. Voor elke stelling werd gezocht naar hard bewijs. De detectives werkten van breed naar smal. Eerst vertaalden zij een stelling in trefwoorden waarmee publicaties konden worden verzameld. Dit leidde telkens tot honderden artikelen die op hun beurt weer werden gezeefd. Meestal bleef er dan een heel klein aantal publicaties over om nauwkeurig te analyseren. Vaak bestond dat kleine aantal uit enkele meta-analyses waarin toch weer een groter aantal onderzoeksverslagen stond samengevat. Om conclusies te trekken, lieten de onderzoekers vooral op 'niveaus van bewijskracht'. Aan gerandomi-

seerd en gecontroleerd onderzoek (zeldzaam) kenden zij een veel hogere waarde toe dan bijvoorbeeld aan voor- en nametingen zonder randomisatie. In de bespreking van elke stelling werden conclusies ten slotte vertaald in praktische aanbevelingen.

Dit boek haalt wijsheden van goeroes onderuit. Neem de volgende stelling: 'Zonder gevoel van urgentie veranderen mensen niet'. Die stelling wordt niet ondersteund door wetenschappelijk onderzoek. Dus, schrijven de auteurs, 'managers zouden dan ook aangespoord moeten worden geen kunstmatige crisis te veroorzaken om verandering af te dwingen'. Soms wordt een stelling wél bevestigd op basis van research. Dat is bijvoorbeeld het geval bij: 'Vertrouwen in de leider is noodzakelijk voor succesvolle verandering'.

Achttien onderzochte stellingen, dat lijkt heel wat. Slimme inzichten voor de praktijk van organisatieadviseurs lijken er helaas slechts in zeer geringe mate aan te ontlenuen. Verandermanagement blijft voorlopig het zusje van alternatieve geneeskunde. De auteurs van dit boek hebben heroïsch werk verricht door op zorgvuldige wijze ballonnen door te prikken, maar ze laten hun lezers met een raadsel achter. De vier schrijvers zijn of waren verbonden aan hetzelfde adviesbureau. Hoe dat bureau precies werkt, krijgen we niet te lezen. Als dit bureau slechts kan beschikken over een gering aantal evidence based inzichten, dan is het voor opdrachtgevers interessant te weten hoe goeroe-gericht zij zelf in hun dagelijkse praktijk werken. Hoe naaien zij ons, volgens hun eigen opvattingen, nu een oor aan?

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

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

“Ik gun iedere school een schoolpsycholoog”

Steeds meer scholen doen een beroep op een schoolpsycholoog. “Een goede ontwikkeling”, vindt hoofdopleider Helen Bakker van de tweejarige postacademische opleiding tot schoolpsycholoog.

De opleiding is ontwikkeld op initiatief van het NIP, bestaat nu tien jaar en het aantal aanmeldingen groeit nog steeds.

Helen Bakker is al tien jaar de drijvende kracht achter de opleiding. Zij richtte de opleiding destijds op met Margot Taal en is nog altijd hoofdopleider naast haar baan als Universitair hoofddocent aan de Universiteit Utrecht. Het NIP heeft de opleiding erkend voor registratie als Kinder- en Jeugdpsycholoog. Zo'n 230 psychologen en (ortho) pedagogen hebben de opleiding inmiddels gevolgd. In Amsterdam start jaarlijks een groep bij RINO en in Nijmegen tweejaarlijks een groep bij RCSW.

Het onderwijsveld is heel divers. Schoolpsychologen werken in regulier basis- en voortgezet onderwijs, in (voortgezet) speciaal onderwijs en beroepsonderwijs, zoals mbo en hbo. Ook werken ze binnen samenwerkingsverbanden, onderwijsadviesdiensten of schoolbesturen. Tijdens de opleiding nemen de studenten een kijkje in elkaars keuken en leren ze ook veel van elkaar. “Het uitwisselen van die praktijkervaring is heel leerzaam”, ziet Helen Bakker.

De een heeft al veel ervaring met en specifieke deskundigheid over kinderen met ontwikkelingsstoornissen, terwijl de ander veel met de jeugdhulp samenwerkt, of teamscholingen verzorgt. “Die specifieke deskundigheid voegt veel toe aan de diepgang van de opleiding.”

Tijdens de opleiding leren toekomstige schoolpsychologen om goed in en met het systeem te werken rondom het kind. Zij doen (verdiepte) kennis op over wat werkt in het onderwijs (op grond van wetenschappelijke evidentie), en leren hoe je goed samenwerkt met schoolbesturen, leraren, ouders en jeugdhulpverleners. Naast al die onderwijskennis, leer je ook hoe je organisaties of culturen kunt veranderen en hoe je kennis overbrengt op andere professionals. Die kennis van veranderkunde en organisatiekunde is bijvoorbeeld nodig als je nieuw

beleid op een school wilt invoeren of nieuwe leermethodes wilt introduceren.

Onderwijs loopt voorop

“Schoolpsychologen kunnen een brug vormen tussen onderwijs en jeugdhulp, vanwege hun deskundigheid over zowel leren, ontwikkeling en gedrag als van onderwijs en mentale gezondheid” geeft Helen Bakker aan. Het onderwijs loopt volgens haar voorop in het handelingsgericht werken, de handelingsgerichte diagnostiek en het samenwerken met zowel kind, gezin/opvoeders als leraren. Zij verwacht dat de rol van de schoolpsycholoog in de toekomst nog belangrijker wordt in het onderwijs. Die rol is breed en varieert van het adviseren over het bieden van passend onderwijs tot het vroegtijdig signaleren van problemen in en rond de school en begeleiden bij de oplossing.

“In het onderwijs werken veel meer ontwikkelingspsychologen en orthopedagogen dan de 230 gediplomeerde schoolpsychologen”, benadrukt Bakker. De voormalige NIP-sectie Schoolpsychologen (nu actief als werkgroep van de sectie Jeugd) telde maar liefst 1.200 leden. En dat is goed nieuws, want: “Ik gun iedere school een schoolpsycholoog!”.

INTERESSE IN DE OPLEIDING?

Bekijk het filmpje en de folder over de opleiding Schoolpsychologen op psynip.nl/ schoolpsychologen. Je vindt daar ook links naar de Handreiking Thuiszitters en het themadossier Passend Onderwijs. Of kom naar het Schoolpsychologencongres op 22 maart: www.schoolpsychologencongres.nl/

MONIQUE ROOK NIEUWE DIRECTEUR NIP



Het Algemeen Bestuur van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) benoemt Monique Rook per 18 maart 2019 tot haar nieuwe directeur. Zij volgt Jasper ten Dam op, die de afgelopen 8 maanden als ad interim directeur bij het NIP betrokken was. Jasper ten Dam combineerde deze werkzaamheden met zijn directeurspositie bij Jellinek.

Vera Naber, lid van het Algemeen Bestuur, is verheugd over de komst van Rook: *'Het NIP heeft in Monique Rook een bevoegde directeur gevonden. Zij beschikt over relevante kennis en draagt een heldere visie voor de lange termijn uit. We hebben er alle vertrouwen in dat Monique Rook over de juiste kwaliteiten beschikt om het NIP goed te vertegenwoordigen.'*

'Ik zie er naar uit te starten bij het NIP en samen met de deskundige collega's van het verenigingsbureau nog méér de verbinding aan te gaan met de leden', zegt Monique Rook. *'Een zichtbaar NIP dat de belangen van alle psychologen goed vertegenwoordigt en waarmee we samen met de leden de beroeps-groep versterken.'* Monique heeft meer dan 20 jaar werkervaring in diverse sectoren en functies in de gezondheidszorg en werkte hiervoor bij Altrecht GGZ als manager in de zorg en bestuurssecretaris/manager bestuursbureau.



Juliëtte Hutten ontvangt Scriptieprijs

De sectie Forensische Psychologie van het NIP wil wetenschappelijk onderzoek stimuleren en organiseerde daarom een scriptiewedstrijd. Voorzitter van het NIP, Jeroen Muller, reikte de *Scriptieprijs Forensische Psychologie* uit aan Juliëtte Hutten tijdens het lustrumcongres.

In totaal werden vier scripties genomineerd (zie kader). Peter Braun van De Pompestichting, Sebastiaan van Luik van De Boog en Udo Nabitz van Arkin beoordeelden de scripties. De scriptie van Juliëtte Hutten won overtuigend met 127 punten. Voor haar studie aan de Universiteit van Amsterdam deed Juliëtte onderzoek onder 431 cliënten bij De Waag. Ze presenteerde haar bevindingen in een korte pitch aan de zaal met 330 congresbezoekers.

De jury vond de scriptie van Juliëtte van hoog niveau. Het onderzoek levert bovendien belangrijke resultaten op over dropouts in de ambulante forensische zorg. "Het lukt de studente om een complex onderzoek, gebaseerd op ROM-data met geavanceerde statistische analyses, wetenschappelijk verantwoord uit te voeren en helder op te schrijven."

DE GENOMINEERDEN

- **Juliëtte Hutten - Universiteit van Amsterdam: 127 punten**
Dropout in Outpatient Forensic Mental Health Care
- **Dieuwertje Wiesman - UvA: 114 punten**
Traumatic brain injury in a Dutch forensic psychiatric population and the relation with violent crime: A multiple mediation model of reactive and proactive aggression
- **Iris van Elst - UvA: 106 punten**
De toegevoegde waarde van beschermende en neuropsychologische factoren op de voorspelling van recidive (SAPROF)
- **Robin Jansen - Tilburg University: 106 punten**
Voorspellende waarde van schema modi ten aanzien van antisociale persoonlijkheidstoornis en het risico op gewelddadig gedrag

Sectie A&O legt verbinding tussen wetenschap en praktijk



Op Valentijnsdag organiseerde de sectie A&O een Wetenschapsdiner in Hotel Karel V in Utrecht. Het sectiebestuur ging deze avond in gesprek met 15 A&O-wetenschappers over een gezamenlijke focus in het verstevigen van de kwaliteit in ons vakgebied én het nog beter kunnen inspringen op de veranderende betekenis van werk in de wereld.

Paul Kop, voorzitter van de sectie A&O, deelde zijn visie: "Wij hebben een douche met wetenskapskennis nodig om ons vakgebied te ontwikkelen en te innoveren." En opende vervolgens de avond met de vraag: "Willen jullie ons helpen ons vak weer stevig op de kaart te zetten?".

Kwalitatieve kennis is voor de hele keten van belang

Alle aanwezigen onderschrijven deze urgentie. De wereld verandert en daarmee ook de betekenis van werk. Van mensen wordt verwacht dat ze zich een leven lang ontwikkelen. Hoewel de belangen in wetenschap en praktijk op bepaalde vlakken verschillen, is het uiteindelijke doel hetzelfde: om in te spelen op trends en te blijven innoveren is nieuwe kennis nodig, kwalitatieve kennis uit ons totale vakgebied!

Het NIP pleit daarom voor een tweejarige postmaster-opleiding voor A&O-psychologen na hun studie, alsmede het een leven lang op peil houden van opgedane kennis. Hiervoor is het A&O-register in het

leven geroepen. De wetenschap wil daarbij dat kennis wordt bewaakt. Bijvoorbeeld door goede wetenschapsjournalistiek en het wetenschappelijk onderbouwen van testen voordat ze gebruikt worden in de praktijk. Tijdens het diner ontstond de suggestie voor een NIP-Academy. Dit kan het register mede tot een hoger plan te tillen.

Begin met zichtbaarheid van ons vakgebied

Volgens alle aanwezigen is het delen van succesvolle (praktijk)voorbeelden van samenwerking, 'jouw krenten uit de pap', en het gezamenlijk sturen op een stevige en betere positionering van ons vakgebied

een goede eerste stap. "Met de 'kleurenterreur' breng je bedrijven niet vooruit, daarvoor moet 'echte', op wetenskapskennis gefundeerde, psychologie goed op het vizier zijn."

Primeur!

Deze avond werd de intentie tot samenwerken niet alleen uitgesproken naar elkaar, maar ook bestendigd door het ondertekenen van een intentieverklaring.

VISIE OP BURN-OUT

Een mooi voorbeeld van samenwerking vond al plaats op 28 januari 2019. Met vijf A&O-hoogleraren sprak de sectie A&O over burn-out. De input van Tinka van Vuuren, Fred Zijlstra, Jac van der Klink, Wilmar Schaufeli en Arnold Bakker is de basis voor een visie waar de sectie A&O de komende tijd aan werkt.

MEEDENKEN EN MEEDOEN?

Heeft u ook ideeën om wetenschap en praktijk beter met elkaar te verbinden? Of voorbeelden van succesvolle samenwerkingen? We nodigen u bij deze van harte uit om met ons het gesprek aan te gaan. Of wilt u meer weten over de in gang gezette beweging? Neem dan contact op met sectieao@psynip.nl.

VACATURE

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. Voor het bestuur zijn wij op zoek naar een:

VOORZITTER ALGEMEEN BESTUUR

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:

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

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.

VERANTWOORDELIJKHEDEN VOORZITTER ALGEMEEN BESTUUR:

- Het NIP als boegbeeld van de organisatie vertegenwoordigen in contacten met derden;
- Het verbinden van de secties en het AB door het bewaken van een participatieve beleidscyclus;
- Het voorzitten van de bestuursvergaderingen, gemiddeld 6x per jaar (middag);

- Het bijwonen van de Ledenraadvergaderingen, gemiddeld 4x per jaar (avond);
- Op verzoek participeren in commissies of werkgroepen.

BELANGRIJKSTE COMPETENTIES:

- *Integer • Visionair • Omgevingsbewust • Onafhankelijk*
- *Leider • Creatief • Accuraat • Besluitvaardig • Overtuigend*
- *Zelf reflecterend • Verbindend*

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;
- u heeft voldoende tijd beschikbaar (ongeveer 4 uur per week);
- het betreft een functie op vrijwillige basis, met een vaste bestuurs-, en reiskostenvergoeding.

INFORMATIE EN SOLLICITATIE

Geïnteresseerden kunnen een cv met motivatie uiterlijk **31 maart 2019** versturen naar bestuur@psynip.nl. Vermeld hierin tevens bij welke sectie binnen het NIP u staat ingeschreven. Meer informatie over het NIP vindt u op: www.psynip.nl. Contactpersoon is Suzanne Muskens, voor eventuele vragen te bereiken via bestuur@psynip.nl.

