

DE PSY- CHO- LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN
JAARGANG 54 • NR 6 • JUNI 2019

MEETRESULTATEN INTERPRETEREN IN DE KLINISCHE PSYCHOLOGIE: EEN AANTAL VOORSTELLEN • INSPIRATIE: INGE BOK • FORUM: SUÏCIDEPREVENTIE DOOR NON-PREVENTIE • VENI, VIDI, VICI: MARTIN DRESLER OVER SLAPEN EN DROMEN • FORUM: PLEIDOOI VOOR PREVENTIE EN POSITIEVERSTERKING • ANGÉLIQUE CRAMER: #IKOOK

DOMINIQUE HAIJTEMA OVER ZELFHULP





28/06: Congres Trauma en veerkracht met Froma Walsh

Hoe brengen we gezinnen verder als hun hoop en dromen in scherven vallen? Christien de Jong en Leo Gualthérie van Weezel laten je op een bijzondere, levendige manier zien hoe het Family Resilience-model in de medische psychologie bij een ernstige ziekte toegepast wordt.

Tijdens het congres Trauma en veerkracht geven zij je met behulp van acteurs op het podium handvatten om veerkracht in systemen met een ernstige ziekte te versterken.

Kijk op www.rinogroep.nl/froma-walsh

**RINO
GROEP**



Congres 18 juni 2019, Utrecht

‘Meer dan intelligentie’

Oorzaken van ontwikkelingsproblemen bij kinderen

Problemen in de ontwikkeling gaan nooit alleen over IQ. Diagnostiek en behandeling bij kinderen die achterblijven of uitvallen op school begint bij het vaststellen van de oorzaak.

De nieuwste inzichten uit de wetenschap over sociale en emotionele vaardigheden, het CHC-model, neuropsychologische factoren, de IDS-2 en de schoolse vaardigheden van de toekomst.



Ook: IDS-2 trainingen

Interpretatie en verslaglegging van de IDS-2

14 juni - Den Bosch

25 juni - Amsterdam

Volledige programma's en aanmelden:
www.hogrefe.nl

 **hogrefe**

- 10 MEETRESULTATEN INTERPRETEREN IN DE KLINISCHE PSYCHOLOGIE: EEN AANTAL VOORSTELLEN** – Edwin de Beurs, Gerard Flens en Guido Williams doen een voorstel voor een uniforme meetschaal en hoe meetresultaten samen met de patiënt zijn te bespreken. Ook beschrijven ze wanneer een verandering in score over de tijd een indicatie is van een wezenlijke verandering in de klinische toestand van de patiënt. De Beurs c.s. sluiten af met zes aanbevelingen voor betekenisverlening aan meetresultaten.
- 32 INTERVIEW MET DOMINIQUE HAIJTEMA: LEVEN MET EEN CHRONISCHE ZIEKTE** – Wat heb je aan alle zelfhulpboeken, goeroes of seminars als het noodlot je treft? Dominique Haijtema kreeg een hersenbloeding en epilepsie. ‘Iedereen bleef maar zeggen hoeveel geluk ik had. Mij leek het juist fijn om geen hersenbloeding te hebben gehad.’
- 38 FORUM - SUÏCIDE: PREVENTIE DOOR NON-PREVENTIE** – Volgens Ton Vink bestaan er goede redenen om het aantal door het CBS geregistreerde suïcides te verminderen met het aantal gevallen van zelfeuthanasie. Vink doet een suggestie gebaseerd op zijn werk als levenseindeconsulent. Ad Kerkhof en Wouter Schoonman geven commentaar.

Zelfstandig psycholoog? Jij behandelt wij doen de rest.

- ✓ Meer cliënten, minder administratie
- ✓ Eigen praktijkassistenten
- ✓ Workshops & opleidingen
- ✓ Contact met psychologen

Al 10 jaar
dé behandel-
organisatie in
onvergoede
zorg

Hoe zorg jij voor een volle en goedlopende praktijk? Wij helpen je hierbij. Doordat wij de communicatie met cliënten, administratie en algemene promotie verzorgen, kan jij je volledig op de kwaliteit van je behandelingen richten. Daarnaast organiseren we het hele jaar diverse workshops en intervisiemomenten waarmee je je vakkennis op peil kunt houden en kunt leren van elkaar.

Wie zijn wij

Psyned is de landelijke zorgaanbieder in onvergoede zorg en gespecialiseerd in het matchen van cliënt en psycholoog. Hierbij triageren we, adviseren we elke cliënt persoonlijk en behandelen met meer dan 200 psychologen altijd op maat.

Sluit je aan!

Kijk op psyned.nl/zorgaanbieder voor meer informatie of neem direct contact met ons op.

psychologen
nederland

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

2nd official SIPS conference on placebo studies

The science of Interdisciplinary Research and Practice



Accreditatie voor:

FGzPt - ABAN - KNGF - V&V - V&VN

7 – 9 juli, 2019

Stadsgehoorzaal, Leiden

Meer dan 30 internationaal toonaangevende experts op dit gebied zullen spreken over:

- **Communicatie en het placebo effect:** Hoe kunnen we behandeluitkomsten optimaliseren door middel van patiënt-therapeut interactie?
- **Neurobiologische aspecten van het placebo effect:** Wat weten we over de mechanismen die het placebo effect onderliggen?
- **Nocebo effecten en bijwerkingen:** Wat zijn de effecten van negatieve verwachtingen op behandeluitkomsten?

Meer informatie op www.sipsconference.com

Locatie:

Rijksmuseum
Boerhaave, Leiden

Datum:

6 juli 2019



Speciaal publieksevent

Met onder meer:

- ✓ Rondleiding door Rijksmuseum Boerhaave
- ✓ Presentaties 'placebo art' door topkunstenaars
- ✓ Demonstraties van labwerk door onderzoekers



Tor Wager



Irving Kirsch



Jet Bussemaker



Ionica Smeets



Luana Colloca



Universiteit
Leiden

RUBRIEKEN

- 6 NIEUWS
- 9 COLUMN: Angélique Cramer
- 24 BOEKEN & MEDIA
- 30 INSPIRATIE: Inge Bok
- 48 VENI, VIDI, VICI: Martin Dresler
- 50 FORUM: Pleidooi voor preventie en positieversterking

Redactioneel

COLOFON

De Psycholoog is het redactioneel onafhankelijke 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 Schaufeli, Wouter Schoonman, Annelies Spek, Giovanni Timmermans (voorzitter), Marcel Veenman, Anneke Vinke, Rolf Zwaan **Eindcorrectie:** Else de Jonge **Vormgeving:** Studio Jorrit van Rijt **Basisontwerp:** Curve Mags And More, Henk Stoffels. **Bladmanagement, advertenties en abonnementen:** Performis BV, contactpersoon Geert Janus, tel.: 073-6895889, e-mail: depycholoog@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 Dominique Haijtema: Erik Buis
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).



BRUGGEN BOUWEN

Er gaapt een kloof tussen de klinimetrie en klinische praktijk, stellen Edwin de Beurs, Gerard Flens en Guido Williams in hun wetenschappelijke bijdrage aan dit nummer. Zij trachten een brug te slaan met een aantal handvatten hoe meetresultaten zo relevant en patiëntvriendelijk mogelijk in de dagelijkse praktijk kunnen worden gebruikt. Zo stellen ze onder meer vijf categorieën voor om behandeluitkomsten betekenisvol mee te kunnen duiden: 'hersteld', 'verbeterd', 'niet veranderd', 'verslechterd' en 'ziek geworden'.

Na het herlezen van het heftige interview met Dominique Haijtema vroeg ik me af in welke van deze vijf categorieën zij zichzelf zou plaatsen. Na een hersenbloeding en de diagnose epilepsie heeft haar leven nogal een wending genomen. Over het omgaan met tegenslag en een chronische ziekte schreef ze het mooie en rauwe *Nooit meer een zelfhulpboek* – een boek zoals ze dat zelf graag had gelezen toen ze ziek werd. Ze beschrijft haar worstelingen, woede en depressies. Aanvankelijk verzette ze zich tegen psychotherapie – het zou een zwaktebod zijn om een ander om hulp te vragen. Maar gaandeweg in die therapie leerde ze wel dat haar gedrag niet abnormaal is en dat ze normaal reageert op een abnormale situatie. Met het onvoorspelbare en lang niet altijd rechtvaardige leven kunnen omgaan, is al een grote prestatie; veel zelfhulpboeken suggereren daarentegen dat ons leven maakbaar is, dat het jouw schuld is als je ziek bent. 'Dat is aanmatigend en zorgt voor schuldgevoelens,' zegt Haijtema en zo bouwt zij een brug naar de realiteit.

In de indringende forumdiscussie over preventie van zelfmoord maakt Ton Vink onderscheid tussen suïcide en 'zelfeuthanasie' – een zelfbezorgde goede dood onder eigen regie waarvoor in de suïcidecijfers van het CBS zou moeten worden gecorrigeerd. Volgens Vink gaat het dan ook om de vraag hoe suïcides te voorkomen die geen zelfeuthanasie zijn. Ad Kerkhof betwijfelt dat: 'Kunnen we mensen vertrouwen wanneer ze op schijnbaar autonome, al dan niet erudiete wijze zeggen in vrijheid voor hun eigen belang op te komen?' Vaak niet, aldus Kerkhof: 'Daarom moet altijd een psychiater of psycholoog vaststellen of betrokkene op dat moment echt zichzelf is.'