*Acquisitie naar aanleiding van deze vacature
wordt niet op prijs gesteld.*

REAGEREN
UITERLIJK
31 MAART 2019



Opleiding
De psychologie van het lichaam
bron: annet van laar

1^{ste} Module: 6-daagse Masterclass Lichaamswijsheid herkennen en toepassen

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

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

Start: 18 april 2019

Locatie: Conferentiecentrum te Werkhoven, (Utrecht)

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

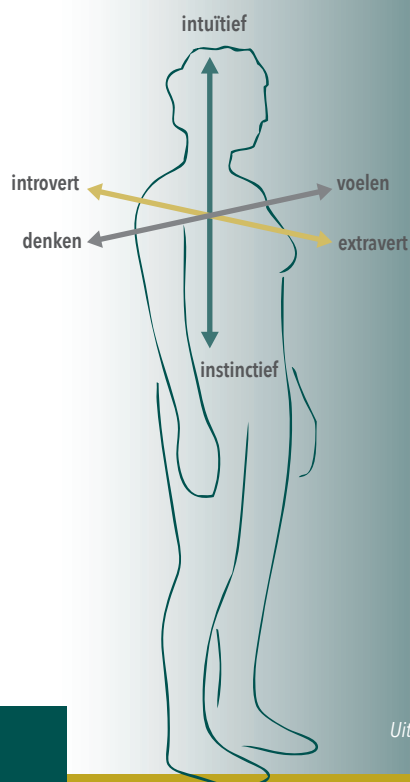
2^{de} Module: 6-daagse Masterclass 7-kwaliteitenpalet®

3^{de} Module: 6-daagse Masterclass BodyMindScan®

Introductieworkshop Lichaamsdiagnostiek

20 mei 2019 van 19.00 - 21.30 uur

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



verticale as
je neemt informatie op:
hoog - laag

horizontale as
je verwerkt en
interpreteert informatie:
links - rechts

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



Uit: "Van binnen weet je alles"

Informatie info@depsychologievanhetlichaam.nl
www.depsychologievanhetlichaam.nl

Cenzo zoekt:

GZ-psychologen én A&G-psychologen

Zelfstandig gevestigd maar niet alleen!

Voel jij je als zelfstandig gevestigd psycholoog kwetsbaar en ondervind je grote regeldruk, administratieve lasten, onzekerheden t.a.v. nieuwe veranderende wet- en regelgeving, eisen van zorgverzekeraars en onzekerheden ten aanzien van de continuïteit van je eigen praktijk?

Wij begrijpen je! En daarom ben je bij Cenzo wel zelfstandig gevestigd maar niet alleen!

Wij helen je welkom in een warm team met leuke collega's waarbij jij je zelfstandigheid behoudt en je kunt richten op het verlenen van optimale zorg voor de cliënt in de GBGGZ vanuit je eigen praktijk. Daarnaast bieden we afwisselend werk in de bedrijfszorg.

Wij zorgen voor de zakelijke randvoorwaarden, zoals:

- Deskundigheidsbevordering • Contracten met zorgverzekeraars
- Samenwerkingsverbanden met verwijzers, bedrijven en arbodiensten
- IT-ondersteuning • financiële afwikkeling • acquisitiemateriaal



**WIJ ZIJN
LANDELIJK OP ZOEK
NAAR VERSTERKING
VAN ONSNETWERK!**

EN MET SPOED IN:

Almere, Amsterdam,
Groningen,
Zaandam, Breda,
Enschede e.o.,
Venlo e.o.,
Emmen.

**BENIEUWD
NAAR ONS AANBOD?**

Bezoek onze website
www.cenzo.nl
of bel
ons voor een
vrijblijvend gesprek op
020 - 344 50 47.

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



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

GELUKKIGE NEUROTEN

Bertus Jeronimus, onderzoeker bij de faculteit Gedrag- en Maatschappijwetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen. Jeronimus kreeg in 2018 een Veni-beurs voor zijn onderzoek naar gelukkige neuroten en wat we van hen kunnen leren.

Een van de aanleidingen voor zijn fascinatie voor neuroticisme, was een artikel dat Pim Cuijpers, hoogleraar Klinische psychologie aan de Vrije Universiteit van Amsterdam, in 2010 publiceerde. Daarin berekende Cuijpers dat een kwart van alle Nederlanders – degenen met de hoogste score op de neuroticismeschaal – de maatschappij miljarden kosten aan verzuimen en zorgkosten. (Cuijpers, 2010) Er is dus veel winst te behalen als deze groep geholpen kan worden wat steviger in de schoenen te staan.

‘Neuroticisme is de sterkste voorspeller voor alle vormen van psychopathologie en ook voor veel somatische klachten, vooral de medisch onverklaarde klachten,’ verklaart Jeronimus. ‘Iemand die hoog scoort op neuroticisme is kwetsbaar voor psychische problemen. En dan kunnen negatieve levensgebeurtenissen zoals het verliezen van een baan of de dood van je partner, de trigger zijn waardoor het fout gaat.’

Jeronimus hield zich ook tijdens zijn

promotie al bezig met neurotisisme. Wat hem opviel, was dat de focus altijd ligt op de negatieve kant: wat is er mis? Het gaat over de stoornissen en de klachten. Jeronimus: ‘Maar er is ook een andere kant, zoals een leuke partner, plezier in het leven, een leuke baan. Die factoren kunnen beschermen tegen het ontwikkelen van een psychische stoornis. Als we alleen maar focussen op de negatieve aspecten, en we negeren de andere kant, dan kunnen we nooit begrijpen hoe psychopathologie zich precies ontwikkelt.’

Tien procent gelukkig

Jeronimus was ook al betrokken bij het project HoegekisNL, een studie naar psychische klachten onder de Nederlandse bevolking. Daarin worden zowel de negatieve zaken, als ook de beschermende factoren gemeten. Uit dat onderzoek kwam naar voren dat zo’n tien procent van de neuroten zegt heel gelukkig te zijn. Jeronimus: ‘Ik vroeg me af waarin deze gelukkige neuroten verschillen van de ongelukkige. Als we daarachter

komen, kunnen we de kwart neuroten die nu zoveel problemen ondervinden, misschien laagdrempelig helpen.’

In zijn Veni gaat hij dit onderzoeken. Hij wil de gelukkige en ongelukkige neuroten met elkaar vergelijken. Zijn Veni-project bestaat uit drie studies. Het eerste is een dagboekstudie. Hiervoor maakt Jeronimus gebruik van de data uit het HoegekisNL-onderzoek. ‘Mensen hebben in dat onderzoek gedurende dertig dagen meerdere keren per dag een vragenlijst ingevuld. Ik wil kijken of mensen die hoger scoren op de neuroticismeschaal, andere dingen doen, denken of voelen in het dagelijks leven dan laag-neuroten. En vervolgens wil ik kijken of en hoe gelukkige en ongelukkige neuroten van elkaar verschillen.’

Als tweede wil hij een sociale netwerkstudie gaan doen. ‘Ik wil achterhalen hoe het sociale netwerk van gelukkige en ongelukkige neuroten in elkaar zitten en met wie zij veel tijd doorbrengen, zoals vrienden, buurtgenoten of collega’s?

VENI
VIDI
VICI



FOTO: GEERTJE KINDERMAN

Ga naar een punnikclub of neem een moestuintje

Dat idee komt voort uit tweelingstudies. Als eenenige tweelingen op het gebied van neuroticisme van elkaar verschillen, blijken ze vooral op sociaal vlak van elkaar af te wijken. Zo heeft de een bijvoorbeeld een partner of een groep vrienden en de ander niet. Die bevinding is nooit verder uitgediept, om de tweelingen in het onderzoek niet te overvragen. Jeronimus wil het nu verder gaan onderzoeken. Hij wil van zowel gelukkige als ongelukkige neuroten weten hoeveel goeie vrienden ze hebben en of er veel of weinig contact is met hen en met familie en buurtgenoten. 'Het is goed voorstelbaar dat ik in het sociale domein moet zijn om het geheim van de gelukkige neuroten te ontfafelen. Veel emoties, zoals schaamte en schuld, zijn sociaal van aard. Bovendien bleek uit mijn promotieonderzoek dat levensgebeurtenissen die te maken hebben met sociale stress – zoals scheiding, een partner of kind dat sterft, ruzies op het werk of in de familie – een toename van neuroticisme voorspellen.'

Daarnaast heeft hij een jaar of twee geleden een artikel gepubliceerd over mensen met angst- en depressiesymptomen. Een groep mensen zei toch gelukkig te zijn, ondanks de klachten (Bos, 2016). Er waren een paar voorspelers voor dat welbevinden, bijvoorbeeld het hebben van een huisdier, een leuke partner en zelfrelativerende humor. Jeronimus: 'Een leuke partner kun je niet afdwingen. Maar een huisarts kan wel adviseren een huisdier te nemen. En humor kun je je aanleren. Dit wordt ook wel *social prescription* genoemd. Geen pillen, maar het advies: ga naar een punnikclub of neem een moestuintje. Of doe elke dag iets voor een ander. Ook dat helpt, daar word je daadwerkelijk gelukkiger van. En voor neurotische mensen is het een zinnig advies, want ze doen het niet altijd vanuit zichzelf.'

In het derde deel van zijn Veni wil hij honderd gelukkige, honderd ongelukkige neuroten en honderd emotioneel stabiele mensen interviewen. 'Kwalitatief onderzoek staat niet hoog aangeschre-

ven in de wetenschapswereld. Zonde, want het kan een waardevolle aanvulling zijn,' zo stelt Jeronimus. 'Niet-academische deelnemers zijn wellicht minder talig en zullen vragenlijsten misschien anders invullen. Bovendien vertrouw ik er niet op dat ik achter mijn bureau alle dingen kan verzinnen die belangrijk zijn voor gelukkige neuroten. Het nadeel van een vragenlijst is dat je alleen antwoord krijgt op de vragen die je stelt. Ik ga mensen thuis interviewen, dat is laagdrempeliger en ik kan doorvragen.'

Waarom hij deze interviews pas als laatste gaat uitvoeren? Ze zullen veel nieuwe informatie opleveren... 'Zeker,' bevestigt Jeronimus. 'Maar de Veni is bedoeld om een tijdje je eigen onderzoek op poten te zetten. Daarna wil ik ermee verder en tijdens dit onderzoek krijg ik vast goeie ideeën. Met dit thema kun je een leven vullen.'

Cuijpers, P., Smit, E., Penninx, B. W., de Graaf, R., ten Have, M., & Beekman, A. T. (2010). Economic costs of neuroticism: a population-based study. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1086-1093.
Bos, E. H., Snippe, E., de Jonge, P., & Jeronimus, B. F. (2016). Preserving subjective wellbeing in the face of psychopathology: buffering effects of personal strengths and resources. *PloS one*, 11(3), e0150867.

Verschillende onderzoeken laten zien dat patiënten met anorexia nervosa vaak stemmen horen die hen dwingen om minder te eten en af te vallen. Dit wordt ook wel de 'Anorectic Voice' genoemd. Maar hoe zit dat bij patiënten met boulimia nervosa, vragen Greta Noordenbos en Cleo Rijkers zich af? In welke mate hebben zij last van het horen van kritische stemmen? Zijn er verschillen in de frequentie, duur en inhoud van het horen van kritische stemmen bij mensen met anorexia en boulimia nervosa?

THE ANORECTIC VOICE

INNERLIJKE KRITISCHE STEMMEN BIJ ANOREXIA EN BOULIMIA NERVOSA

INLEIDING

Eetstoornispatiënten zijn vaak extreem kritisch over zichzelf, hun gewicht en eetgedrag. Als ze niet kunnen voldoen aan hun zelf opgelegde eisen om af te vallen, evalueren ze dat als falen (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003). Sterke zelfkritiek is een van de meest voorkomende risicofactoren voor het ontwikkelen en in stand houden van een eetstoornis (Fennig, Hadas, Itzhaky et. al., 2008; Fairburn et al., 2003).

Hoewel Bruch reeds in 1978 wees op het voorkomen van innerlijke kritische stemmen bij patiënten met anorexia nervosa, wordt hier pas recent meer onderzoek naar gedaan (Broussard, 2005; Tierney & Fox, 2010; Noordenbos, Aliakbari & Campbell, 2014; Pugh & Waller, 2016). Uit deze onderzoeken blijkt dat eetstoornispatiënten vaak een innerlijke stem horen die ervaren wordt als een apart deel van zichzelf. In tegenstelling tot het horen van stemmen bij mensen met schizofrenie, die de stemmen ervaren als komend van buitenaf, worden de stemmen bij eetstoornispatiënten ervaren als komend vanuit hun eigen hoofd (Williams & Reid, 2012).

Bij de start van de eetstoornis wordt de stem ervaren als positief en als een 'vriend' die hen wil helpen om af te vallen, minder te eten en controle over hun gewicht te krijgen

(Tierney & Fox, 2010; Williams & Reid, 2012). Maar naarmate de eetstoornis voortduurt en ernstiger wordt, wordt die stem steeds negatiever, kritischer en dwingender. In de meest ernstige fase van de eetstoornis wordt de stem ervaren als een dictator die het eetgedrag compleet controleert (Bruch, 1980; Tierney & Fox, 2010; Noordenbos et al., 2014).

In 2014 is een kwantitatief onderzoek gedaan naar innerlijke kritische stemmen bij 74 eetstoornispatiënten die werden vergeleken met een gezonde controlegroep van 58 participanten (Noordenbos et al., 2014). Uit dit onderzoek bleek dat eetstoornispatiënten significant vaker innerlijke kritische stemmen hoorden dan de controlegroep. Verder bleek dat de frequentie van het horen van innerlijke kritische stemmen significant samenhangt met zelfkritiek en weinig zelfvertrouwen.

De meeste onderzoeken naar innerlijke kritische stemmen bij eetstoornissen zijn gedaan bij mensen met anorexia nervosa, waarbij vaak gesproken wordt van een 'Anorectic Voice' (Tierney & Fox, 2010; Pugh & Waller, 2016). Een uitzondering hierop is het onderzoek van Broussard (2005) naar de ervaringen van dertien vrouwen met boulimia nervosa die aangaven dat de innerlijke stem hen

dwong om hun eetbuien te compenseren. Ook in autobiografieën van mensen met boulimia nervosa wordt melding gemaakt van het horen van innerlijke kritische stemmen. Zo beschrijft De Rossi (2010) hoe de innerlijke stem haar aanmoedigt om zichzelf te belonen met grote hoeveelheden eten, terwijl Nottelman aangeeft hoe haar innerlijke stem haar zelfs na het eten van een kleine hoeveelheid voedsel dwingt om te gaan braken. 'Als je nu niet braakt, word je afschuwelijk dik' (Thijssen & Nottelman, 2010, p. 91).

Omdat er vrijwel alleen onderzoek gedaan is naar innerlijke kritische stemmen bij mensen met anorexia nervosa en er alleen behandelingen zijn die zich richten op het verminderen van de Anorectic Voice, is het wenselijk om meer onderzoek te doen naar innerlijke kritische stemmen bij mensen met boulimia nervosa. Als blijkt dat ook zij hier last van hebben en de stemmen hen dwingen om te compenseren, zal hier in de behandeling van mensen met boulimia nervosa aandacht aan besteed moeten worden.

In onderhavig onderzoek stonden de volgende vragen centraal: Hebben mensen met boulimia nervosa evenveel last van innerlijke kritische stemmen als mensen met anorexia nervosa, of zijn er significante verschillen wat betreft de frequentie, duur en inhoud hiervan? Hangt het horen van innerlijke kritische stemmen samen met zelfkritiek en is dit een onafhankelijke en valide voorspeller van het horen van kritische stemmen bij mensen met anorexia en boulimia nervosa?

METHODE

Voor dit onderzoek zijn participanten geworven bij drie centra voor eetstoornissen, namelijk Emergis in Goes, Amarum in Zutphen en Lentis in Groningen. Na toestemming van de onderzoekscommissies van deze drie instellingen werden vragenlijsten met daarin een toelichting en een toestemmingformulier uitgedeeld aan eetstoornispatiënten. Zij konden geheel vrijwillig en anoniem de vragenlijsten invullen, waarna ze deze in een gefrankeerde antwoord-envelop naar de onderzoekers konden terugsturen. Inclusiecriteria voor deelname aan dit onderzoek waren: (a) gediag-

nostiseerd zijn met anorexia of boulimia nervosa volgens de DSM-IV, (b) geen last hebben (gehad) van psychotische symptomen (c) schizofrenie (d) of hallucinaties.

In totaal stuurden 130 eetstoornispatiënten een ingevulde vragenlijst terug met een ondertekend toestemmingsformulier: 92 hadden anorexia nervosa en 38 boulimia nervosa. In totaal werden 44 patiënten uitgesloten van het onderzoek omdat ze de diagnose 'eetstoornis niet anderszins omschreven' (nao) hadden gekregen en daarmee niet duidelijk in te delen waren bij mensen met anorexia nervosa of boulimia nervosa.

INSTRUMENTEN De participanten kregen een vragenlijst over demografische kenmerken, gewicht en lengte, de diagnose, het begin, de duur en behandeling van de eetstoornis, ervaringen met het horen van innerlijke kritische stemmen en de volgende gevalideerde instrumenten: de *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q), de *Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Schaal* (FSCRS) en de *Psychotic Symptom Rating Schaal* (PSYRATS). Deze schalen worden hieronder nader beschreven.

De Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

De EDE-Q (Fairburn & Beglin, 1994) werd gebruikt om de eetstoornis te meten. De Nederlandse versie hiervan bevat 28 items over het eetgedrag in de afgelopen 28 dagen, waarop men kan antwoorden met een 0 voor 0 dagen tot een 6 voor alle 28 dagen. Een hoge score op de EDE-Q wijst op een grotere ernst van de eetstoornis. Uit onderzoek van Aardoom et al. (2012) bleek een hoge betrouwbaarheid van de EDE-Q met een Cronbach's α of .95 van een grote klinische steekproef en een gezonde controle groep.

De Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale (FSCRS)

De FSCRS (Clarke, Hempel, Miles & Irons, 2004) is ontwikkeld om zelfkritiek te meten. De FSCRS bevat 22 items met antwoorden op een 5-punts Likert Schaal, variërend van 1 (helemaal niet mee eens) tot een 5 (helemaal mee eens). In dit onderzoek werden twee subschalen gebruikt, namelijk *Inadequate Self and the Hated Self Scale* en de *Critical Self Scale*. De betrouwbaarheid van de FSCRS is hoog met een Cronbach's α van .91.

De Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS)

Participanten die aangaven dat ze ervaring hadden met het horen van innerlijke kritische stemmen werd gevraagd om

Sterke zelfkritiek is een van de meest voorkomende risicofactoren voor het ontwikkelen en in stand houden van een eetstoornis

TABEL 1. KENMERKEN VAN PATIËNTEN MET ANOREXIA NERVOSA (N=92) EN BOULIMIA NERVOSA (N=38)

	ANOREXIA	BOULIMIA		
	M (SD)	M (SD)	DF	T-TEST
Leeftijd	24.95 (8.30)	27.92 (9.63)	128	-1.77
Begin eetstoornis	16.58 (3.61)	16.32 (5.32)	128	0.34
Duur eetstoornis	8.02 (8.31)	11.80 (9.59)	38	-2.34*
Duur behandeling (in maanden)	5.78 (6.38)	3.25 (2.35)	55	1.44
BMI	17.46 (2.50)	21.73 (3.87)	119	-7.23*

de PSYRATS in te vullen. De PSYRATS is ontwikkeld door Haddock et al., (1999) en bevat 17 items over het horen van stemmen. Deze schaal bestaat uit twee subschalen over Auditieve Hallucinaties en Delusions. De PSYRATS wordt gezien als een bruikbare schaal om de ernst van de innerlijke kritische stemmen te meten en de mate waarin men daar last van heeft. In ons onderzoek werd gebruik gemaakt van de subschaal *Auditory Hallucinations* die bestaat uit 11 items over de duur, de frequentie, de luidheid en de locatie van innerlijke kritische stemmen. In ons onderzoek werd een Cronbach's α van .84 gevonden.

STATISTISCHE ANALYSES De data werden geanalyseerd met SPSS.20 waarbij een significantieniveau van $\alpha=.05$ werd gehanteerd. Alvorens de statistische analyses uit te voeren werden de assumpties voor het gebruik van verschillende testen gecheckt. Omdat de data niet normaal verdeeld waren en veel variabelen nominaal of ordinaal waren, werden non-parametrische testen gebruikt.

Om de verschillen in frequentie en duur van de innerlijke kritische stemmen te meten bij hypothese 1, werd een Mann-Whitney *U* test uitgevoerd bij item 44, 45, 47 en 48 van de PSYRATS, gevolgd door een Bonferroni-correctietoets. Daarbij werd de *p* waarde van .05 gedeeld door 4, wat een *p* waarde opleverde van .0125. Om de verschillen in de inhoud van de kritische stemmen bij mensen met anorexia en boulimia nervosa te meten, werd een inhoudsanalyse gemaakt van de antwoorden op de open vraag naar de inhoud van de stemmen. Deze antwoorden werden eerst volledig uitgeschreven en daarna onderverdeeld in de volgende zeven categorieën: eetgedrag, gewicht/uitendijk, persoonlijk functioneren, compensatiegedrag, beschuldigen, bestraffen en een restcategorie. De frequentie van de antwoorden werd berekend voor zowel de anorexia- als de boulimiagroep, waarna een Chi-square werd gebruikt om de verschillen in de mate van voorkomen te berekenen.

Om na te gaan of er een relatie is tussen het horen van innerlijk kritische stemmen en zelfkritiek werd een Kendall's Tau-b correlatie berekend voor de FSCRS. Ten slotte is nagegaan of zelfkritiek een valide en onafhankelijke voorspeller is van de mate waarin men last had van innerlijke kritische stemmen door een logistische regressie voor de items of FSCRS met zelfkritiek als voorspeller en de ernst van het horen van kritische stemmen als afhankelijke variabele uit te voeren.

RESULTATEN

KENMERKEN VAN DE PARTICIPANTEN In totaal werden 130 eetstoornispatiënten geïnccludeerd: 92 patiënten met anorexia nervosa en 38 patiënten met bulimia nervosa. De kenmerken van de anorexia en boulimia nervosa patiënten zijn weergegeven in tabel 1.

Tabel 1 laat zien dat beide groepen niet significant verschillen qua leeftijd, leeftijd ontstaan eetstoornis en duur in de kliniek. Wel hadden de anorexiapatiënten een significant lagere Body Mass Index (BMI) dan de boulimiapatiënten; deze laatste hadden een significant langere duur van de eetstoornis.

FREQUENTIE EN DUUR VAN INNERLIJKE KRITISCHE STEM In totaal 90,2% van de anorexiapatiënten en 89,5% van de boulimiapatiënten gaven aan dat ze innerlijke kritische stemmen hoorden. De percentages van de duur en frequentie van de innerlijke kritische stem staan weergegeven in tabel 2.

Een Mann-Whitney *U* test toonde aan dat frequentie van het horen van een innerlijke kritische stem niet significant verschilde bij de twee groepen ($U=1609.00$; $z=-.739$; $p=.46$, tweezijdig). Ook de duur van het horen van een innerlijke kritische stem verschilde niet significant tussen beide groepen ($U=1617.00$; $z=-.694$; $p=.49$, tweezijdig).

TABEL 2. PERCENTAGE VAN FREQUENTIE EN DUUR VAN HET HOREN VAN INNERLIJKE KRITISCHE STEMMEN BIJ ANOREXIA NERVOSA EN BOULIMIA NERVOSA

	ANOREXIA	BOULIMIA
	%	%
Frequentie		
Minder dan eens per week	0,0	0,0
Minstens een keer per week	2,5	0,0
Minstens een keer per dag	35,0	35,3
Tenminste een keer per uur	35,0	26,5
Vrijwel voortdurend	27,5	38,2
Duur		
Verschillende seconden	13,8	17,6
Verschillende minuten	43,8	32,4
Tenminste een uur	18,8	11,8
Verschillende uren	23,8	38,2

VERSCHILLEN IN INHOUD VAN DE STEM De inhoud van de innerlijke kritische stemmen werd onderzocht door een inhoudsanalyse te maken van de antwoorden op de vraag wat de stem tegen hen zei. Beide groepen gaven aan dat de stem hen vertelde dat ze bepaald voedsel niet mochten eten, dat ze teveel hadden gegeten of te dik werden. Er waren twee patiënten met boulimia nervosa die aangaven dat hun stem hen vertelde dat eten was toegestaan. De eerste patiënt schreef 'Eten geeft je rust en laat je beter voelen', terwijl de tweede patiënt aangaf dat de stem tijdens een eetbui zei: 'Nu maakt het niet meer uit hoeveel je eet'. Deze thema's werden niet gevonden bij anorexiapatiënten.

In totaal 27,91 % van de anorexiapatiënten gaf aan dat hun innerlijke kritische stem hen opdroeg om te compenseren door te sporten om calorieën te verbranden. Van de boulimiapatiënten gaf 55,6 % aan dat de innerlijke kritische stem hen dwong om na een eetbui over te geven.

RELATIE TUSSEN HET HOREN VAN EEN INNERLIJKE KRITISCHE STEM EN ZELFKRITIEK Een Kendall's tau-b toonde een positieve relatie aan tussen zelfkritiek en de ernst van het horen van een innerlijke kritische stem bij de totale groep eetstoornis patiënten ($\tau = .38$; $p < .01$, tweezijdig, $n = 73$). Voor zowel anorexia- als boulimiapatiënten was er een significante correlatie tussen zelfkritiek en de ernst van het horen van kritische stemmen ($\tau = .32$; $p < .01$, tweezijdig, $n = 53$ bij anorexia nervosa en $\tau = .51$; $p < .01$, tweezijdig, $n = 20$ bij boulimia nervosa).

Om te kijken of er een significant verschil was tussen beide groepen werd een Fisher's Z transformatie gebruikt. Daarvoor werd de Kendall's Tau geconverteerd naar een Pearson Rho (Walker, 2003). Het verschil tussen beide groepen bleek niet significant te zijn.

DISCUSSIE

Onderzoek naar het horen van innerlijke kritische stemmen bij mensen met een eetstoornis is van recente datum, waarbij de meeste artikelen gaan over het horen van stemmen bij mensen met anorexia nervosa (Tierney & Fox, 2010; Noordenbos et al, 2014; Pugh & Waller, 2016). Het doel van dit onderzoek was na te gaan of het horen van stemmen ook voorkomt bij mensen met boulimia nervosa en of er significante verschillen zijn met mensen met anorexia nervosa. Ook is nagegaan of het horen van stemmen samenhangt met zelfkritiek.

De demografische kenmerken van de 92 anorexiapatiënten en de 38 boulimiapatiënten verschilden niet significant van elkaar. Wel was het gewicht van anorexiapatiënten significant lager dan van boulimiapatiënten. Ook bleek de duur van de eetstoornis bij boulimiapatiënten significant langer. Mogelijk is dit het gevolg van het feit dat de kenmerken van boulimia nervosa minder zichtbaar zijn, waardoor mensen met boulimia nervosa minder snel in behandeling komen (Fairburn et. al., 2003).

Dit onderzoek liet zien dat zowel patiënten met anorexia als boulimia nervosa innerlijke kritische stemmen horen en

dat er geen verschil is in de duur en de frequentie daarvan. Dit resultaat komt overeen met de bevindingen van Broussard (2005) en van Tierney en Fox (2010). Wel was er een significant verschil in de inhoud van de innerlijke kritische stemmen, waarbij mensen met boulimia nervosa vaker stemmen hoorden die hen dwongen om na een eetbui te braken, terwijl mensen met anorexia nervosa vaker stemmen hoorden die hen dwongen om hun voedsel te beperken en gewicht te verliezen. Een vergelijkbaar resultaat werd gevonden in het onderzoek van Broussard (2005) en in de autobiografieën van De Rossi (2010) en Nottelman (Thijssen & Nottelman, 2010). De implicatie van dit onderzoek is dat er ook in de behandeling van mensen met boulimia nervosa aandacht moet komen voor het verminderen van innerlijke kritische gedachten en stemmen, omdat deze de eetbuïen en het daarop volgende compenserende gedrag in standhouden.