Bruggen bouwen, zoveel mogelijk bruggen bouwen, dat is toch wel een realistische taakomschrijving van wat psychologen op allerlei terreinen doen. Of in ieder geval zouden moeten doen.

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

SOCIALE TRANSITIE EERDER GEVOLG DAN OORZAAK

JONGENS-MEISJES, MEISJES-JONGENS

Hoe sterker een kind zich met de andere sekse identificeert, hoe groter de kans dat hij of zij twee jaar later als die andere sekse door het leven gaat.

Jongensachtige meisjes en meisjesachtige jongens hoeven helemaal niet transgender te zijn. Toch staan steeds meer ouders welwillend tegenover een 'sociale transitie', waarbij het kind zich overduidelijk met de andere sekse identificeert. Zo zijn er jongens die als meisje willen worden aangesproken, hun haar lang laten groeien, jurkjes aan willen en soms ook van naam veranderen. De vraag is nu in hoeverre zulke

kinderen verschillen van transgenderkinderen en van kinderen die zich conform hun sekse gedragen.

Om dat te onderzoeken benaderden Amerikaanse en Britse onderzoekers 85 jongensachtige meisjes en meisjesachtige jongens. Twee jaar later keken ze wat er van hen was geworden. Bijna de helft (42%) had een sociale transitie doorgemaakt. Deze kinderen hadden zich twee jaar eerder sterker met de andere sekse geïdentificeerd dan de kinderen die géén sociale transitie hadden ondergaan. Ook bleken ze sterk overeen te komen met transgenderkin-

deren en kinderen van het gewenste geslacht die zich conform hun sekse gedroegen.

Een sociale transitie werkt dus onvrede met het eigen geslacht niet in de hand, zoals sommigen wellicht denken – het is er eerder het gevolg van. Geen verrassende uitkomst, maar misschien toch een geruststelling voor wie zich afvraagt of het wel 'goed' is zijn zontje in meisjeskleden te laten rondlopen. (ID)

Bron: Rae, J.R. et al. (2019). Predicting early-childhood gender transitions. *Psychological Science*. <https://doi.org/10.1177/0956797619830649>

WAT IS KIP, WAT IS EI?

EMOTIEVERWERKING BIJ SLAPELOZEN

Slapelozen zijn minder dan goede slapers in staat pijnlijke herinneringen een plek te geven in hun brein. Ook gênante situaties van jaren geleden roepen bij hen nog een emotionele respons op.

Stel je voor. Je moet een liedje zingen met een koptelefoon op, zodat je je eigen stem niet hoort. Even later krijg je onverwacht te horen hoe vals je klonk. Je schaamt je de ogen uit je kop. Maar als je dezelfde opname na een nachtle slapen nóg eens beluistert, voel je je er al veel minder beroerd over. Je gênante optreden heeft tijdens je slaap een plek gekregen. De bijbehorende spanning is als het ware weggeschreven in je brein.

Althans, zo gaat het bij goede slapers. Bij slechte slapers vermindert de

spanning niet. De distress over beschamende situaties kan zelfs jarenlang aanhouden.

Dat toont onderzoek van het Nederlands Herseninstituut aan. De onderzoekers onderwierpen 27 slapelozen en 30 goede slapers aan een fMRI, waarbij ze hen herinneringen aan ten minste vijf gênante situaties van jaren geleden lieten ophalen. Goede slapers blijken zulke herinneringen letterlijk een andere plek in hun brein te hebben gegeven dan slechte slapers. Hun emotionele respons is als het ware uitgedoofd. Dit in tegenstelling tot mensen die aan slapeloosheid lijden. Laat je hen pijnlijke herinneringen ophalen, dan reageren ze daar nog net zo emotioneel op als destijds.

Slapeloosheid lijkt dus een onvermogen om emoties te verwerken met zich mee te brengen. De onderzoekers stellen zelfs dat slapelozen worden achtervolgd door het verleden.

Blijf wel de vraag wat de kip en wat het ei is. Bij slechte slapers krijgen gênante herinneringen misschien te weinig kans te worden weggeschreven. Maar wie zijn emoties niet goed de baas kan, zal daar regelmatig door wakker liggen. (ID)

Bron: Wassing, R. et al. (2019). Haunted by the past: old emotions remain salient in insomnia disorder. *Brain*. doi: 10.1093/brain/awz089.

SCHAP

DURE NAAMSVERANDERING



PUBLIEKE REACTIES OP EXTREEM GEWELD

EMPATHIE OF VERANTWOORDELIJKHEID?

Het is geen zeldzaamheid: de roep aan moslimleiders zich uit te spreken tegen extremistisch geweld als dat gepleegd is door mensen die zeggen dat te doen uit naam van de islam. Dat kan tot een dilemma leiden.

Als een moslimleider afstand neemt van terreurdaden kan dat polarisatie tegengaan, maar ook het idee versterken dat moslims collectief verantwoordelijk zijn voor het handelen van geloofsgenoten – een aanname die de meeste moslimleiders terecht niet zullen onderschrijven. Onderzoekers aan de universiteit van Michigan onderzochten wat het uiten van empathie en verantwoordelijkheid in zulke ‘publieke reacties op verzoek’ teweegbrengen bij niet-moslims. In drie experimenten

kregen enkele honderden deelnemers een nieuwsbericht over een binnen- of buitenlandse aanslag te lezen. Steeds werd daarin een moslim of moslimgroeping als schuldige genoemd. Daarnaast werd de (afwijzende) reactie van een moslimleider geciteerd. Die reactie was gemanipuleerd: de leider toonde zich al of niet empathisch of benoemde wel of juist geen verantwoordelijkheid.

De onderzoekers concludeerden op grond van vragenlijsten die ze afnamen bij alle deelnemers dat empathie tonen (vergeleken met het niet tonen daarvan) relatief positieve effecten heeft op het beeld dat niet-moslims van moslims hebben. Waar de geciteerde moslimleider empathie toonde, ging dat samen met meer vertrouwen in diens oprecht-

heid en in islamitische landgenoten in het algemeen en met relatief weinig steun onder de respondenten voor de aanname dat moslims collectief schuldig zijn aan moslimterreur.

Voor het benoemen van verantwoordelijkheid (versus het niet benoemen daarvan) geldt het tegenovergestelde, concluderen de onderzoekers. Dat gaat samen met een versterkte aanname dat moslims collectief schuldig zijn aan de terreurdaden van individuele moslims en met een afnemend vertrouwen in moslims in het algemeen. (EdJ)

Bron: Lane, D. et al. (2019). Damned if you do, damned if you don't: Effects of empathy and responsibility in Muslim leaders' mediated responses to extremist attacks. *Media Psychology*. doi.org/10.1080/15213269.2019.1584570

PROMOTIES

TERUGVALPREVENTIE VOOR DEPRESSIE

In Nederland krijgt bijna twintig procent van de volwassenen te maken met een depressie. Terugval in depressie komt vaak voor, maar er zijn geen instrumenten die het risico op terugval inschatten op individueel niveau, zoals bij somatische ziektebeelden. Nicola Klein deed promotieonderzoek naar hiaten in de kennis over terugvalpreventie bij depressie. Zij onderzocht zowel de klinische effectiviteit als de kosteneffectiviteit van verschillende interventies. Haar voornaamste conclusies zijn dat de combinatie van antidepressiva en Preventieve Cognitieve Therapie (PCT) beter beschermt tegen terugval dan antidepressiva alleen. Als mensen willen afbouwen met antidepressiva of daartoe genoodzaakt zijn, ondersteunen de resultaten dat dit kan onder begeleiding van PCT, al gaat dat gepaard met extra kosten. Belangrijk is volgens Klein dat afbouw goed wordt begeleid en in een stabiele levensfase plaatsvindt.

Nicola Klein, *Relapse prevention strategies for recurrent depression*. Rijksuniversiteit Groningen, 21 maart 2019. (Co-)promotoren prof. dr. C.L.H. Bockting, dr. H. Burger

DEPRESSIE BIJ ZIEKTE VAN PARKINSON

Depressie komt vaak voor bij de ziekte van Parkinson en heeft een grote impact op de kwaliteit van leven. Waarom parkinsonpatiënten vaak last hebben van depressieve klachten is nog niet volledig bekend. Monique Timmer focust in haar promotieonderzoek op de rol van dopamine in relatie tot negatieve biases. Zij toont aan dat depressieve parkinsonpatiënten minder goed zijn in het leren door beloning. Dit in tegenstelling tot motivatie door beloning, wat juist versterkt is bij Parkinson en niet verschillend is tussen patiënten met en zonder depressie. Ook vond zij dat niet-depressieve parkinsonpatiënten vaker een risicovolle beslissing nemen wanneer zij dopaminerge medicatie gebruiken. Bij depressieve parkinsonpatiënten zorgt dopaminerge medicatie er juist voor dat de afweging tussen winst en verlies verandert.

Monique Timmer, *Out of Balance. Neurocognitive mechanisms underlying depression in Parkinson's disease*. Radboud Universiteit Nijmegen, 16 april 2019. (Co-)promotoren prof. dr. R. Cools, prof. dr. B.R. Bloem, dr. R.A.J. Esselink

(ZELF)INZICHT JONGEREN DOOR TE LEZEN

Het onderwijs wordt vaak gezien als een plek waar je kunt leren reflecteren op je eigen menselijke natuur en die van anderen. Het lezen van fictie- en literaire teksten kan zowel bij volwassenen als adolescenten en jonge kinderen leiden tot zulke inzichten. Het literatuuronderwijs lijkt jongeren daarom bij uitstek mogelijkheden te bieden om inzicht in 'de mens' te ontwikkelen. Marloes Schrijvers onderzocht in haar proefschrift welke didactische aanpak voor literatuuronderwijs in de bovenbouw van het voortgezet onderwijs geschikt is om het inzicht van leerlingen in zichzelf en anderen te bevorderen.

Marloes Schrijvers, *The Story, the Self, the Other Developing Insight into Human Nature in the Literature Classroom*. Universiteit van Amsterdam, 3 mei 2019. (Co-)promotoren prof. dr. G.C.W. Rijlaarsdam, dr. T.M. Janssen en dr. O. da Costa Fialho

Robert Wagenaar, *Reform! Tuning the modernization of higher education in Europe. A blueprint for student-centred learning*. Rijksuniversiteit Groningen, 18 maart 2019. (Co-)promotoren prof. dr. D.J. Wolfram, prof. dr. D.F.J. Bosscher

Antonella Maselli, *Multisensory Processing in Full-body Illusions*. Maastricht University, 1 mei 2019. (Co-)promotoren prof. dr. B. de Gelder, prof. dr. M. Slater

Gavin Hays, *The Concept Retrieval Technique: Developing a New Measure of Conceptual Knowledge*. Erasmus Universiteit Rotterdam, 3 mei 2019. (Co-)promotoren prof. dr. H.G. Schmidt, prof. dr. H.T. van der Molen, dr. I.J. Rotgans

Anna Ridderinkhof, *On Mindfulness and Autisms*. Universiteit van Amsterdam, 10 mei 2019. (Co-)promotoren prof. dr. S.M. Bögels, dr. E.I. de Bruin, prof. dr. N.N. Singh

Rick Wassing, *Restless REM sleep in insomnia disorder and its detrimental effects on regulation of emotional distress*. Vrije Universiteit Amsterdam, 23 mei 2019. (Co-)promotoren prof. dr. E.J.W. van Someren, dr. F. Schalkwijk

#IKOOK

Ik hou van feestjes. Vooral festivals maken me heel gelukkig en dan helemaal als er snoeiharde techno wordt gedraaid. Ik dans uitbundig, wapperende haren, zwaaiende armen, ogen dicht als de muziek me echt raakt, en er zit vrijwel continu een grote glimlach op mijn gezicht geplakt. Het ziet er kennelijk dusdanig vrolijk uit dat medefestivalgangers me geregeld vragen of ik ook in zo'n fijne trip zit, en of ik wat van dat geestverruimende spul voor ze heb.

Mijn vrolijke gedans trekt mannen aan. En nou ben ik niet de lelijkste van het stel, dat speelt vast ook een rol. Meestal vind ik het allemaal wel gezellig: ik word regelmatig getraakteerd op briljant slechte openingszinnen – 'Zo schoonheid, uit welke dierentuin ben jij ontsnapt?', toen ik eens een jurk met panterprint droeg – en soms ook op een verrassend leuk gesprek. Maar recent was het anders, toen ging iemand over mijn grenzen heen. Wat er precies gebeurde, doet er niet toe, maar laten we het erop houden dat het niet prettig was en dat iemand anders eraan te pas moest komen om de 'nee'-boodschap aan de man te brengen.

Als ik een tijger in mijn achtertuin tegenkom, ren ik heel hard weg, dat weet ik vrij zeker. Ik dacht ook vrij zeker te weten dat ik in het geval van ongewenste intimiteit ofwel uit de situatie weg zou lopen, of zou 'vechten' door de persoon in kwestie verbaal dan wel met een (zacht) duwtje duidelijk te maken dat ik niet gediend was van zijn gedrag. Maar dat was niet wat er gebeurde. Mijn reactie was er eentje van het kaliber *freeze*: ik stond als aan de grond genageld. Waarom deed ik niet meer?

Mijn schrijfstijl werd ooit door mijn promotor getypeerd als 'de Hamer van Cramer'. Waar was mijn hamer toen een man over mijn grenzen ging? Als ik in een artikel de confrontatie aanga, ben ik niet bang voor de consequenties. Een paar wetenschappelijke collega's vinden me wellicht niet zo aardig omdat ik hun ideeën bekritiseer: van dat soort consequenties lig ik doorgaans niet wakker. Maar dat blijkt anders in het geval van ongewenste intimiteit: ik ben bang. Bang dat ik me aanstel, bang voor een confrontatie, bang dat ik het met een scherpe reactie alleen maar erger maak.

En zo confronteerde deze onaangename situatie mij met iets dat ik lang niet heb willen zien: MeToo. Ik ook. Zeker omdat dit niet de eerste keer was. Ik heb in het verleden het nodige meegemaakt, maar deze situaties gearhiveerd als 'dat was even vervelend' of 'was niet OK maar ik heb het mogelijk ook wel een beetje uitgelokt door vriendelijk te zijn'. En ook in die situaties bevroor ik.

Wat gaat voortaan mijn reactie zijn? Ik zou graag zeggen dat ik vanaf nu mijn hamer klaar heb, maar ik vrees dat ik nog wel even moet oefenen. Wat ik het liefste wil? Dat ik sowieso geen hamer nodig heb omdat mannen uit zichzelf begrijpen dat een blijde, dansende vrouw dat niet doet omdat ze zo graag aange- raakt wil worden.



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

Edwin de Beurs, Gerard Flens en Guido Williams doen een voorstel voor een uniforme meetschaal en hoe meetresultaten samen met de patiënt zijn te bespreken. Ze beschrijven hoe betekenis kan worden gegeven aan meetresultaten. Ook beschrijven ze wanneer een verandering in score over de tijd een indicatie is van een wezenlijke verandering in de klinische toestand van de patiënt. De Beurs c.s. sluiten af met zes concrete aanbevelingen voor betekenisverlening aan meetresultaten.

EEN AANTAL VOORSTELLEN

MEETRESULTATEN INTERPRETEREN IN DE KLINISCHE PSYCHOLOGIE

INLEIDING

Gebruik van meetinstrumenten in de klinische psychologie wordt al geruime tijd gepropageerd en hun toepassing in het kader van Routine Outcome Monitoring (ROM) neemt hand over hand toe. Veel professionals in de zorg zijn echter onvoldoende vertrouwd met meetresultaten en voelen zich onvoldoende toegerust om de patiënt goed voor te lichten over de gegevens die ROM oplevert. Het helpt daarbij niet dat de gebruikte meetinstrumenten in de ggz allemaal hun eigen meetschalen hebben en er talloze cryptische afkortingen voor subschalen worden gebruikt. Hierdoor is eerst een grondige studie van het meetinstrument vereist, alvorens iets met de scores aan te kunnen vangen. Een medicus heeft het wat dat betreft iets makkelijker met een enkele schaal voor koorts, een enkele schaal voor bloeddruk en een enkele schaal voor de hemoglobinewaarde van het bloed. Ook is kennis over de interpretatie van scores, met name waar het gaat om verandering in de score over de tijd, nog onvoldoende verspreid. Zo gaapt er een kloof tussen de klinimetrie (het vakgebied dat onderzoek doet naar de kwaliteit van metingen en meetinstrumenten) en de klinische praktijk. Wanneer we patiënten vragen om zelf-rapportage meetinstrumenten in te vullen over hun klachten of functioneren, dan moeten we de meetresultaten ook op een begrijpelijke

wijze manier uitleggen aan de patiënt. Een professional in de ggz neemt klinische beslissingen om de behandeling voort te zetten, te wijzigen of te stoppen samen met de patiënt en bij voorkeur onderbouwd met een juiste interpretatie van betrouwbare meetgegevens.

Voor dit artikel hebben we ons tot doel gesteld een brug te slaan tussen de psychometrie en de klinische praktijk. We doen dit door een aantal concrete en praktische handvatten te bieden voor hoe meetresultaten vertaald kunnen worden in patiëntvriendelijke en relevante informatie, die gebruikt kan worden in de dagelijkse klinische praktijk. Maar voor we dat kunnen doen, zullen we een paar bekende begrippen uit de psychometrie bespreken. We doen dat aan de hand van een korte casus.