Uit dit onderzoek bleek eveneens dat het horen van innerlijke kritische stemmen positief samenhangt met zelfkritiek en dat er hierbij geen verschil was tussen patiënten met anorexia en boulimia nervosa. Ook bleek de mate van zelfkritiek een onafhankelijke en valide voorspeller te zijn voor de ernst van zowel anorexia als boulimia nervosa. Dit resultaat komt overeen met onderzoek naar de relatie tussen zelfkritiek en eetstoornissen (Shafran, Cooper, & Fairburn, 2002; Dunkley & Grilo, 2007). Ook Fennig et al. (2008) toonden aan dat zelfkritiek een belangrijke voorspeller is voor eetstoornissen. Shafran et al. (2002) stellen dat hoge mate van zelfkritiek vooral voorkomt bij mensen die sterk perfectionistisch zijn en hoge eisen aan zichzelf stellen.

De implicatie van onderhavig onderzoek is dat er meer aandacht moet komen voor zelfkritiek als risicofactor voor het ontwikkelen van een eetstoornis. Ook is het van groot belang om de behandeling te richten op het verminderen van zelfkritiek bij zowel mensen met anorexia nervosa als boulimia nervosa. In de recent ontwikkelde behandelmodule getiteld *Innerlijke kritiek bij eetproblemen. Op weg naar zelfacceptatie* door Noordenbos & ten Napel (2017) wordt daarom zowel aandacht besteed aan de reductie van kritische stemmen bij mensen met anorexia nervosa als bij mensen met boulimia nervosa.

Om te beoordelen of mensen met anorexia of boulimia nervosa na behandeling voldoende psychisch hersteld zijn, zal ook gekeken moeten worden naar de mate waarin ze nog last hebben van sterke zelfkritiek en kritische stemmen. Van psychisch herstel kan pas sprake zijn als mensen met anorexia en boulimia nervosa aan het einde van de behandeling niet meer voldoen aan het in de DSM-5 beschreven

criterium dat 'het lichaamsgewicht en de lichaamsvorm een onevenredig grote invloed hebben op het oordeel over zichzelf' (Zie criterium C voor anorexia nervosa en criterium D voor boulimia nervosa) (APA, DSM-5, 2013). Zolang dit namelijk wel het geval is, is de kans op terugval heel groot.

Dit is het eerste onderzoek waarin het horen van innerlijke kritische stemmen bij patiënten met anorexia en patiënten met boulimia nervosa is vergeleken. Daarbij was het aantal (130 participanten) substantieel hoger dan in eerdere onderzoeken. Zo was het aantal participanten in het onderzoek van Broussard (2003) slechts 13, terwijl Tierney en Fox (2010) 21 participanten hadden en Pugh en Waller (2016) 46 deelnemers.

De verdeling van anorexia- en boulimiapatiënten in ons onderzoek is representatief voor de verdeling van eetstoornispatiënten in centra voor eetstoornissen, waarin meer mensen met anorexia nervosa behandeld worden dan mensen met boulimia nervosa. Omdat mensen met boulimia nervosa vaker een normaal gewicht hebben en daardoor minder gediagnosticeerd worden, komen ze ook minder vaak in behandeling (Smink, Hoek & Van Hoeken, 2012).

Een beperking van dit onderzoek is dat we in de diagnose van anorexia en boulimia nervosa geen onderscheid hebben gemaakt tussen verschillende subtypen zoals het restrictieve type en het bingeing purging type bij anorexia nervosa en het purgerende en niet purgerende type bij boulimia nervosa (DSM-5, 2013). Ook is geen onderzoek gedaan naar mensen met een eetbuistoornis. Bovendien was het aantal participanten in beide groepen nogal verschillend. Dit kan een negatief effect hebben op de power van het onderzoek (Cohen, 1988). Doordat het onderzoek is gedaan onder patiënten die werden behandeld in een centrum voor eetstoornissen, kan er sprake zijn van een selecte groep van meer ernstige eetstoornispatiënten en zijn de resultaten niet te generaliseren naar patiënten die niet behandeld worden. Ook is in dit onderzoek geen vergelijking gemaakt met andere psychiatrische patiënten die ervaring hebben met het horen van kritische innerlijke stemmen zoals bij schizofrenie het geval is.

In toekomstig onderzoek naar kritische stemmen is het wenselijk om meer mensen met boulimia nervosa te betrekken en na te gaan of mensen met een eetbuistoornis eveneens last hebben van het horen van innerlijke kritische stemmen. Daarbij is prospectief onderzoek wenselijk naar de ontwikkeling van innerlijke kritische stemmen. Ook is het van belang om onderzoek te doen naar de effectiviteit van behandelingen die gericht zijn op de reductie van kritische stemmen zoals de module van Noordenbos en Ten Napel

(2017). Daarbij kan ook gekeken worden naar het effect van antipsychotica bij mensen met ernstige anorexia nervosa die tegen het psychotische aanzitten.

CONCLUSIE

Dit onderzoek toonde aan dat ook mensen met boulimia nervosa last hebben van innerlijke kritische stemmen en dat er geen verschillen zijn tussen mensen met anorexia en boulimia nervosa wat betreft de frequentie en de duur van het horen van kritische stemmen. Wel was er verschil in de inhoud van de stemmen: bij mensen met boulimia nervosa was die meer gericht op compenseergedrag na een eetbui en bij mensen met anorexia nervosa meer op de restrictie van voedsel en afvallen.

OVER DE AUTEURS

Dr. Greta Noordenbos is senior onderzoeker en gastdocent bij de sectie Klinische Psychologie van de Universiteit Leiden. Cleo Rijkers is basispsycholoog bij PsyQ afdeling eetstoornissen in Den Haag. Correspondentie aangaande dit artikel via de eerste auteur: Noordenbos@FSW.Leidenuniv.nl.

Summary

INNER VOICES IN ANOREXIA AND BOULIMIA NERVOSA G. NOORDENBOS & C. RIJKERS

Hearing a critical inner voice is often found in anorectic patients, but what about bulimic patients? Do they also hear critical voices? In this study anorectic and bulimic patients are compared concerning self-criticism and hearing a critical inner voices. In a cross-sectional case-control design 92 anorectic and 38 bulimic patients participated. The following instruments were used: the Forms of Self-criticizing/Attacking and Self-reassuring Scale, the Psychotic Symptom Rating Scales and The Beliefs About Voices Questionnaire. Mann Whitney U tests and Kendall's Tau-b correlations and a logistic regression analysis were made in SPSS. Anorectic and bulimic patients did not differ in frequency and duration of hearing a critical inner voice, except for the content of the voice whereby bulimic patients reported more criticism about binges and compensating behavior. Self-criticism was significantly related to hearing a critical inner voice in both groups. Not only anorectic but also bulimic patients may hear an inner critical voice. More research is necessary to study how treatment can reduce self-criticism and hearing an inner voices.

Literatuur

- Aardoom, J.J., Dingemans, A.E., Slof Op't Landt, M.C.S. & Van Furth, E.F. (2012). Norms and discriminative validity of the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q). *Eating behaviors* 13, 305-309.
- Broussard, B.B. (2005). Women's experiences of bulimia nervosa. *Journal of Advanced Nursing* 49, 43-50.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- De Rossi, P. (2010). *Unbearable lightness: A story of loss and gain*. Simon and Schuster.
- Dunkley, D.M. & Grilo, C.M. (2007). Self-criticism, low self-esteem, depressive symptoms, and over-evaluation of shape and weight in binge eating disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 139-149.
- Fairburn, C.G. & Beglin, S.J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363-370.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C.G. & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *The British Journal of Psychiatry* 198, 8-10.
- Fennig, S., Hadas, A., Itzhaky, L., Roe, D., Apter, A. & Shahar, G. (2008). Self-criticism is a key predictor of eating disorder dimensions among inpatient adolescent females. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 762-765.
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N. & Faragher, E.B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29, 879-889.
- Kronmüller, K.T., von Bock, A., Grupe Büche, L., Gentner, N.C. et al. (2011). Psychometric evaluation of the Psychotic Symptom Rating Scales. *Comprehensive psychiatry*, 52, 102-108.
- Noordenbos, G., Aliakbari, N. & Campbell, R. (2014). The Relationship Among Critical Inner Voices, Low Self-Esteem, and Self-Criticism in Eating Disorders. *Eating disorders, The Journal of Treatment and Prevention*, 22, 337-351.
- Noordenbos, G. & Ten Napel, M. (2017) *Innerlijke kritiek bij eetproblemen. Op weg naar zelfacceptatie*. Boom Hulpboek, Amsterdam; Boom.
- Nottelman, M. & Thijssen, J. (2010). *Tweestrijd. Moeder en dochter in gevecht met anorexia nervosa*. Amsterdam: Van Gennep.
- Pugh, M. & Waller, G. (2016) The anorexic voice and severity of eating pathology in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 49, 622-625.
- Shafran, R., Cooper, Z. & Fairburn, C.G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
- Smink, F.R.M., Hoeken, D. & Hoek, H.W. (2012) Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14, 406-414.
- Tierney, S. & Fox, J.R. (2010). Living with the anorexic voice: A thematic analysis. *Psychology and psychotherapy: theory, research and practice*, 83, 243-254.
- Williams, S. & Reid, M. (2012). 'It's like there are two people in my head': A phenomenological exploration of anorexia nervosa and its relationship to the self. *Psychology & Health*, 27(7), 798-815.

DE PRIEMENDE OGEN VAN GRETA

In Amerika begint het begrip ingeburgerd te raken: *eco-anxiety*, chronische angst voor de gevolgen van de schade die wij mensen toebrengen aan het milieu. Sommige Amerikaanse psychoanalytici stellen dat een groot deel van de westerse bevolking er onbewust aan lijdt: 'We scheiden ons af van gevoelens die met de opwarming van de aarde te maken hebben, en creëren een muurtje van vergetelheid om ons mentale ongemak te verlichten,' aldus psychologe Molly Castelloe. Het is precies deze morele dissociatie waar de zestienjarige Zweedse milieuactiviste Greta Thunberg zo fel tegen ageert. 'Ik vind het vreemd dat mensen het ene zeggen en het andere doen,' vertelt ze in een interview. Op de middelbare school had ze eens een docent die de klas voorlichtte over de ernst van de klimaatcrisis en het belang van alledaagse maatregelen, zoals korter douchen en het licht uitdoen. Toch kondigt diezelfde leraar aan het einde van de les aan dat ze volgende week zelf – per vliegtuig – naar een bruiloft in New York zal gaan.

De rechtlijnige Greta, van wie bekend is dat ze aan het syndroom van Asperger lijdt, was in shock. Niet lang erna verviel ze in een ernstige depressie. 'We vernietigen de aarde, maar dat lijkt niemand echt iets te kunnen schelen.'

Zelf herinner ik me een neerslachtige periode uit het begin van mijn studententijd. Ik geloof niet dat die door eco-angst veroorzaakt werd, maar zoals wel vaker het geval is bij depressie werd mijn zicht op de lelijke kanten van het leven plotseling glashelder. Zo realiseerde ik me voor het eerst hoeveel water, elektriciteit en plastic ik dagelijks verbruikte, en begon ik steeds meer van uitlaatgassen te walgen. 'We zijn met z'n allen de planeet onleefbaar aan het maken, en hebben ons er blijkbaar al bij neergelegd dat we behoren tot de laatste generaties mensen op aarde.'

Dat besef was moeilijk te verdragen, en gaf me een schrijnend, machteloos gevoel. Het beviel me dan ook uitstekend toen de – met mijn depressie samenhangende – eco-angst zich gaandeweg weer gedeisd begon te houden. Autobezitters leken me niet langer criminelen, en in de supermarkt kocht ik weer zonder bezwaard gemoed allerlei plastic bakjes en zakjes met voorgesneden voedsel uit andere delen van de wereld. In de jaren die volgden stond ik alleen nog op mijn somberste momenten stil bij de milieuvervuiling en de opwarming van de aarde. Hoe gelukkiger ik was, des te beter ik het leerde te negeren.

Zijn milieuvergetelheid en klimaatcynisme dan de best mogelijke psychologische antwoorden op onze onderhuidse eco-angst? Lange tijd was ik geneigd dat te geloven. Totdat ik de priemende ogen van Greta Thunberg op me voelde branden, en me afvroeg of geluk wel het hoogst haalbare in het leven is. Is het niet belangrijker om cynisme te vermijden, en in lijn met je idealen te leven? Hebben Greta en haar aanhangers inmiddels niet bewezen dat dat mogelijk is? Brengt die houding misschien zelfs een eigen vorm van geluk met zich mee? Geluk je een goed mens te voelen, en in de toekomst te geloven – niet alleen die van jezelf, maar van de aarde.



Myrthe Meester

is filosoof en literatuurwetenschapper. Zij heeft een weblog met existentiële bespiegelingen: myrthemeester.com. E-mail: myrthe.meester@gmail.com.



Hiding behind the shine, Karin Arink (2013)

ESSAY

EEN CASUS UIT DE TRANSFERENCE FOCUSED PSYCHOTHERAPY

Mila Remijnsen beschrijft een behandeltraject vanuit de *Transference Focused Psychotherapy* (*Overdrachtsgerichte Psychotherapie*). Het betreft een complexe casus van een vrouw met chronisch ernstig zelfbeschadigend gedrag. Na een introductie van de casus gaat Remijnsen in op het behandelverloop. Uitgaande van de wisselwerking tussen klinische praktijk en vakliteratuur bespreekt ze de twee kernthema's: 'taal en mentaliseren' en 'functies van zelfbeschadigend gedrag'. 'Ik kan als psychotherapeut niet werken als ik me niet laat raken.'