Mevrouw Vermeulen (29) is door haar huisarts verwezen vanwege een depressie. De huisarts heeft een antidepressivum voorgeschreven, maar dat heeft onvoldoende baat opgeleverd en zo is patiënte doorverwezen naar een ggz-instelling. Er wordt besloten tot een behandeling met cognitieve gedragstherapie (CGT) in wekelijkse zittingen. Voorafgaande aan de behandeling zijn twee meetinstrumenten afgenomen: de *Beck Depression Inventory* (BDI-II) en de *Brief Symptom Inventory* (BSI). Mevrouw Vermeulen reageert goed op de behandeling; na drie maanden is haar stemming

Er gaapt een kloof tussen de klinimetrie en de klinische praktijk

opgeklaard. Samen met haar behandelaar wordt besloten de frequentie van de zittingen terug te brengen tot aanvankelijk tweewekelijks en later maandelijks contact. Weer drie maanden later is het gunstige resultaat van de behandeling in stand gebleven. Drie en zes maanden na de eerste meting zijn dezelfde instrumenten afgenomen voor de evaluatie van de behandeling. De uitslagen van de testafnames op de drie meetmomenten zijn te zien in tabel 1.

Hoe kunnen we deze resultaten nu begrijpen en zinvol met elkaar vergelijken? Voor we hier verder op ingaan, staan we eerst stil bij ruwe scores en gestandaardiseerde T-scores en hoe die zich tot elkaar verhouden.

RUWE SCORES EN MEETSCHALEN

Volgens internationaal onderzoek scoort iemand zonder klachten niet hoger dan 8 op de BDI-II (Beck & Steer, 1987). Een score van 9-13 wordt als minimaal depressief beschouwd; een score 14-19 als indicatief voor milde depressie, 20-28 als gemiddelde en 29 of hoger als ernstige depressie. Een score <9 geeft remissie van depressie aan. Voor de BSI wordt voor vrouwen tot 30 uit de algemene bevolking de volgende betekenis aan scores toegekend: 0.00-0.06 is zeer laag; 0.07-0.15 is laag; 0.16-0.18 is beneden gemiddeld; 0.29-0.45 is

gemiddeld; 0.46-0.68 is boven gemiddeld; 0.69-1.55 is hoog; 1.56-4.00 is zeer hoog (De Beurs, 2011).

Een ruwe score op een meetinstrument geeft een positie aan op een schaal. Een schaal heeft een theoretisch bereik: de somscore voor de ernst van de symptomatologie op de *Beck Depression Inventory* kan een waarde aannemen van 0 tot 63. Bij de *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1975) wordt de totaalscore berekend als de gemiddelde score op 53 items op een vijfpuntschaal en hier heeft de score een theoretisch bereik van 0 tot 4. Een score heeft daarnaast ook een praktisch bereik: de scores die in de klinische praktijk daadwerkelijk worden aangetroffen. Bij de BDI ligt dit praktische bereik tussen de 0 en 55; bij de BSI tussen de 0 en 3. Hogere scores komen nauwelijks voor. Voor elk meetinstrument zijn de meeteenheden en de range van ruwe scores weer anders en dat is niet handig voor het dagelijks gebruik. Er zijn uniforme meetschalen voor psychische concepten voorgesteld, net zoals voor het meten van temperatuur (Celsius), gewicht (grammen) of afstand (kilometers).

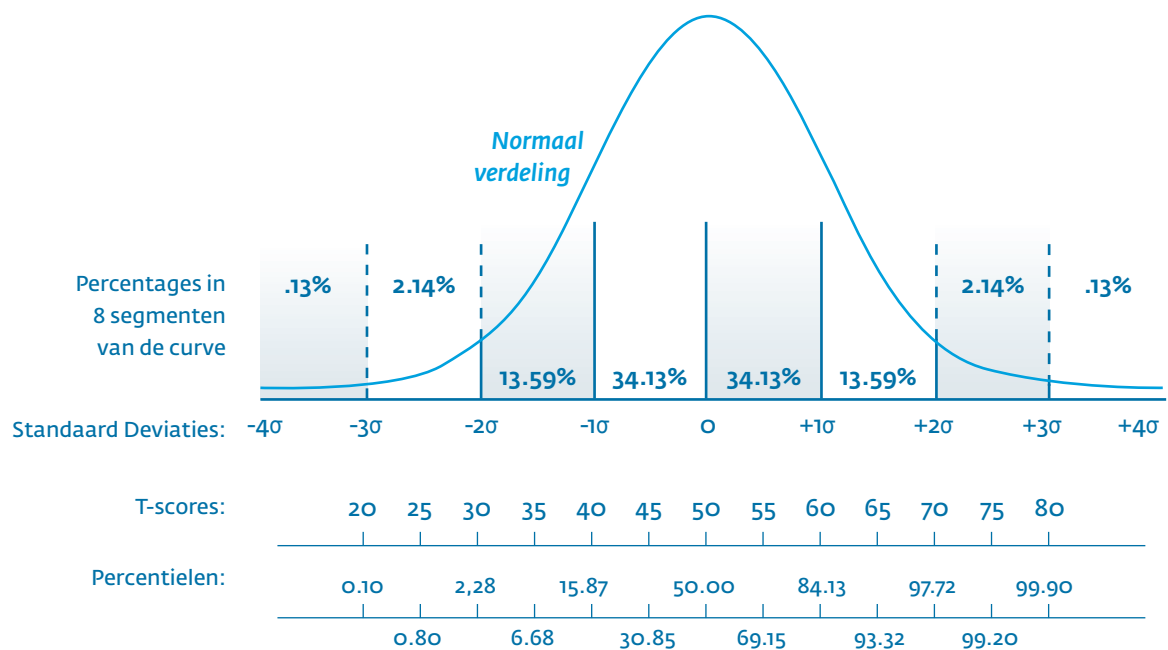
T-SCORES ALS GEMEENSCHAPPELIJK TAAL Als uniforme meetschaal of maat voor testuitslagen hebben we eerder de normaal verdeelde T-score voorgesteld (De Beurs, 2010). De T-score heeft een gemiddelde van 50 en een standaarddeviatie van 10 (McCall, 1922). Normaal-verdeelde schalen zijn betekenisvol te interpreteren, omdat alle scores een directe relatie hebben met percentielen. Percentielen verdelen een schaal in honderd groepen van gelijke grootte; elk percentiel geeft het percentage personen van de normgroep aan met een lagere score. Een concreet voorbeeld hiervan is de score

TABEL 1. TOTAALSCORES OP DE BDI-II EN DE BSI VAN EEN PATIËNT OP DRIE MEETMOMENTEN

		VOORMETING	TUSSENMETING	NAMETING
BDI-II	ruwe score	28	10	8
	betekenis	gemiddelde depressie	minimale depressie	depressie in remissie
	T-score	64	53	51
BSI	betekenis	hoog	gemiddeld	gemiddeld
	ruwe score	0.83	0.38	0.31
	betekenis	hoog	gemiddeld	gemiddeld
	T-score	63	53	51
	betekenis	hoog	gemiddeld	gemiddeld

Noot: Voor de omzetting van ruwe BDI-scores naar T_{BDI-II} hebben we gebruik gemaakt van de formule $T_{BDI-II} = 0.00031x^3 - 0.0325x^2 + 1.56x + 39.212$ op basis van tabel A3 in Choi et al. (2014) en de formule $T_{BSI} = 10.5 * \ln(x + 0.03) + (4.2x) + 61.2$ voor de BSI op basis van het normatieve bevolkingssample beschreven in de BSI-handleiding (De Beurs, 2011).

FIGUUR 1. GRAFISCHE WEERGAVE VAN PERCENTIELE EN T-SCORES ONDER DE NORMAALVERDELING.



op de Cito-toets die vaak wordt afgenomen bij kinderen op de lagere school. Heeft een kind een percentielscore van 95 op de Cito-toets behaald, dan had slechts 5% van de leerlingen een hogere score. De percentielschaal geeft dus direct de positie aan in de vergelijkingsgroep. Toegepast op T-scores betekent een score van bijvoorbeeld 70 (2 sd's hoger dan het gemiddelde) dat 97.7% van de normgroep een lagere score heeft en slechts 2.3% een hogere score heeft.

Figuur 1 geeft de normaalverdeling weer en de twee vaak gebruikte schaalverdelingen onder de normaalverdeling, T-scores en percentielscores. Figuur 2 geeft in meer detail de relatie weer tussen T-scores en percentielscores, in feite de cumulatieve normaalverdeling voor $\mu=50$ en $\sigma^2=10$). Tussen $T=45$ en 55 is de relatie nagenoeg lineair (de rode stippellijn ($y=4x-150$ is de lineaire relatie; de percentielscore $=4 \cdot \text{T-score} - 150$), maar voor hogere of lagere scores is dit verband duidelijk niet-lineair. Iemand met een T-score van 60 zou bij een lineair verband een percentielscore van 90 hebben, maar heeft feitelijk een percentielscore van 84.1. Voor T-scores geldt dat 68.3% van de normgroep een score heeft tussen 40

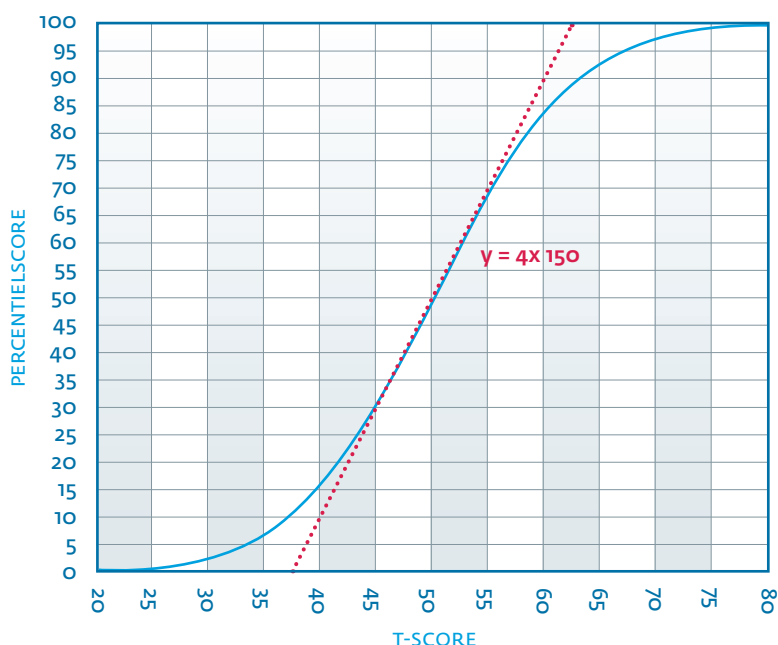
en 60, 95% een T-score tussen 30 en 70 en 99.8% een T-score tussen 20 en 80. Slechts 0.1% van de normgroep heeft een score van 20 of lager en 0.1% een score van 80 of hoger.

Een voordeel van de T-score is dat we het meetniveau mogen beschouwen als een interval-schaal. Percentielscores zijn niet in gelijke intervallen verdeeld over de gehele schaal (zie ook figuur 1 en figuur 2); daarom kunnen T-scores van elkaar worden afgetrokken en percentielscores niet. Voordeel van percentielscores is dat ze in het alledaagse taalgebruik wel makkelijk te begrijpen zijn. Beide type scores kunnen elkaar zo mooi aanvullen.

BETEKENIS GEVEN AAN EEN ENKELE SCORE

VERSCHILLENDE NORMGROEPEN

Wie is langer: een vrouw van 175 centimeter of een man van 179 centimeter? Wanneer je ze naast elkaar zet natuurlijk de man. Maar de vrouw is vergeleken met andere vrouwen langer dan de man is vergeleken met andere mannen. De percentielscore voor de vrouw is 75 (slechts 25% van de vrou-

FIGUUR 2. DE RELATIE TUSSEN DE T-SCORE EN DE PERCENTIELSCORE, LINEAIR VOOR SCORES ROND HET GEMIDDELDE, MAAR VOOR HOGE OF LAGE SCORES NIET.

wen is langer), voor de man is de percentielscore 25 (75% van de mannen is langer). We hebben in dit geval dus een relatief grote vrouw met een relatief kleine man vergeleken.

Dit voorbeeld toont aan dat een score op een algemene meetschaal (centimeters) een absolute betekenis heeft, maar dat je een referentiegroep of normgroep kunt kiezen om een score een relatieve betekenis te geven: een score is hoog, gemiddeld of laag in vergelijking met die normgroep. De betekenis van een score, waaronder ook de T-score, is dus relatief en gebaseerd op een referentiegroep (de normgroep). Dat kan de algemene Nederlandse bevolking zijn of een subgroep daarbinnen, bijvoorbeeld patiënten of mannen en vrouwen. Wat men als referentiegroep kiest, bepaalt de betekenis van de score; scores zijn altijd relatief ten opzichte van een normgroep.

Voor de T-score hebben we eerder voorgesteld patiënten als referentiegroep te nemen (De Beurs, 2010). Nadeel van deze insteek is dat niet altijd duidelijk is hoe de normgroep van patiënten is samengesteld (zijn het ambulant behan-

delde patiënten, opgenomen patiënten, eerstelijns-, basis ggz of specialistische ggz-patiënten, patiënten aan het begin of aan het eind van hun behandeling?). En de aard van de referentiegroep is van belang voor een juiste interpretatie van het gevonden meetresultaat.

Sinds 2010 zijn er een aantal ontwikkelingen geweest om meetresultaten te harmoniseren. Voorbeelden zijn het PROMIS-initiatief in de Verenigde Staten (Cella et al., 2007), het voorstel van een Duitse groep onderzoekers om depressiematen te standaardiseren (Wahl et al., 2014), het Amerikaanse voorstel om voor bestaande angstmaten een gemeenschappelijke meetschaal te hanteren (Schalet et al., 2014) en het voorstel van ICHOM (Obbarius et al., 2017) om via een conversietabel scores op veelgebruikte meetinstrumenten, zoals de PHQ-9 en de GAD-7, om te zetten van ruwe scores naar T-scores. Hierbij is voor T-scores telkens de algemene bevolking als referentiegroep gekozen. We pleiten ervoor om aan te sluiten bij deze internationale conventie. Voor een goede ijking is het belangrijk dat de bevolkingssteekproef

representatief is en qua samenstelling goed overeenkomt met de Nederlandse bevolking (Flens et al., 2017). Een score van 50 is in dat geval de score van de gemiddelde Nederlander en patiënten zullen voorafgaande aan de behandeling meestal tussen de 60 en 70 scoren.

Dit voorstel is al toegepast bij de gegevens in tabel 1 van mevrouw Vermeulen. Zij scoort bij de voormeting 64 en 63 op respectievelijk de BDI-II en de BSI en bij nameting met 51, net 1 punt hoger dan het bevolkingsgemiddelde.

BETROUWBAARHEID VAN DE SCORE De bruikbaarheid van een meetresultaat of score hangt samen met de betrouwbaarheid en de validiteit van een meetinstrument. Op validiteit komen we kort terug in een later gedeelte van dit artikel (sectie responsiviteit). De betrouwbaarheid van een meetinstrument wordt op verschillende manieren vastgesteld (Maruyama & Ryan, 2014)². Dat kan door na te gaan of de scores van verschillende beoordelaars overeenstemmen (interbeoordelaarsbetrouwbaarheid) of door vast te stellen of het meetresultaat bij herhaalde afname van een test hetzelfde blijft (de test-hertest betrouwbaarheid), waarbij we ervan uitgaan dat de gemeten respondent in de tussentijd niet verandert. De betrouwbaarheid kan ook bepaald worden door na te gaan of de ene helft van de test hetzelfde resultaat geeft als de andere helft (split-half betrouwbaarheid). Ten slotte kunnen we vaststellen of de losse items van een instrument onderling samenhangen (interne consistentie van de test). Deze betrouwbaarheidsindex wordt meestal bij zelfrapportage-meetinstrumenten gebruikt en om deze reden bevatten zelfrapportage meetinstrumenten vaak meerdere items die telkens op een iets andere manier naar hetzelfde vragen.

Betrouwbaarheid wordt uitgedrukt in een getal tussen 0.00 en 1.00; hoe hoger de waarde, hoe betrouwbaarder het instrument. Voor uitspraken over groepen patiënten wordt een betrouwbaarheid van $r=.70$ als goed omschreven (Egberink, Janssen & Vermeulen, 2009). Een relatief onbetrouwbare score per individu in de groep kan toch tot een betrouwbare score van de gehele groep leiden, omdat individuele meetfouten worden uitgemiddeld. Wanneer echter een beslissing over

een individuele patiënt genomen moet worden op basis van een score (bijvoorbeeld wel of niet een behandeling starten of staken), dan is een hoger betrouwbaarheidsniveau van minimaal $r=.90$ vereist (Egberink et al., 2009) of zelfs $r=.95$ (Nunnally & Bernstein, 1994).

DE BETROUWBAARHEID VAN EEN INDIVIDUELE SCORE

($X=T+E$) Volgens de klassieke testtheorie is de waargenomen score (X) na een testafname bij een individu opgebouwd uit de ware score (T) en een meetfout (E). De meetfout komt tot stand doordat een respondent het item niet goed leest of niet goed begrijpt, etc. Hoe onbetrouwbaarder het instrument, des te groter de meetfout is en des te groter het verschil is tussen de waargenomen score en de ware score. De (on) betrouwbaarheid van de geobserveerde score wordt vaak aangegeven met een soort foutenmarge rondom de gevonden waarde, bijvoorbeeld het 95% betrouwbaarheidsinterval (Confidence Interval of CI95). Dit betrouwbaarheidsinterval wordt zo gekozen dat, als we de test oneindig vaak zouden afnemen, de ware score van de patiënt in 95% van de gevallen binnen het betrouwbaarheidsinterval zal vallen.

De breedte van het betrouwbaarheidsinterval hangt af van de betrouwbaarheid van het instrument en van hoe zeker je wilt zijn (een keuze van de gebruiker voor bijvoorbeeld 80%, 95% of 99%). De breedte van het interval wordt dus in eerste instantie bepaald door de standaardmeetfout van het instrument (Standard Error of measurement of SE). Die waarde wordt weer afgeleid van de spreiding in scores op de meetschaal en de betrouwbaarheidsindex ($SE=SD*\sqrt{1-r}$; $CI95=T \pm 1.96*SE$)³.