Skin doesn't have roots, it peels away easy as paper

SYLVIA PLATH (1961), UIT HET GEDICHT: FACE LIFT

INTRODUCTIE CASUS

Lena¹ is bij de start van haar behandeltraject een getrouwde, kinderloze 53-jarige vrouw die sinds drie jaren niet meer werkt wegens psychische klachten. Haar werk binnen het bankwezen bood haar houvast en ze stelde hierbij hoge eisen aan zichzelf. Ze is vaker in behandeling geweest met enig doch beperkt effect, vaak met burn-outklachten als aanmeldredenen. Hierover vertelt ze dat ze meestal niet werkelijk deelde wat er in haar omging. Ze heeft problemen op het vlak van haar gevoelswereld, moeite met anderen nabij laten komen, ze is overwegend op haar hoede en reageert schrikachtig. Er is sprake van dissociatieve klachten en van chronisch zelfbeschadigend gedrag, bijvoorbeeld stukken huid wegnippen, haar huid schuren met schuurpapier, zich branden met een strijkijzer en haar huid snijden met bijvoorbeeld een stuk glas. Haar sociale netwerk is beperkt en ze is afhankelijk van haar partner die vanwege haar klachten vaak thuis werkt uit vrees dat Lena zich zodanig beschadigt dat haar leven in gevaar komt. Sinds drie jaren weet haar partner

van de psychische klachten die al jarenlang aanwezig zijn.

Kenmerkend is dat ze zichzelf beleeft als twee personen. Ze verwijst frequent naar deze delen van zichzelf. Ze weet echter dat anderen haar als één persoon beleven en dat haar huid ook één persoon omvat. Ze voelt zich niet verbonden met haar lichaam. Ze praat erover alsof het een voorwerp is dat niet met haar te maken heeft. Verder rapporteert ze soms de stem van een oudere vrouw te horen (geruststellend effect), een donker geklede man te zien (geruststellend effect), een jong huilend meisje te zien en bloed te zien (beangstigend effect). Ze kan goed onderscheid maken tussen datgene wat realiteit is en datgene wat haar beleving is.

In Lena's voorgeschiedenis is er sprake van traumatisering. In haar jeugd is ze langdurig ernstig mishandeld door haar oudere zus. Ze is bijvoorbeeld bewusteloos geweest en kon door de verwondingen soms niet naar school. Haar ouders wisten van de mishandeling en grepen niet in. Verder is ze tweemaal seksueel misbruikt door een volwassen familielid toen ze zeven en negen jaar oud was en eenmaal verkracht op haar twaalfde door meerdere adolescenten. Ongeveer dertig jaar geleden is de diagnose epilepsie gesteld en Lena is ingesteld op een anti-epilepticum. Van haar vijftiende tot twintigste is ze verslaafd geweest

aan cocaïne en tussen haar zeventiende en twintigste heeft ze zich geprostitueerd.

BEHANDELVERLOOP TIJDENS DE CONTRACT- EN BEGINFASE

Gedurende bijna twee jaren zag ik Lena tweemaal per week onder supervisie van een ervaren collega. Tijdens de contractfase besprak ik met haar onder meer hoe haar innerlijke problemen resulteren in problemen in contact met mensen. We zouden een intensieve behandelrelatie met elkaar aangaan. Binnen ons contact zou naar voren komen wat ook buiten de behandelkamer gebeurt. TFP heeft een duidelijk kader met afspraken omdat het moeilijk is deze dingen te voelen. Ik zou proberen te voldoen aan bepaalde afspraken en zij zou proberen te vertellen wat er in haar omging.

Zelf was ik me in deze fase bewust van mijn kant van het contract. Dit betekende onder meer dat ik bezig was met vragen als 'wil ik deze mevrouw meerdere jaren tweemaal per week zien?' en 'hebben we een klik?' Het gaf me een vrij gevoel prioriteit te maken van of ik me als persoon voldoende op mijn gemak voelde om adequaat te kunnen reflecteren. Als ik niet goed kan nadenken over mijn patiënt, gaat de kwaliteit van de behandeling achteruit. Tijdens de contractfase merkte ik dat ik Lena als mens mocht. Los van haar ernstige klachten vond ik haar

1 Het behandeltraject vond van 2015 tot 2017 plaats bij Centrum Intensieve Behandeling in Den Haag waar ik in opleiding was tot psychotherapeut. Dit stuk is tot stand gekomen met toestemming van patiënte Lena (niet haar echte voornaam).

onder meer gemotiveerd en intelligent.

Lena en ik gingen tijdens de contractfase in op verschillende specifieke thema's (onder meer op tijd komen, op tijd vertrekken, geen drugs), waarvan ik hier de afspraak rond zelfbeschadigend gedrag zal noemen. Ik legde aan Lena uit hoezeer het van belang was dat wat er in haar omgving aan bod kwam tijdens de sessies. Door zelfbeschadigend gedrag komen (onder meer) gevoelens tot uitdrukking in een handeling. Om de kans van slagen van de behandeling te vergroten, wilde ik de afspraak met haar maken dat ze haar uiterste best zou doen zichzelf niet te beschadigen. Er volgde geen enthousiaste instemming. Wat Lena als problematisch beleefde, was niet zozeer het zichzelf beschadigen; andere zaken stonden voor haar hoger op het lijstje van zaken waarvan ze hinder ondervond. Zelfbeschadigend gedrag ervoer ze hoofdzakelijk als een manier om verlichting te vinden wanneer ze overstuur was en het overzicht verloor. Lena begreep echter de rationale van de afspraak wel en realiseerde zich dat het moeilijker was om te delen wat ze voelde wanneer ze haar gevoelens reguleerde met behulp van zelfbeschadigend gedrag. We spraken verder af dat als ze zich niet aan deze afspraak had gehouden (en zichzelf toch beschadigd had), ze dit uit eigen beweging in de eerstvolgende sessie zou inbrengen, zodat we zouden kunnen onderzoeken wat er zich voorafgaand aan het zichzelf beschadigen had afgespeeld.

TRANSFERENCE FOCUSED PSYCHOTHERAPY

Transference Focused Psychotherapy (TFP) is een intensieve psychoanalytische psychotherapie die eind vorige eeuw is ontwikkeld door Otto Kernberg en de staf van het Personality Disorder Institute in New York. Als indicatiegebied omvat TFP grofweg de borderline persoonlijkheidsstructuur. De effectiviteit ervan, niet enkel in termen van symptoomreductie maar ook van de persoonlijkheidsstructuur, is in meerdere randomized controlled trials vastgesteld.

In de Zorgstandaard Persoonlijkheidsstoornissen is TFP opgenomen als één van de aanbevolen behandelingen bij de borderline persoonlijkheidsstoornis. Behandelaar en patiënt zien elkaar tweemaal per week gedurende twee, drie jaar. Beoogd wordt zowel de persoonlijkheidsstructuur als het gedrag van de patiënt te veranderen. Het doel van TFP is patiënten te helpen alle aspecten van hun binnenwereld te integreren zodat ze zichzelf en anderen beleven op een coherente, gebalanceerde wijze. In het hier en nu wordt de relatie tussen behandelaar en patiënt onderzocht, hierbij is er expliciet oog voor het non-verbale. TFP is ontstaan vanuit het object-relatieve denken. Zie voor een uitgebreide beschrijving Yeomans, Clarkin & Kernberg (2015).

De eerste behandelfase bij TFP is de contractfase en heeft betrekking op de totstandkoming van een behandelkader. Het woord 'contract' verwijst naar de afspraken die worden gemaakt tussen patiënt en therapeut over de minimale voorwaarden voor het op gang komen van een psychotherapeutisch proces. Het betreft de verschillende vormen van acting-out, die de patiënt hanteert om moeilijke en pijnlijke ervaringen buiten de bewuste beleving te houden, te beteugelen. Na de contractfase volgen de begin-, midden- en eindfase. De belangrijkste vaardigheid tijdens een TFP-behandeling is het meekijken met de patiënt, vooral hoe de patiënt de behandelaar ziet. Datgene wat de patiënt waarneemt, kan vervolgens onderzocht en verhelderd worden.

Het begrip 'dyade' is hierbij relevant en verwijst naar het rollenpaar waarin behandelaar en patiënt terechtkomen in combinatie met het verbindende affect. Tijdens een sessie komen vaak meerdere rollenparen voorbij. Deze komen naar voren in de behandelkamer omdat ze ook breder in het leven van de patiënt aanwezig zijn. De onbewuste activering van iemands belangrijkste dyades in relatie met de behandelaar wordt overdracht genoemd. De afweermechanismen bij de borderline persoonlijkheidsstructuur zijn georganiseerd rond het begrip 'splitsen'. Dat verwijst naar de kloof tussen een dyade met positief affect en een dyade met negatief affect. Beide dyades bestaan naast elkaar, maar zijn niet met elkaar in verbinding.

Door middel van de afspraken die in de contractfase werden gemaakt, kwam centraal te staan dat Lena zelf verantwoordelijk was voor haar veiligheid en gezondheid. Tijdens de contractfase kwam haar partner eenmaal mee zodat het behandelkader ook voor hem helder was. Nog steeds kon ze bij haar partner aankloppen als het

niet goed met haar ging, maar de verantwoordelijkheid voor haar leven lag in haar handen. Na een moeilijke periode was het niet makkelijk voor haar partner om een andere positie in te nemen. Hij maakte zich zorgen en werkte vaak thuis om preventief in de buurt te zijn, mocht het niet goed gaan. We maakten tijdens de contractfase

ook een crisissignaleringsplan met afspraken over wat Lena kon doen wanneer het niet goed ging.

Vervolgens ging de beginfase van start. Zowel verbaal als non-verbaal deelde Lena wat er in haar omging. Ik poogde woorden te geven aan de dyades die ik zowel vanuit het meekijken als vanuit mijn tegenoverdracht beleefde. Wat ik hieromtrent richting Lena verwoordde, was steeds een hypothese. Lena is immers eigenaar van haar binnenwereld. In de behandeling werden de ingrijpende ervaringen uit Lena's levensgeschiedenis gereactiveerd in de overdracht, bijvoorbeeld in de slachtoffer-daderdyade. Het zicht krijgen op en verdragen van haar eigen agressie waren van groot belang om greep te krijgen op haar zelfdestructie. Stap voor stap kwam aan bod hoe beangstigend afhankelijkheid, kwetsbaarheid en intimiteit voor haar waren.

TAAL EN MENTALISEREN

Zoals weergegeven door Fonagy et al. (1991) is het denken over zichzelf en anderen – mentaliseren – bij getraumatiseerde patiënten met een borderline persoonlijkheidsstructuur niet tot ontwikkeling gekomen. Mentaliseren gaat over het begrijpen dat de ander een eigen innerlijke wereld heeft en dat diens gedrag wordt gestuurd door motieven en intenties die we niet altijd en niet volledig kennen.

Als reden voor de niet op gang gekomen ontwikkeling noemen Fonagy et al. (1991) dat het onverdraaglijk is om zich een mentale voorstelling te maken van de mentale toestand van hun daders, vaak naasten, verzorgers of ouders. Op basis van gehechtheidsonderzoek blijkt dat het tot ontwikkeling komen van de psychische functie mentaliseren in sterke mate voorspeld wordt door een veilige hechting aan een ouder (figuur) (Deben-Mager, 2003).

Bij de start van de behandeling had Lena weinig woorden om haar binnenwereld weer te geven. Haar verbale uitdrukkingsvaardigheid was aanzienlijk maar ze was onvermogen op het vlak van mentaliseren. Ze werd zich tijdens de beginfase enerzijds bewust van de ontoereikendheid van haar taal, anderzijds merkte ze hoe ze vaak zelfs niet eens wist wat ze voelde. Aan bod kwamen haar lichaamssensaties, de afwezigheid ervan in bepaalde situaties en wat ze in het hier en nu in de behandelkamer opmerkte aan lichaamssensaties. Deze fase in de behandeling verliep langzaam. Ze zocht naar woorden die haar beleving weerspiegelden door bijvoorbeeld op internet een lijst met gevoelswoorden op te zoeken en te kijken welke mogelijk in de buurt kwamen van haar beleving. Het riep bij mij de associatie op van voor het eerst een gerecht proeven.

Nieuwsgierig en gefrustreerd zocht ze naar woorden die de lading dekten van haar lichamelijke gewaarwordingen. Binnen de therapie ontstond er een kader om samen te observeren en te zoeken naar wat aan haar beleving raakte.

Dit zoeken naar een eigen taal is een belangrijk voordeel van TFP. Ik heb in mijn loopbaan gewerkt vanuit diverse methodieken (en mengvormen) en ik heb gemerkt hoe patiënten in hun taal kunnen worden aangetast – zo beleef ik dat tenminste – door de behandelmethode waarmee ze in aanraking zijn gekomen. Wanneer iemand dan verschillende behandelingen achter de rug heeft, ontstaat er geregeld een 'taal' die bij mij als behandelaar een zekere verbazing en vervreemding oproept.

De taal uit haar geschiedenis nam Lena ook mee naar onze behandelrelatie. Ze had bij Centrum Intensieve Behandeling na haar intakegesprek ongeveer een jaar gewacht op diagnostiek naar de dissociatieve problematiek. Haar voormalig behandelaar sprak haar in deze periode ter overbrugging en had de hypothese dat er sprake was van een dissociatieve identiteitsstoornis. Bij het psychodiagnostisch onderzoek werd er een (low level) borderline vastgesteld. In de terminologie van DSM-IV werd er een persoonlijkheidsstoornis en een depersonalisatiestoornis benoemd. Er was geen sprake van dissociatieve amnesie en het realiteitsbesef was intact.

Als ik niet goed kan nadenken over mijn patiënt, gaat de kwaliteit van de behandeling achteruit

FUNCTIES VAN ZELF-BESCHADIGEND GEDRAG

Tijdens de behandeling werd duidelijk dat het zelfbeschadigend gedrag niet één maar diverse functies had. Binnen Lena's psychische dynamiek had het zelfbeschadigend gedrag zowel op de korte termijn een regulerend effect als op de lange termijn een in standhoudend effect. De volgende vijf functies van zelfbeschadigend gedrag staan niet los van elkaar maar overlappen en lopen in elkaar over:

1. Bick (1986) gaat in op hoe cruciaal de huid van een baby en diens primaire verzorgers is, hoe aanraken en vasthouden de meest primitieve manier is om delen van de persoonlijkheid van de baby samen te houden. Reeds vroeg in een mensenleven worden de blauwdrukken van kenmerkende interactiepatronen die verband houden met hechting geïnternaliseerd. Bij Lena leek er zich een gehechtheid aan zelfbeschadigend gedrag te hebben ontwikkeld. Zelfbeschadigend gedrag was in haar ontwikkeling een altijd aanwezige bron van troost geworden.