Een voorbeeld met getallen: De SE van T-score waarbij gemeten is met een instrument met een betrouwbaarheid van $r=.90$ is: $10 * \sqrt{1-.90}=3.16$. Onder de normaalverdeling betekent dit dat er ongeveer 2/3^{de} (het 68% betrouwbaarheidsinterval van deze score of CI68) kans is dat de ware score zich bevindt binnen een interval van ± 3.16 schaalpunt.

1 De validiteit van een meetinstrument geeft aan in hoeverre het instrument meet wat het beoogt te meten: iemands gewicht meet je beter met een weegschaal dan met een meetlint.
2 We beperken ons hier tot betrouwbaarheid zoals gedefinieerd in de klassieke testtheorie omdat vooralsnog de meerderheid van meetinstrumenten in de Nederlandse ggz ontwikkeld is volgens deze theorie. Bij andere benaderingen, zoals de Item Respons Theorie, wordt betrouwbaarheid anders beschouwd en vastgesteld. We verwijzen de geïnteresseerde lezer naar Embretson en Reise (2013).

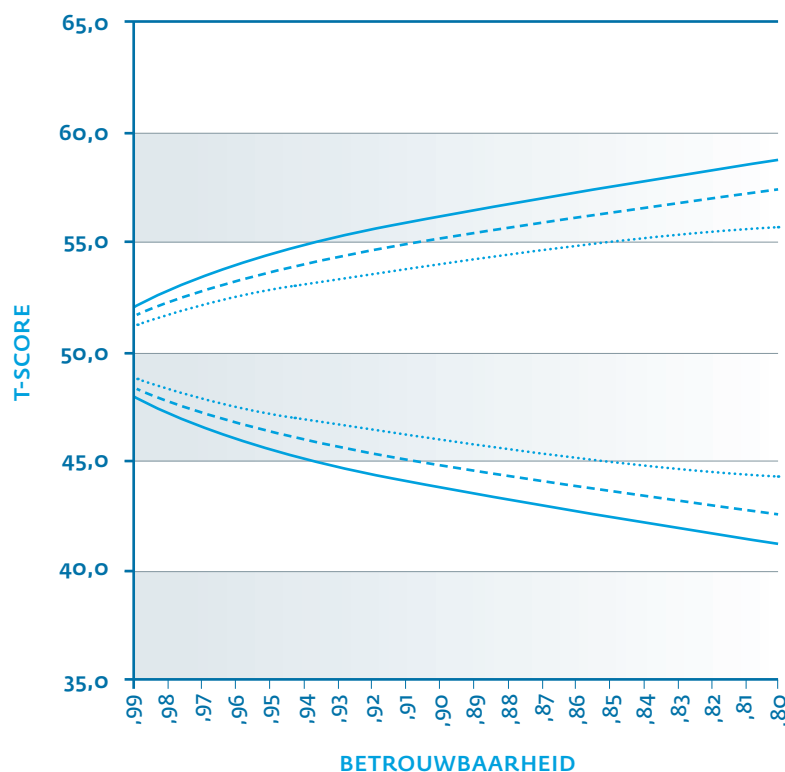
3 Er zijn twee manieren om een betrouwbaarheidsinterval te construeren. Naast de hierboven beschreven betrouwbaarheidsintervallen op basis van de standaardmeetfout kan het interval ook berekend worden op basis van de standaardschattingsfout (zie Lek, Van de Schoot-Hubeek, Kroesbergen & Van de Schoot, 2017). In het laatste geval wordt een aanvullende correctie toegepast, vermenigvuldigen met de wortel uit de betrouwbaarheid. SE wordt dan volgens een formule van Kelley (1947): $CI95 = T \pm 1.96*SE*$. Hiermee wordt ook rekening gehouden met 'regression to the mean', het fenomeen van de verhoogde kans op een minder extreme score bij een herhaalde afname van een meetinstrument. Voor geobserveerde extreme scores verschuift het betrouwbaarheidsinterval dan richting het gemiddelde. De geïnteresseerde lezer verwijzen we graag naar het zeer leesbare artikel van Lek et al. (2017).

c168 is geen gebruikelijk betrouwbaarheidsinterval, c195 wel. Bij een meetinstrument met een betrouwbaarheid van $r = .90$ is het 95% betrouwbaarheidsinterval ($c195$) ± 6.20 ; het 90% betrouwbaarheidsinterval ($c190$) ± 5.20 ; het 80% betrouwbaarheidsinterval ($c180$) ± 4.05 . Hoe zekerder je wilt zijn van de ware score, des te breder het interval wordt: bij een meting met een betrouwbaarheid van $r = .90$ weten we bij een score van 50 met 80% zekerheid dat de ware score zich bevindt tussen 45.95 en 54.05 en met 95% zekerheid dat de ware score zich bevindt tussen 43.80 en 56.20. De omvang van het betrouwbaarheidsinterval is dus afhankelijk van de gewenste zekerheid van een juiste uitspraak. Met 100% zekerheid kunnen we stellen dat de ware score van een patiënt tussen -oneindig en +oneindig zal liggen, maar dat is niet erg informatief.

Naast de gewenste zekerheid (95, 90 of 80%) bepaalt ook de betrouwbaarheid van het meetinstrument de omvang van het betrouwbaarheidsinterval. Figuur 3 geeft de relatie weer tussen de betrouwbaarheid van een test (op de x-as) en drie betrouwbaarheidsintervallen ($c195$, $c190$ en $c180$) van het meetresultaat uitgedrukt in T-scores. We zien in figuur 3 dat pas bij een testbetrouwbaarheid van $r > .93$ een betrouwbaarheidsinterval van ± 5 T-score punten bereikt wordt. Bij een betrouwbaarheidscoëfficiënt van $r = .99$ is het 95% betrouwbaarheidsinterval ($c195$) ± 2 T-score punten.

De betrouwbaarheid van een meting bij een individu neemt toe als we vragen stellen die relevant zijn voor het te meten concept en goed aansluiten bij de problematiek van de patiënt (items met een hoge informatiewaarde). Verder neemt de betrouwbaarheid toe naarmate we herhaaldelijk

FIGUUR 3. DE RELATIE TUSSEN DE BETROUWBAARHEID VAN EEN TEST EN HET 95%, 90% EN 80% BETROUWBAARHEIDSINTERVAL.



naar min of meer hetzelfde vragen (door bijvoorbeeld meer items toe te voegen aan het meetinstrument). Hiermee wordt ook duidelijk dat instrumenten die maar uit een enkel item bestaan (bijvoorbeeld de GAF-score van de DSM-IV) eigenlijk geen betrouwbare informatie op kunnen leveren over een individuele patiënt.

Het betrouwbaarheidsinterval rondom een meetresultaat geeft aan tussen welke waarden de 'ware' score van patiënt zich meestal zal bevinden. Het 95% betrouwbaarheidsinterval bij een testbetrouwbaarheid van $r=.95$ geeft een interval van ± 4.4 T-score punten rond de gevonden waarde; het 90% betrouwbaarheidsinterval bij een testbetrouwbaarheid van $r=.95$ geeft een interval van ± 3.7 T-score punten; het 90% betrouwbaarheidsinterval bij een testbetrouwbaarheid van $r=.90$ geeft een interval van ± 5.2 T-score punten. (Bij de eerste auteur van het artikel is een brochure voor de patiënt op te vragen waarin met foutbalken het 95% betrouwbaarheidsinterval is aangegeven.)

WANNEER IS EEN SCORE HOOG, GEMIDDELD OF LAAG?

Hoe verfijnd we betekenis aan een score kunnen toekennen, hangt af van de precisie van de meting. De precisie of de betrouwbaarheid wordt uitgedrukt in de standaardmeetfout of de Standard Error of measurement (SE). Bij een relatief onbetrouwbare meting kunnen we bij het geven van een betekenis aan de score niet verder gaan dan een indeling in drie niveaus: laag ($T < 45$; 0-31%), gemiddeld ($T 45-55$; 31-69%) en hoog ($T > 55$; 69 tot 100%).

Bij een meer betrouwbare meting is een indeling in zeven categorieën gebruikelijk. Percentages in de populatie worden dan doorgegaan als volgt omschreven: zeer laag (0-5%), laag (5-20%), beneden gemiddeld (20-40%), gemiddeld (40-60%), boven gemiddeld (60-80%), hoog (80-95%) en zeer hoog (95-100%). Omdat de normaal verdeelde T-scores een directe relatie hebben met percentielscores kunnen deze niveaus zowel in T-scores als in percentielscores worden uitgedrukt. Dit wordt weergegeven in figuur 4 voor zeven niveaus. Links staan T-scores en corresponderende cumulatieve percentages; rechts percentielen en corresponderende T-scores; in het midden staan betekenissen die aan een score worden gegeven wanneer men zeven niveaus hanteert. Zeven niveaus hanteren vergt overigens wel aanzienlijke precisie van het instrument; bij een meetinstrument met een grote meetfout is het bijvoorbeeld onzinnig om onderscheid te maken tussen een gemiddelde en een bovengemiddelde score.

FIGUUR 4. T-SCORES, STANDAARD-SCORES EN PERCENTIELEN EN DE BIJBEHORENDE BETEKENIS..

T	%		%	T
80	0,13	Zeer Hoog	0,1	80,90
75	0,62		1	73,26
70	2,28		5	66,45
65	6,68		10	62,82
60	15,87	Hoog	20	58,42
55	30,85		30	55,24
50	50,00	Boven gemiddeld	40	52,53
45	69,15		50	50,00
40	84,13	Gemiddeld	60	47,47
35	93,32		70	44,76
30	97,72	Beneden gemiddeld	80	41,58
25	99,38		90	37,18
20	99,87	Laag	95	33,55
			99	26,74
		Zeer laag	99,9	19,10

VERANDERING OVER DE TIJD

In de klinische praktijk monitoren we niet alleen om te weten te komen hoe hoog een patiënt scoort ten opzichte van een normgroep, maar willen we ook vaststellen of in de loop van de tijd de score betekenisvol verandert. Dan weten we of de behandeling aanslaat of niet. Als er niets verandert in de scores, dan is dat iets om te bespreken met de patiënt en kunnen behandelaar en patiënt overwegen om de behandeling over een andere boeg te gooien, zoals een ander medicament of een andere behandelmodaliteit of de behandeling staken. Als er juist wel iets verandert in de scores, dan kan de behandelaar evalueren met de patiënt of de behandeldoelen zijn behaald en de behandeling daarmee afgerond kan worden. Hoe kunnen meetresultaten hierbij helpen?

De score van mevrouw Vermeulen op de BDI-II veran-

derde van 64 bij de voormeting naar 53 bij de tussenmeting en naar 51 bij de nameting. Wat betekent een verschuiving met 11 punten? En is de tweede verschuiving met 2 punten nog betekenisvol?

BETEKENIS TOEKENNEN AAN VERANDERING IN SCORE

OVER DE TIJD Bij het vergelijken van twee scores geeft de verschilscore de mate van verandering aan. Om scores van elkaar af te mogen trekken is een normaal verdeelde schaal vereist. Is de schaal niet normaal verdeeld, dan is een verschil tussen twee scores in het lage scoregebied bijvoorbeeld niet hetzelfde als een verschil tussen twee scores in het hoge scoregebied.

Een uitwerking met een concreet getallenvoorbeeld van dit probleem en de wijze waarop T-scores hier een oplossing voor bieden is te vinden in De Beurs (2010) of De Beurs en Flens (2017). Het omzetten van ruwe scores naar de normaal verdeelde T-scoreschaal is dus niet alleen een goed idee om individuele scores betekenis te geven; het is zelfs noodzakelijk om verschilcores tussen twee metingen te mogen berekenen (De Beurs, 2010). Percentielscores – hoewel intuïtief aantrekkelijk – mogen überhaupt niet van elkaar worden afgetrokken.

RESPONSIVITEIT Wanneer we in de klinische praktijk willen meten of een behandeling effect heeft en tot verbetering heeft geleid, speelt een ander belangrijk kenmerk van een meetinstrument een rol: de responsiviteit of de gevoeligheid om verandering te detecteren. De responsiviteit wordt bepaald door de validiteit van het meetinstrument en door de betrouwbaarheid.

Om met de validiteit te beginnen: een meetinstrument is responsiever naarmate het beter meet wat is beoogd te bereiken met de behandeling. Zo toonden Dingemans en Van Furth (2017) recent aan dat bij patiënten met een eetstoornis de *Eating Disorders Evaluation Questionnaire* (EDEQ) aanzienlijk responsiever is dan de *Brief Symptom Inventory* (De Beurs & Zitman, 2006). De meetinstrumenten meten ook verschillende constructen: eetstoornis-symptomatologie en algemene psychopathologie. De resultaten wijzen uit dat het ene construct meer verandert dan het andere. Bij een eetstoornis is de EDEQ dus beter geschikt om verandering in symptomatologie te meten dan de BSI.

Generieke schalen, zoals de totaalscore op de BSI of de OQ-45 blijken over het algemeen minder responsief dan meetinstrumenten die zijn toegesneden op een specifieke doelgroep of het specifieke probleem dat behandeld wordt (Van der Mheen et al., 2017). Deze algemene uitspraak behoeft echter wel enige nuancering: specifieke subschalen

van de BSI en de OQ-45 blijken veel responsiever dan de meer globale totaalscore op deze meetinstrumenten en komen qua responsiviteit in de buurt van stoornisspecifieke meetinstrumenten voor stemmings- of angststoornissen (De Beurs et al., 2018; Schawo et al., 2019).

OPNIEUW BETROUWBAARHEID De betrouwbaarheid van het meetinstrument is medebepalend voor de responsiviteit. Aan een onbetrouwbare meting is weinig af te lezen, zoals is gebleken in onze eerdere uitleg over betrouwbaarheid. Dit geldt ook voor het detecteren van verandering over tijd. Een kleine verandering over de tijd kan berusten op een toevallige fluctuatie in score. Zo'n toevallige fluctuatie kan optreden vanwege onbetrouwbaarheid van het meetinstrument. Scores schommelen nu eenmaal over de tijd binnen hun betrouwbaarheidsinterval. Bij een grote verandering in score kunnen we met meer zekerheid concluderen dat we te maken hebben met een werkelijke verandering in ernst, dan bij een kleine verandering in score.

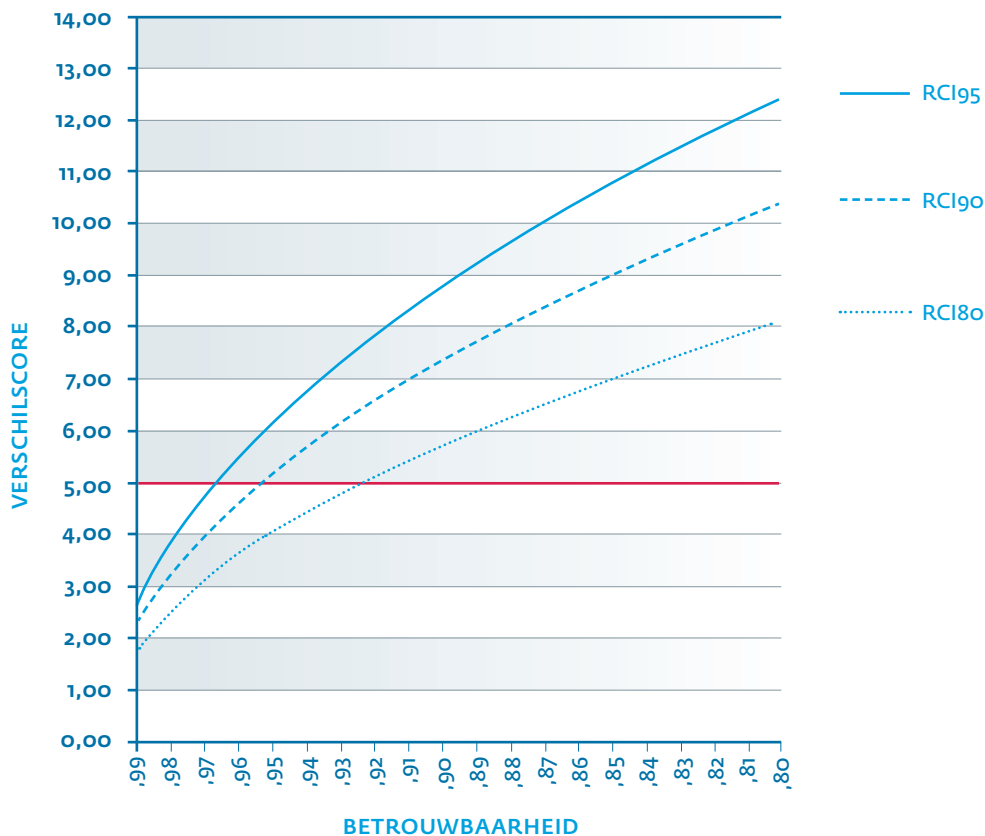
Maar hoe groot moet de scoreverandering zijn om er redelijk zeker van te zijn dat we een betrouwbare verandering zien? Jacobson en collega's (Jacobson & Revenstorf, 1988; Jacobson et al., 1999) hebben hiervoor een methode ontwikkeld.

STATISTISCH BETROUWBARE VERANDERING Als het verschil tussen twee scores groter is dan een toevallige schommeling vanwege meetonbetrouwbaarheid, dan spreken we van een statistisch betrouwbaar verschil. Een kleinere verandering is toe te schrijven aan onbetrouwbaarheid van de verschilscore; een grotere verandering is 'echt' en wordt ook wel Reliable Change genoemd. De grenswaarde voor betrouwbare verandering op een instrument heet de Reliable Change Index (RCI). Tabel 2 biedt een overzicht van RCI-waarden bij vier testbetrouwbaarheden ($r=.97, .95$ en $.90$) en bij diverse niveaus van zekerheid dat je een juiste uitspraak doet (bijvoorbeeld RCI95, RCI90 of RCI80)⁴. Een verandering in T-score op de BSI tot 4.8 punten kan toegeschreven worden aan meetonbetrouwbaarheid, en vanaf 5 of meer is er met 95% zekerheid een statistisch betrouwbare verandering bereikt.