2. Ferenczi (1933) geeft het volgende aan over de dynamiek bij seksueel misbruikte kinderen. Dit is ook van toepassing op de dynamiek van andere patiënten. Hij schrijft hoe dwang een kind kan beroven van zijn zintuigen. Dat een kind uiteindelijk aan de wil van de agressor gehoorzaamt en zich identificeert met de agressor. Door identificatie met de agressor verdwijnt deze in de externe realiteit en wordt deze onderdeel van de intrapsychische

realiteit. Ferenczi benadrukt dat het in deze situatie problematisch is dat het kind geen bescherming ontvangt van een volwassene, meer bepaald een ouder(figuur). Dus niet enkel het trauma is ingrijpend maar met name dat men vervolgens klaarblijkelijk bij niemand terecht kon. Bepaalde manieren van Lena om zichzelf te beschadigen, zoals het zichzelf branden met een strijkijzer, riepen bij mij de associatie op van zichzelf bestraffen, van zich identificeren met een agressor.

3. Zelfbeschadigend gedrag was een manier om te beleven dat haar lichaam het hare was, als een teken van autonomie of een manier om controle te ervaren (over haar lichaam, over pijn). Ze was meer tevreden over een beschadiging als deze aan bepaalde criteria voldeed. Ze moest nog een tijd na de beschadiging pijn ervaren om zodoende herinnerd te worden aan haar daad. Een snel helende wond was een teleurstelling, haar genezende lichaam leek dan te bepalen wat er met haar gebeurde. Heel vaak kwam ter sprake dat ze haar geest ervoer als haar zelf en haar lichaam als een ander: steeds opnieuw de splitsing tussen lichaam en geest. Het besef en de beleving dat lichaam en geest één zijn, waren onverdraaglijk hoewel ze wist dat het zo was.

Ik heb deze splitsing geregeld beleefd als een cocon waarin ze

zich sinds jaar en dag had teruggetrokken. Als ze enkel een zelf had en geen lichaam (een onmogelijkheid), kon ze nooit in de kwetsbare positie van mishandeld persoon terechtkomen. Daarnaast verwoordde ze hoe ze verslaafd was aan de kick van het zichzelf schade toebrengen. Verslaving hangt samen met een gebrek aan controle. Lena had meegemaakt wat het betekent om verslaafd te zijn aan harddrugs. Wat kon ze wanhopig worden van geen uitweg weten met haar heftige gevoelens. Zelfbeschadigend gedrag fungeerde als een snelle fix.

4. De self-made fantasie die Lemma (2010) beschrijft, komt erop neer dat het zelf zich terugtrekt in de gedachte dat het zich kan herscheppen. Als een mens zichzelf kan scheppen (een onmogelijkheid), betekent dit dat deze niet afhankelijk is (geweest) van een ander. De fantasie van zichzelf scheppen kan zich vertalen in het veranderen van de huid, bijvoorbeeld littekenweefsel creëren, door middel van zelfbeschadigend gedrag. Als ware het een poging om zich het eigen lichaam toe te eigenen, een ritueel dat de overgang van de ene toestand naar de andere markeert.

5. Bloed en pijn kunnen worden gezien als zintuiglijke prikkels die de grens tussen binnen en buiten markeren. Biven (in Anzieu, 2016) beschrijft hoe het beschadigen van

*Stap voor stap kwam aan bod hoe
beangstigend afhankelijkheid, kwetsbaar-
heid en intimiteit voor haar waren*

Patiënten kunnen in hun taal worden aangetast door de behandelmethode waarmee ze in aanraking zijn gekomen

de huid een drastische zelfregulerende poging is om de grenzen van het lichaam te handhaven en om een gevoel van heelheid te herstellen. Zodoende resulteert het zelfbeschadigend gedrag in een tijdelijke afname van innerlijke chaos.

CONCLUSIE

Het TFP-kader hielp mij om bij de heftige problematiek een behandelplan vast te houden gericht op wezenlijke verandering. Mezelf laten raken ervaar ik als cruciaal aspect van mijn werk. Sterker: ik kan als psychotherapeut niet werken als ik me niet laat raken. Wat ik nodig heb om op deze wijze contact te maken, is een samenhangend theoretisch kader. En dat

kader hoeft uiteraard niet persé TFP te zijn.

Gedurende de bijna twee jaren dat ik Lena zag, nam haar zelfbeschadigend gedrag langzaam af in frequentie en ernst. Ze kreeg meer zicht op haar binnenwereld – onder meer op haar agressie – en ze sprak allengs nieuwsgieriger en in minder absolute bewoordingen. Ze beleefde zichzelf op het eind van het traject nog steeds als twee personen, maar ze gaf aan dat beide kanten van haar persoonlijkheid beter samenwerkten. Opvallend was dat beide kanten gedifferentieerder waren geworden.

Aan het einde van de behandeling sprak Lena overwegend vanuit de ik-persoon. Verder ontstond er meer ruimte voor de interactie

tussen ons. In de laatste maanden dat ik haar zag, startte ze met vrijwilligerswerk, een belangrijke stap waardoor ze meer in verbinding kwam met de wereld.

OVER DE AUTEUR

Mila Remijsen is psychotherapeut, specialistisch groepstherapeut NVGP, GZ-psycholoog, woonachtig in Berlijn, werkzaam in eigen praktijk en als docent voor de Parnassia Groep Academie.
E-mail: mila.remijssen@live.nl.

Literatuur

- Anzieu, D. (2016). *The Skin-Ego*. London: Karnac Books.
- Bick, E. (1968). The Experience of the Skin in Early Object Relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 484-86.
- Deben-Mager, M. (2003). Psychoanalytische ontwikkelingstherapie voor volwassenen. In: R.A.M. Erdman e.a. (red.), *Psychoanalytische psychotherapie en nieuwe perspectieven* (pp.19-29). Assen: Van Gorcum.
- Ferenczi, S. (1933). Confusion of tongues between adults and the child – the language of tenderness and of passion. In: *Final contributions to the problems and methods of psychoanalysis* (pp.156-167). London: Hogarth Press, 1955. Reprinted in Karnac Books, 1980.
- Fonagy, P., Steel, M., Moran, G. & Higgitt, A.C. (1991). The capacity for understanding mental states, the reflective self in parent as child and its significance for the security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-216.
- Plath, S. (1998). *Sylvia Plath. A selection by Diane Wood Middlebrook*. Everyman's Library.
- Lemma, A. (2010). *Under the Skin. A Psychoanalytic Study of Body Modification*. London: Routledge.
- Yeomans, F.E., Clarkin, J.F. & Kernberg, O.F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: a clinical guide*. American Psychiatric Association.



VACATURE
GERECHTSHOF ARNHEM-LEEUWARDEN
LOCATIE ARNHEM

GEDRAGSDESKUNDIGEN PENITENTIAIRE KAMER

De penitentiaire kamer is belast met het behandelen en beslissen in hoger beroep van (vooral) TBS- en PIJ-verlengingen. Naast raadsheren maken van deze kamer (gedrags-)deskundigen deel uit die geen rechterlijk ambtenaar zijn.

Profiel

Het gerechtshof, locatie Arnhem, zoekt een gz-psycholoog die beschikt over vakinhoudelijke kennis op hoog niveau en ruime ervaring met het forensisch-psychiatrische behandelveld binnen justitie en de GGZ. Verder moeten kandidaten kennis van en interesse hebben in de actuele onderzoekslijnen en wetenschappelijke ontwikkelingen in het forensisch psychologische veld. Kandidaten moeten in staat zijn tot een onafhankelijke oordeelsvorming.

De benoemingstermijn bedraagt vijf jaar met in beginsel tot twee maal toe de mogelijkheid van herbenoeming voor telkens vijf jaar, maar niet langer dan tot het bereiken van de leeftijd van 70 jaar.

De gedragsdeskundigen ontvangen voor hun werkzaamheden, op grond van een wettelijke regeling, vacatiegeld en een vergoeding van onkosten.

Inlichtingen kunnen worden ingewonnen bij de afdeling HRM, via 088-3614252/088-3614235.

Hebt u interesse, dan kunt u uw sollicitatiebrief voorzien van uw curriculum vitae en de namen met mailadressen van 3 referenten vóór 1 april 2019 sturen aan de president van het gerechtshof Arnhem-Leeuwarden, de heer mr. A.R. van der Winkel MPM, door tussenkomst van HRM, Postbus 9030, 6800 EM Arnhem of mail naar solliciteren.gh.arnhem-leeuwarden@rechtspraak.nl

RINO • amsterdam
opleiding en inspiratie voor professionals in de GGZ

→ Een greep uit ons cursusaanbod

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

Praten over de dood in de spreekkamer
www.rino.nl/1035 | start 4 april

Groepsdynamica: basiscursus
www.rino.nl/416 | start 12 april

Het vijf-gesprekkenmodel
www.rino.nl/032 | start 8 mei

Seks!
"Wat iedere hulpverlener moet weten over seks!"
www.rino.nl/026 | 9 mei

Affectfobietherapie - inleiding
www.rino.nl/498 | start 10 mei

Suicidepreventie: bouwen aan hoop
www.rino.nl/532 | 11 en 25 mei

Interpersoonlijke psychotherapie (IPT) bij depressie
www.rino.nl/475 | start 13 mei

Psychotherapeutische technieken bij ouderen
www.rino.nl/127 | start 5 juni

www.rino.nl

Heb je een
tekst nodig over
psychologie
of **psychiatrie**?

Maar wil je **géén**
tekstschrijver
inhuren die je
eerst **alles moet**
uitleggen?

Kijk nu op
www.tekstenmetzorg.nl

*"Met minimale aanwijzingen
ging zij zelf aan de slag"*

*"Ik geef haar
een 8"*

Teksten *met* zorg

FORUM

DIRECTE VERWIJZING NAAR MEDISCHE PSYCHOLOGIE ZEER EFFECTIEF



Somatisatie en psychische klachten kunnen medische behandeling flink bemoeilijken. De medisch specialist heeft daarvoor expertise binnen handbereik via de afdeling medische psychologie. De huisarts staat min of meer met lege handen als de problematiek complex is en de deskundigheid van de PraktijkOndersteuner



Huisartsenzorg ggz (POH-GGZ) overstijgt. Een succesvolle aanpak in Friesland laat zien dat het loont als huisartsen direct gebruik kunnen maken van medische psychologie in het ziekenhuis, aldus Gerdien Schuitemaker en collega's. Godfried Westen en Tessa Magnée reageren.

Psychische factoren spelen een grote rol bij hardnekkige lichamelijke gezondheidsproblemen. Huisartsen hebben hier vaak een goed oog voor. Zij kennen de patiënt en diens achtergrond, en denken sterk vanuit het bio-psychosociaal model. In dit model is naast biomedische aspecten oog voor de invloed van psychologische en sociale factoren op ziekte en het genezingsproces. Huisartsen zijn gewend te manoeuvreren tussen biomedische en gedragsmatige hypothesen, en navenant te behandelen of verwijzen.

SOLK HERKENNEN

Het brede perspectief van de huisarts komt goed van pas bij het herkennen van somatisch onvoldoende begrepen lichamelijke klachten (kortweg solk). Volgens schattingen gaat het om dertig tot zestig procent van alle klachten waarvoor medische hulp wordt gezocht^{1,2}, uiteenlopend van relatief onschuldige tot langdurig ernstige solk. De zorgkosten van de patiënt met solk zijn hoog: gemiddeld €3.123 per jaar³. Het ontbreken van

een somatische verklaring kan de patiënt aanzetten tot zoeken naar (steeds andere) medische expertise; als zoeken in een hooiberg naar een speld, die er bovendien niet eens hoeft te zijn.⁴ Wie de patiënt van het biomedische spoor tracht af te brengen, loopt het risico strijd in de spreekkamer te halen. De huisarts-patiëntrelatie raakt dan ook vaker verstoord bij solk.⁵

SOMATISCHE IMPACT VAN

EMOTIES Wanneer een patiënt met psychische klachten kampt, is de huisarts de aangewezen persoon om deze in de context van het somatisch functioneren te plaatsen. Angsten, stress of stemmingsproblemen kunnen lichamelijke klachten geven of een aanwezige aandoening uitvergrooten. Andersom kunnen angst, stress en stemmingsproblemen zich voordoen in reactie op ziekte. Deze op zich normale reactie gaat vaak vanzelf over, maar kan ook evolueren naar een psychische stoornis. Persisteren of verergeren van angst of depressiviteit kan de kwaliteit van leven, het aanpassingsvermogen en therapietrouw ondermijnen. Stuk voor stuk zijn dit factoren die lichamelijk herstel belemmeren. Vooral chronische aandoeningen zijn beducht om hun psychische gevolgen die de somatische last kunnen versterken of mede in stand houden.

MEDISCHE UITKOMST

VERBETEREN Expertise over de wisselwerking tussen psyche en soma is onmisbaar in de somatische zorg. Niet voor niets behoort het vakgebied medische psychologie tot de reguliere ziekenhuiszorg: de medische uitkomst verbetert als aanverwante psychische klachten en gedragsmatige belemmeringen doelgericht worden behandeld met kortdurende psychotherapie. Zo blijkt uit het werk van Bushnell⁶ dat psychologische interventies zeer effectief zijn bij de behandeling van chronische pijn, en toont het overzicht van Jaspers⁷ de diversiteit aan chronische somatische ziekten waarvoor dit eveneens is onderzocht.

In de vakgroepen medische psychologie zijn klinisch psychologen, klinisch neuropsychologen (beide BIG-specialismen) en gezondheidszorgpsychologen verenigd, die specifieke deskundigheid hebben in somatische aandoeningen en de gevolgen daarvan. Hun hoofdtaken zijn het diagnosticeren, indiceren en behandelen van patiënten in nauwe samenwerking met medisch specialisten en andere zorgverleners. Daartoe hoort ook het geven van gericht advies aan zorgprofessionals, veelal in multidisciplinair teamverband. Door ook de huisarts te informeren over bevindingen en uitkomst

1 Multidisciplinaire richtlijn SOLK. Trimbos 2010

2 De Waal, M.W., Arnold, I.A., Eekhof, J.A. & Hemert, A.M. van (2004). Soma-toform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 470-476.

3 Zonneveld, L.N.L., Sprangers, M.A.G., Kooiman, C.G., Van 't Spijker, A. & Buschbach, J.J.V. (2013). *Patients with unexplained physical symptoms have poorer quality of life and higher costs than other patient groups: a cross-sectional study on burden*. BMC Health Services Research.

4 Yanda van Rood deed deze uitspraak op 9-3-18, als docent van de workshop 'EMDR bij SOLK' in de Jaarbeurs te Utrecht.

5 Den Boeft, M (2016). *Medically unexplained physical symptoms in primary care: Identification, management and societal aspects*. Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.

6 Price, D.D. & Bushnell, M.C. (2004). *Psychological methods of pain control: basic science and clinical perspectives*. Seattle: IASP Press.

7 Jaspers, J. & Middendorp, H. van (2010). *Psychologische interventies bij chronisch somatische ziekten*. *Psychologie en Gezondheid*, 38-45.

Wie de patiënt van het biomedische spoor tracht af te brengen, loopt het risico strijd in de spreekkamer te halen

sten van gedragsmatige behandeling, wordt integrale zorg in het gehele netwerk van de patiënt bevorderd.

Het ligt voor de hand dat medisch psychologische zorg een hoge kosteneffectiviteit heeft. Na een gerichte (ziekte-)angstbehandeling kunnen onnodige onderzoeken ter geruststelling immers achterwege blijven, of doen zich minder somatische exacerbaties voor.

Studies bevestigen dit. Een goed voorbeeld is het onderzoek van Visser et al.⁸, waarin gezondheid gerelateerde kosten van solk-patiënten structureel afnamen na behandeling met cognitieve gedragstherapie.

DILEMMA VOOR DE HUISARTS

Medisch specialisten werken nauw samen met de vakgroepen medische psychologie. Huisartsen hebben deze mogelijkheid niet. Zij zijn bij (vermoeden van) complexe samenhang tussen lichamelijke en psychische stoornissen voor specialistische zorg aangewezen op de reguliere ggz. Vanuit het perspectief van patiënten met primair somatische klachtbeleving is dat verre van ideaal. De patiënt heeft veel weerstand tegen een verwijzing naar de ggz; hij is toch immers niet 'gek'.

In de praktijk wordt daarom regelmatig een U-bocht naar medische psychologie gecreëerd: de huisarts verwijst naar een

medisch specialist met de vraag om te verwijzen naar medische psychologie. Groot nadeel daarbij is dat een onnodig beroep wordt gedaan op de medisch specialist. Bovendien kunnen diverse scenario's (van somatische toevalsbevinding tot verwachtingen bij de patiënt) alsnog uitmonden in een medisch-technisch vervolg.

Aldus kan de U-bocht medicalisering in de hand werken, en de neiging tot somatisering bij de patiënt zelfs versterken.⁹ Ook medisch specialisten zijn niet blij met deze 'doorgeef'-functie, omdat zij ook vaak de overbodigheid ervan inzien.

PILOT IN SNEEK: OPZET

In Zuidwest-Friesland hebben de huisartsen, het Antonius ziekenhuis, De Friesland Zorgverzekeraar en zorgverzekering VGZ de samenwerking gezocht om rechtstreekse verwijzing door de huisarts naar medische psychologie in het ziekenhuis mogelijk te maken, en deze te toetsen op bruikbaarheid en effectiviteit. In de periode 2011-2016 konden huisartsen in het verzorgingsgebied van het Antonius Ziekenhuis patiënten met

complexe comorbide somatische en psychologische problematiek verwijzen naar medische psychologie in het kader van een ontwerp-gerichte studie.¹⁰

Doel was te monitoren of het zorgaanbod zou aansluiten bij behoeften van de huisarts en qua aantallen verwezen patiënten beheersbaar zou blijven. De Friesland Zorgverzekeraar had tevens de wens om de zorgconsumptie van de patiëntengroep te bestuderen. De verwachting was dat medisch psychologische interventie tot afname van zorgkosten zou leiden.

Patiëntenzorg in het kader van de pilot werd vooreerst bekostigd vanuit ggz-financiering en voor jeugd tot achttien jaar vanaf 01-01-2015 via contracten met de gemeente. Vanwege deze ggz-financiering waren DSM-IV te classificeren stoornissen vereist. De patiënten werden gezien door klinisch psychologen van de afdeling medische psychologie. Tweemaal per jaar kwamen de initiatiefnemers bij elkaar om te evalueren.

RESULTATEN Medio 2011 werd gestart met een beperkt aantal verwijsindicaties en een kleine groep huisartsen. Naar aanlei-

8 Visser, M.S., Zonneveld, L.N., Van't Spijker, A., Hunink, M.G. & Busschbach, J.J. (2015). The cost-effectiveness of cognitive-behavioral group training for patients with unexplained physical symptoms. *Value Health*, 18(5), 570-577

9 Konnopka, A., Schaefer, R., Heinrich, S., Kaufmann, C., Lupp, M., Herzog, W. & König, H.H. (2012). Economics of medically unexplained symptoms: a systematic review of literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 265-275.

10 Jones, P. (2013). *Design for care: Innovating healthcare experience*. Rosenfeld Media.

DIRECTE VERWIJZING NAAR MEDISCHE
PSYCHOLOGIE ZEER EFFECTIEFGERDIEN SCHUITEMAKER, ANTOINETTE BUSCH,
THEO BAKKER & PAUL FELIXFIGUUR 1. AANTAL VERWIJZINGEN, UITVALLERS EN AANTAL PATIËNTEN DAT DAADWERKELIJK IN ZORG KWAM,
EN HET GEMIDDELD AANTAL SESSIES PER PATIËNT

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aantal verwijzingen door huisartsen	45	71	115	136	140	122
Aantal patiënten dat afzag van zorg	1	15	17	11	14	6
Aantal patiënten in zorg gekomen	44	56	98	125	126	116
Gemiddeld aantal contacten per patiënt	8,1	6,3	5,3	6,3	6,6	7,0

FIGUUR 2. GEMIDDELD GAF-SCORES BIJ EERSTE EN LAATSTE CONTACT MET KLINISCH PSYCHOLOOG

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
GAF-score bij eerste contact	61	53	54	54	55	59
GAF-score bij einde van interventie	74	69	69	71	70	69

PRAKTIJKVOORBEELD

De huisarts verwees een 51-jarige vrachtwagenchauffeur met persisterende klachten van pijn op de borst. Patiënt is erg bang voor een hartinfarct. Een aantal jaren terug werden lichte hartritmestoornissen geconstateerd, en een jaar geleden is een familielid overleden aan een hartstilstand. Aan de verwijzing gingen diverse huisartsbezoeken en een extra onderzoek door de cardioloog vooraf. Patiënt is recent op eigen initiatief meerdere keren naar de spoedeisende hulp gegaan uit ongerustheid.

De klinisch psycholoog ziet in gezelschap van echtgenote een angstige en geagiteerde man die de volgende klachten meldt: pijn op de borst- verergerend in rust-, verminderde energie, slechte nachtrust, piekeren over de klachten, vergeetachtigheid, prikkelbare stemming. Patiënt is bang een hartinfarct te zullen krijgen. Coping bestaat uit extra op het hart letten, vermijden van inspanning, zoeken naar verklaringen op internet en medische hulp zoeken. Patiënt heeft zich reeds twee maanden ziek gemeld, mede op advies van echtgenote.

Zijn hulpvraag is erop gericht van de pijn af te komen en niet meer bang te hoeven zijn. Conclusie na intake: ziekteangst.

Voor gedragsmatige behandeling werd ingezet op psycho-educatie aan het echtpaar, individuele cognitieve gedragstherapie om dysfunctionele overtuigingen over de klachten bij te stellen, het veiligheidsgedrag en vermijdingsgedrag te doorbreken. De behandeling verliep vlot en succesvol. Na acht sessies gaat het zichtbaar beter met patiënt. Hij herkent dat de pijn op de borst ontstaat bij spanning, en merkt hierin een duidelijke afname. Hij is niet meer zo ongerust en is weer aan het werk. Patiënt werd terugverwezen naar de huisarts.

Classificatie DSM-IV:

As I hypochondrie

As II uitgesteld

As III hartritmestoornissen

As V GAF start 41-50, GAF eind 71-80

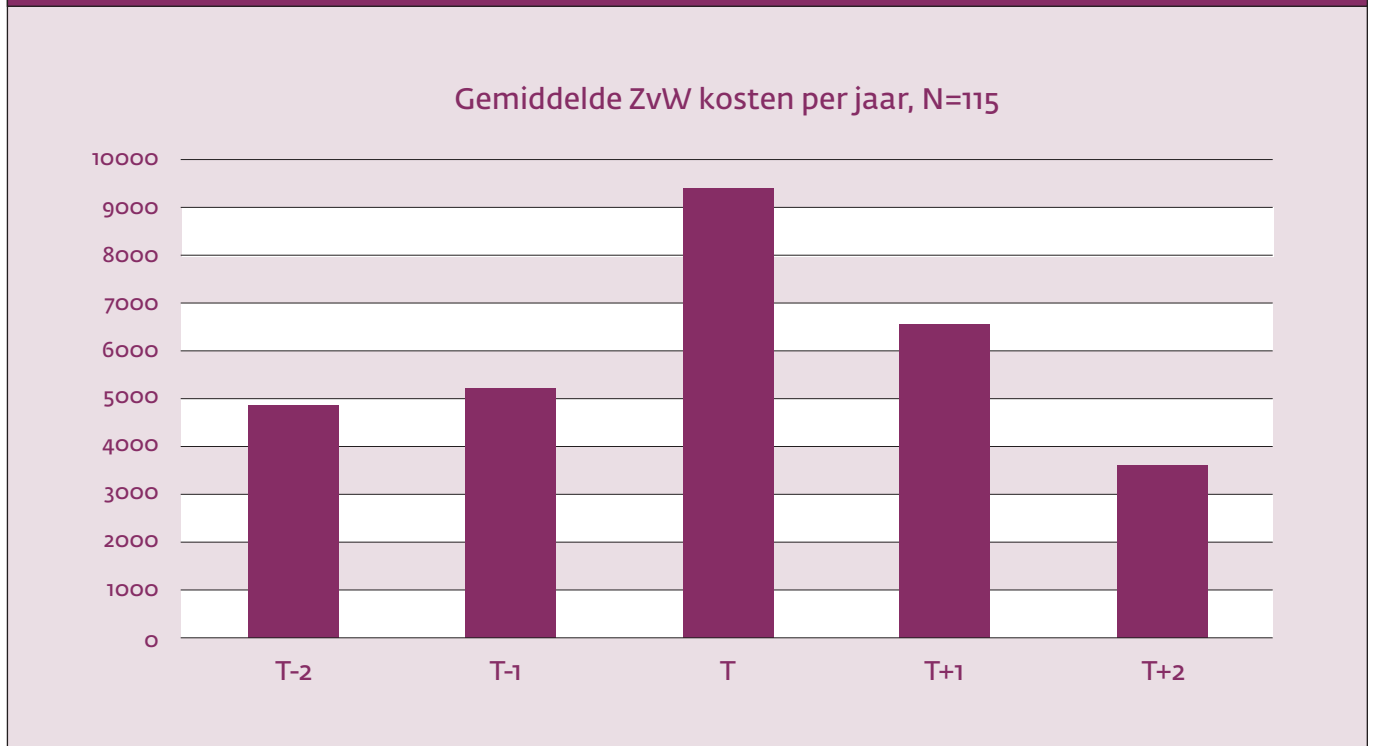
ding van tussentijdse evaluaties konden zowel de indicaties als de huisartsengroep stap voor stap tot maximaal worden uitgebreid. Het aantal verwijzingen groeide uit tot circa 130 patiënten per jaar, zie figuur 1. Onterechte verwijzingen

kwamen slechts incidenteel voor, en bij vermoeden hiervan werd bij triage telefonisch overleg met de huisarts gezocht.

In DSM-IV-termen werd bij ongeveer de helft van de patiënten een vorm van SOLK geassocieerd.

De andere helft betrof diverse as-I stoornissen als gevolg van één of meerdere somatische aandoeningen op as III, dan wel as-I problematiek die sterk interfereerde met as-III (bijvoorbeeld PTSD en diabetes).

FIGUUR 3. GEMIDDELDE VAN ZORGKOSTEN IN EURO'S PER PATIËNT PER JAAR, VOOR EN NA HET JAAR (T) VAN VERWIJZING DOOR DE HUISARTS UITMONDEND IN MEDISCH PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIE



Figuur 2 toont de gemiddelde GAF-scores (Global Assessment of Functioning), een globale maat voor psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren.

Huisartsen die hadden verwezen, rapporteerden bij zowel de enquête na een jaar als bij de tussentijdse evaluatiemomenten, dat zij de medisch psychologische zorg goed vonden aansluiten bij de verwijsvraag. Na interventie meldden zij de volgende waarnemingen: hogere kwaliteit van leven bij de patiënt, betere klacht coping en therapietrouw, en verbetering van gezinsrelaties en maatschappelijk functioneren. De casus in het kader illustreert dit.

INDIRECTE RESULTATEN De Friesland Zorgverzekeraar heeft de declaratiegegevens op een rij gezet van patiënten die zorg hadden gekregen in het kader van de pilot, voor zover bij DFZ verzekerd. Bekeken werd het totaal aan zorgkosten per jaar per verzekerde over vijf opeenvolgende jaren; van twee jaar voorafgaand aan het jaar waarin de huisarts naar medische psychologie verwees, tot twee jaar erna. Van 115 verzekerden die via de huisarts medisch psychologische zorg hadden gekregen, bleek deze informatie compleet.

In figuur 3 zijn de gemiddelde zorgkosten per jaar per verzekerde weergegeven. De figuur toont dat zorgkosten fors zijn opgelopen tot en met het jaar van de verwijzing,

gevolgd door een aanzienlijke daling tot beneden het aanvankelijke kostenniveau.

DISCUSSIE

In de pilot werd reguliere medisch psychologische zorg geboden via een niet eerder gebruikte route: op verwijzing van de huisarts. Bij de evaluaties gaven de huisartsen consequent aan deze verwijzingsmogelijkheid zeer te waarderen. Er werd gebruik gemaakt van ggz-financiering.

Het aantal patiënten dat sinds de start jaarlijks werd verwezen (circa 130) komt overeen met ongeveer een promille van de bevolking in het verzorgingsgebied. Medisch psychologische interventie vergde gemiddeld zes

tot zeven contacten. Het laat zien dat specialistische psychologische zorg aan somatische patiënten in korte tijd plaatsvindt, en daarmee relatief goedkope zorg is. Na dit

beperkt aantal contacten werd in termen van GAF (figuur 2) een vooruitgang in functioneren gescoord van gemiddeld tien tot vijftien punten. Dit is verrassend, omdat de GAF-schaal in principe weinig gevoelig is voor subtiele gedragsverandering in termen van somatisatie of omgaan met gezondheidsproblemen.

De in deze publicatie getoonde cijfers van De Friesland Zorgverzekeraar geven een indrukwekkend beeld: de gemiddeld gedeclareerde zorgkosten dalen na de medisch psychologische interventie. Een causaal verband is aannemelijk, waarbij medisch psychologische interventie leidt tot psychisch gezonder omgaan met ziekte, en resulteert in afname van medische consumptie. Gemiddelde zorgkosten waren het hoogst in het jaar waarin de huisarts verwees en namen sterk af in de twee jaar na de interventie bij medische psychologie. Deze interventie, die ten hoogste €1.252 kostte, kan als uitstekende investering worden aangemerkt.

Beschikbaarheid van kortdurende medisch psychologische interventies, zo kan de conclusie luiden, geeft de huisarts expertise binnen handbereik bij complexe comorbiditeit van een psychische stoornis en somatische problematiek. Daarmee wordt beproefde kennis en ervaring op dit gebied ingezet in een vroeg stadium. Eventuele vrees voor een aanzui-gende werking van dit verwijsaanbod blijkt ongegrond met een stabiele jaarlijkse verwijsstroom van circa een promille. De huisartsen rondom Sneek zijn tevreden over het aanbod en nemen

positieve effecten waar bij hun patiënten. De aanwijzingen dat zorgkosten bovendien dalen na verwijzing en medisch psychologische interventie zijn veelbelovend.

De bevindingen pleiten voor het versterken van de regierol van de huisarts op het gebied van medische psychologie. Vervolgonderzoek waarbij medische psychologie beschikbaar wordt gesteld voor huisartsen in andere regio's ligt dan ook voor de hand. Naar aanleiding van deze pilot is het meer dan interessant om het effect van medisch psychologische interventie op zorgconsumptie nader te bekijken met praktijk-wetenschappelijk onderzoek. Gezien de voor het ziekenhuis relatief hoge administratieve last van ggz-financiering, is het raadzaam te zoeken naar alternatieve bekostigingsvormen voor deze zorg aan huisartspatiënten (poortfunctie/ registratie- en declaratierecht). De pilot laat tevreden patiënten en huisartsen zien, en er gloren mogelijkheden om zorgconsumptie terug te dringen. Dat is een investering waard!

OVER DE AUTEURS

Gerdien Schuitemaker is als klinisch psycholoog verbonden aan Medisch Centrum Leeuwarden.

A.G.J.M. Busch, klinisch psycholoog, Antonius Ziekenhuis te Sneek

T.C.P. Bakker, huisarts te Sneek

P.R. Felix, adviserend geneeskundige De Friesland Zorgverzekeraar

Geen belangenverstrengeling gemeld door auteurs. Correspondentie aangaande dit artikel:

ggaschuitemaker@gmail.com.



OP DE HELLING

In het laatste novembernummer van *De Psycholoog* stond een forumbijdrage met de titel 'Toename psychische zorg in de huisartsenpraktijk: gevolgen voor psychologen'¹¹. Blijkbaar een thematiek die psychologen in de gezondheidszorg bezighoudt, want onderhavige forumbijdrage handelt over hetzelfde. Beide bijdragen zijn een samenwerking tussen verschillende disciplines: artsen en psychologen – wat ik een pre acht. Wat beide bijdragen gemeen hebben, is het vermoeden dat het verwijfsmodel efficiënter en effectiever kan.

De invalshoek is wel anders. Eerstgenoemde forumbijdrage handelt over (voornamelijk kwantitatieve) gevolgen van behandeling van minder ernstige psychische klachten in de huisartsenpraktijk voor psychologen werkzaam in de basis en gespecialiseerde ggz. De bijdrage sluit af met vragen over de effectiviteit van het verwijfsmodel, onder andere omdat de wachttijden nog steeds erg lang zijn, ook al worden er wel meer psychische klachten behandeld in de huisartsenpraktijk zelf.

Deze forumbijdrage van Schuitemaker en collega's handelt in het bijzonder over solk en psychische klachten die voortko-

men uit het feit dat men een somatische aandoening heeft. De huisarts neemt soms een U-bocht om via een medisch specialist door te kunnen verwijzen naar een medisch-psycholoog. Ik herken veel van de geschetste problemen, zoals dat een psychische verklaring van een klacht niet geaccepteerd wordt door het merendeel van de patiënten.

Er is onze overheid – en indirect onszelf als belastingbetalers – veel aan gelegen om uit oogpunt van kostenbeheersing doorverwijzing naar welke specialist dan ook zo effectief mogelijk te laten zijn. Schuitemaker c.s. onderzoeken of directe doorverwijzing naar de medisch psycholoog effectief is. Zij laten zien dat er kostenvoordelen zijn te behalen met directe doorverwijzing naar een medisch psycholoog en dat de effectiviteit van de behandeling goed is (in termen van klachtvermindering).

Waar de eerste bijdrage veel vragen opwierp over de gevolgen voor de psycholoog van het verwijfsmodel (aantal patiënten dat niet meer terecht komt bij basis- en gespecialiseerde ggz- psychologen), geeft deze tweede bijdrage een deel van het antwoord:

Er is onze overheid – en indirect onszelf als belastingbetalers – veel aan gelegen om uit oogpunt van kostenbeheersing doorverwijzing naar elke specialist zo effectief mogelijk te laten zijn

doorverwijzen naar meer specialis- tische medisch-psychologische zorg kan tegen lagere kosten en met een hogere opbrengst voor de patiënt. Dat is winst.

Dat leidt tot de volgende slotsom. Een: De eerste forumbijdrage laat zien dat het nieuwe verwijfsmodel niet tot kortere wachttijden in de basis- en gespecialiseerde ggz leidt. Twee: onderhavige forumbijdrage laat redelijk overtuigend zien dat direct doorverwijzen naar medisch psychologen leidt tot lagere kosten en betere behandeling. Rechtvaardigt dit samengenomen niet de conclusie dat niet alleen het verwijfsmodel voor medisch psychologen maar ook dat voor basis- en gespecialiseerde ggz op de helling moet?

Overigens is mijn persoonlijke mening dat we iets moeten doen aan de manier waarop door patiënten en huisartsen aangekeken wordt tegen 'psychische oorzaken'. Die spelen bij heel veel somatische aandoening direct of indirect een rol. Dat moet het nieuwe normaal worden.

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

11 Magnée, T., Beurs, D. de., Schellevis, F. & Verhaak, P. (2018). Toename psychische zorg in de huisartsenpraktijk: gevolgen voor psychologen. *De Psycholoog*, 11, 34-42.

VOORBARIG

Schuitemaker en collega's houden een pleidooi voor directe verwijzing vanuit de huisartsenpraktijk naar de afdeling medische psychologie in het ziekenhuis. In een pilotstudie onderzochten zij het functioneren en het zorggebruik van patiënten met ernstige solk die door de huisarts – zonder tussenkomst van een specialist – werden verwezen naar de afdeling medische psychologie. De conclusies zijn dat huisartsen tevreden zijn over deze aanpak en dat zorgconsumptie onder patiënten wordt verminderd.

Hoewel de resultaten veelbelovend zijn, met name wat betreft het kostenplaatje, zijn deze conclusies aan de voorbarige kant. Het onderzoek heeft verschillende methodologische beperkingen en betreft bijvoorbeeld maar een klein aantal huisartsen. Verder geeft de pilotstudie nog geen inzicht in de feitelijke meerwaarde van directe verwijzing naar een medisch psycholoog ten opzichte van andere opties, zoals behandeling in de reguliere ggz. De auteurs opperen de mogelijkheid dat patiënten met solk meer openstaan voor behandeling in een somatische setting. Dit is een interessante suggestie, maar wordt op basis van de gepresenteerde resultaten niet onderbouwd. Tenslotte bracht men uitkomsten op korte termijn in kaart: functioneren direct na afloop van de behandeling en zorgkosten tot na twee jaar na verwijzing. solk keren echter regelmatig terug, ook na initieel



herstel¹² (Claassen-Van Dessel, 2018). Daarom is het zeker bij dit soort problematiek van belang ook uitkomsten na langere tijd te onderzoeken. Dat huisartsen tevreden zijn over het uitbreiden van hun verwijsmogelijkheden lijkt geen verrassing, gezien de huidige wachttijden voor de reguliere ggz.¹³

De vakgroep medische psychologie behandelt door de huidige verwijsregels voornamelijk patiënten die (ook) onder behandeling zijn van een specialist. Onduidelijk blijft nog of dit zorgaanbod aansluit op de problematiek van alle patiënten met ernstige solk die direct vanuit

de huisartsenpraktijk kunnen worden verwezen. In de discussie noemt men dat directe verwijzing naar medische psychologie aansluit op het doel van versterking van de eerstelijnszorg. Toch lijkt het toegankelijker maken van ziekenhuiszorg – al is het voor kortdurende behandeling – enigszins strijdig met dat idee. Voor het versterken van de regierol van huisartsen op het gebied van solk is het vooral ook belangrijk dat huisartsen en poH's-ggz medisch psychologen eenvoudig kunnen consulteren. Zo kunnen zij hun kennis en expertise ook indirect inzetten bij de grote groep patiënten met milde tot matig-ernstige solk die de huisartsenpraktijk bezoekt.

Dr. Tessa Magnée is als onderzoeker verbonden aan onderzoeksinstituut IVO en als psycholoog (POH-GGZ) werkzaam bij de FortaGroep. E-mail: tessa0307@hotmail.com.

12 Claassen-Van Dessel, N. (2018). *Getting a grip on the unexplained: classification, course, predictors and treatment of Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS)* [proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit.

13 Nederlandse Zorgautoriteit. (2018). *Wachttijden in de GGZ: voortgangsrapportage*. Utrecht: NZa.

VRAAG & AANBOD

DE PSYCHOLOOG / MAART 2019 59

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

VACATURES

Gz-psycholoog (m/v)

LANDGRAAF



Psychologenpraktijk Nieuwenhagen
Eerstelijnspsychologie,
Psychotherapie,
Coaching/Training

VACATURES

GZ-psycholoog Kinderafdeling

ROTTERDAM



VACATURES

(Basis)psychologen of relatietherapeuten met een eigen praktijk

IN HEEL NEDERLAND



Psychologen Nederland

GZ-psychologen - specialistische GGZ

(REGIO) AMSTERDAM



Behandelcoördinator penitentiair psychiatrisch centrum

VUGHT



Rijksoverheid

CURSUSSEN / WORKSHOPS

WISC-V-NL Training

DIVERSE LOCATIES



Pearson Academy

Uw online advertentie extra onder de aandacht brengen?

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

Uw online advertentie extra onder de aandacht brengen?

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

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*.

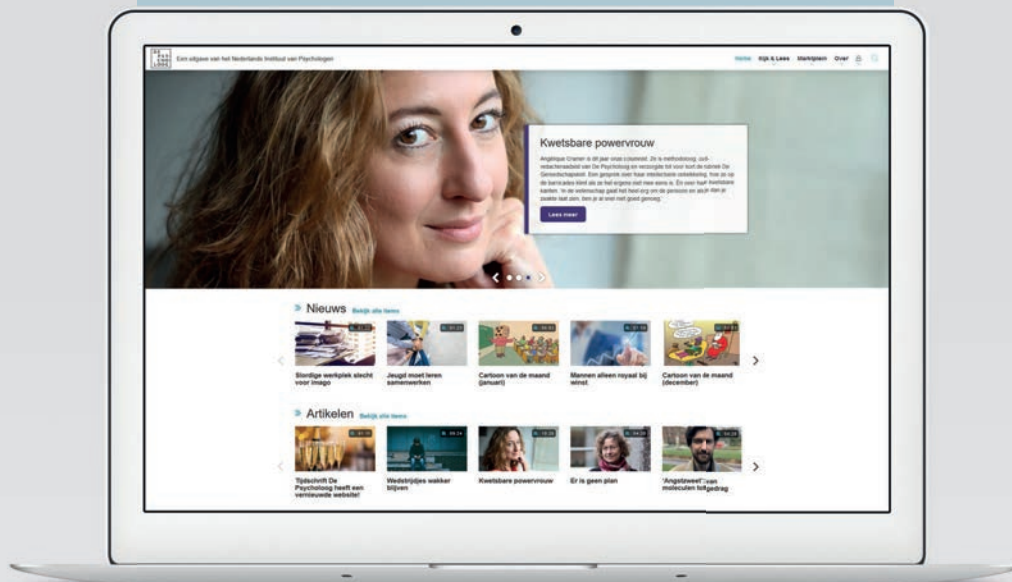
De rubriek Vraag & Aanbod sluit één op één aan op uw online advertentie. De titel, keuze van rubriek en plaatsnaam worden in het blad overgenomen. Daarnaast kunt u in het blad uw (bedrijfs)logo toevoegen.

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.



WWW.TIJDSCRIFTDEPSYCHOLOOG.NL

IS GEHEEL VERNIEUWD

ZOEK EN VIND SNEL HET JUISTE ARTIKEL

HERLEES EDITIES

RAADPLEEG VAKINHOUDELIJKE DOSSIERS



DE
PSY-
CHO-
LOOG



Nederlands Instituut van Psychologen **NIP**

WETENSCHAP • NIEUWS • INTERVIEWS • COLUMNS • DOSSIERS • BOEKEN • ARCHIEF • VERENIGINGSNIEUWS