Figuur 5 biedt deze informatie ook, maar nu voor meer betrouwbaarheidscoëfficiënten. Met figuur 5 is vast te stellen hoe groot de verschilscore moet zijn bij een bepaalde

4 Drie formules zijn hierbij van belang: (1) $RCI = DT / SDIFF$, (2) $SDIFF =$ en (3) $SE = SD^*$;

FIGUUR 5. DE RELATIE TUSSEN DE BETROUWBAARHEID VAN DE TEST EN DE BENODIGDE VERSCHILSCORE BIJ DRIE NIVEAUS VAN WAARSCHIJNLIJKHEID (95%, 90% EN 80%) VAN EEN JUISTE UITSpraak OVER VERANDERING.

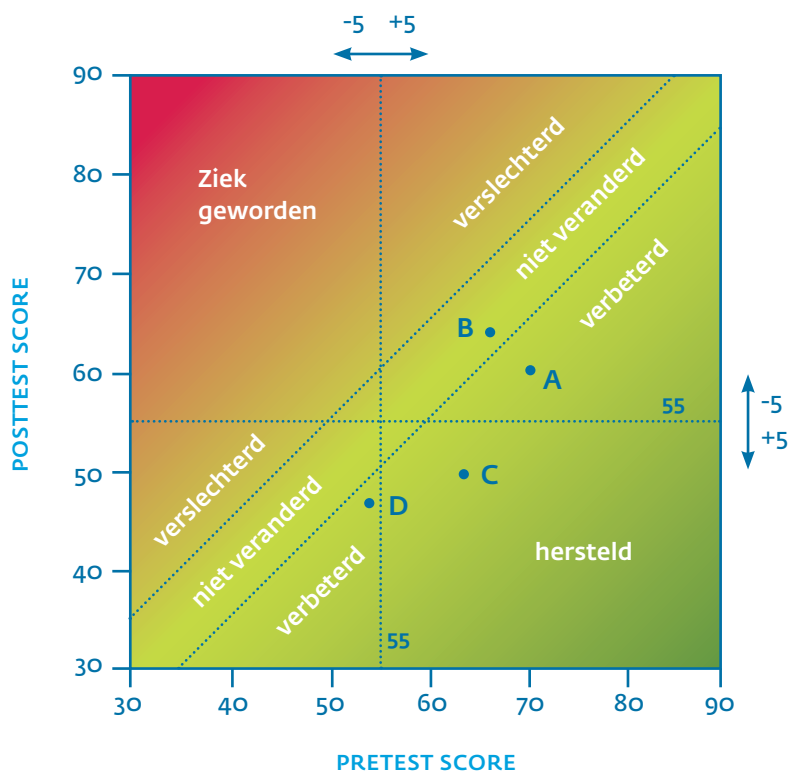


TABEL 2. BETROUWBAARHEIDSCOËFFICIËNT R EN DE RELIABLE CHANGE INDEX BIJ DRIE NIVEAUS VAN ZEKERHEID

TESTBETROUWBAARHEID (R)	RCI95	RCI90	RCI80
0.97	4.80	4.03	3.14
0.95	6.20	5.20	4.05
0.90	8.77	7.36	5.73

betrouwbaarheid van de testscore om met 80%, 90% of 95% zekerheid vast te stellen dat er sprake is van een statistische betrouwbare verandering. Als de test een betrouwbaarheid heeft van $r=.95$ (weergegeven op de x-as), dan kunnen we bij

een verschilscore (weergegeven op de y-as) van 5.20 of meer met 90% zekerheid (RCI90) aannemen dat de patiënt werkelijk veranderd is; er is 10% kans dat ten onrechte wordt geconcludeerd dat de patiënt veranderd is.

FIGUUR 6. SCHEMATISCHE WEERGAVE VAN BEHANDELUITKOMSTEN VOLGENS DE TWEE CRITERIA VOOR STATISTISCHE BETROUWBARE EN KLINISCH RELEVANTE VERANDERING.

We stellen voor als grenswaarde voor betrouwbare verandering een verschil van meer dan 5 punten⁵. Dit is een halve standaarddeviatie en komt qua omvang overeen met wat een minimaal waarneembare verandering is ('minimally detectable' en 'minimally important difference'; Jaeschke, Singer & Guyatt, 1989; Norman, Sloan & Wyrwich, 2003; Sloan, Cella & Hays, 2005).⁶ Dit veronderstelt bij 90% zeker-

heid over een juiste uitspraak een zeer betrouwbaar meetinstrument (op zijn minst $r=.95$). De meeste gebruikte meetinstrumenten in de klinische psychologie halen dit betrouwbaarheidsniveau niet. Bij geringere betrouwbaarheid van het instrument is een verschil van 5 punten te weinig en zou de grens eerder op 10 punten of nog hoger moeten liggen. Dit onderstreept nog eens de noodzaak om betrouwbare meetinstrumenten te gebruiken voor uitspraken over individuen.

5 Voor RCI95 DT/SDIFF=1.96; SE=2.52. Dit betekent dat de betrouwbaarheid van het instrument $r=.97$ moet zijn om DT=5 te mogen hanteren als grenswaarde.

6 Jaeschke, Singer & Guyatt (1989) stelden een verschuiving van een halve punt op een zevenpuntschaal voor als een verandering die detecteerbaar is voor patiënten (een 'anchor based' criterium); bij Norman, Sloan & Wyrwich, (2003) en Sloan, Cella & Hays, (2005) gaat het om een 'distribution-based' of statistisch criterium; zie ook De Vet et al. (2006).

KLINISCH BETEKENISVOLLE VERANDERING Een tweede concept dat Jacobson en collega's hebben geïntroduceerd gaat over de klinische betekenis van verandering. Een patiënt kan statistische betrouwbaar veranderen (verbeteren), maar bij de nameting nog steeds een hoge score hebben. Van klinisch

betekenisvolle verandering (Clinical Significance of cs) spreken ze wanneer de score van een respondent niet alleen statistisch betrouwbaar verandert, maar ook een grensscore passeert die de overgang van ziek naar gezond markeert. Deze grensscore kan berekend worden volgens de formule $cs = s_2 * M_1 + s_1 * M_2 / s_1 + s_2$.

Bij gebruik van een meetinstrument waarop de zieke populatie bij de voormeting gemiddeld $T=65$ scoort en de gezonde populatie $T=50$ zouden we dit snijpunt op 57.5 kunnen stellen. In onderzoek naar de bruikbaarheid van meetinstrumenten voor screeningsdoeleinden worden vaak optimale afkappunten voorgesteld, bijvoorbeeld voor algemene psychopathologie: $BSI \geq 0.58$ (De Beurs, 2011); $OQ-SD-SD \geq 34$ (Timman, De Jong & De Neve-Enthoven, 2017); voor depressie: $PHQ-9 \geq 8$; $CES-D \geq 18$; $BDI-II \geq 17$; voor Angststoornissen: $MASQ-GA \geq 23$; $GAD-7 \geq 7$; $Panas \geq 21$; (Choi et al., 2014; Schalet et al., 2014; Wahl et al., 2014). Na T-score transformatie liggen deze afkappunten allemaal rond de 60. PROMIS gebruikt als afkappunt $T=55$. Een grenswaarde van $T=55$ is strenger dan de grenswaarden voor 'caseness' op veelgebruikte instrumenten en iets lager dan de berekende waarde, maar een veilige keuze, totdat we zeker weten dat succesvol behandelde patiënten in meerderheid onder de $T=60$ of $T=57.5$ scoren.

KLINISCHE BEHANDELUITKOMST Gebruik van beide grensscores (verschilscore > 5 en overschrijden van de grensscore $cs=55$) levert vijf klinisch herkenbare behandeluitkomsten op: de respondent is hersteld (zowel RCI als cs), verbeterd (alleen RCI), niet veranderd (de verandering is kleiner dan RCI), verslechterd (alleen RCI, maar in de 'verkeerde' richting) en ziek geworden (zowel RCI als cs). De laatste twee categorieën komen minder voor en kunnen samen genomen worden.

De uitkomsten zijn schematisch weergegeven in figuur 6. De voormetingscore staat op de x-as en de nametingscore op de y-as. In figuur 6 wordt een patiënt met een nagenoeg gelijke score bij voor- en nameting (respectievelijk 67 en 64) geplaatst in de diagonale band 'niet veranderd' (patiënt A). Een patiënt met een score bij de voormeting van 70 en bij de nameting van 60 valt in het 'verbeterd' gebied (patiënt B). Een patiënt met een voormeting score van 63 en een nameting score van 50 is 'hersteld' (patiënt C).

Ten slotte zijn de scores weergegeven van een patiënt met een voormetingscore van 53 en een nametingscore van 46; deze patiënt scoorde bij de voormeting al onder de grensscore en is dus alleen verbeterd (patiënt D). Figuur 7 illustreert het

FIGUUR 7. SCOREVERLOOP VAN KLACHTEN OVER DE TIJD VAN VIER PATIËNTEN.



verloop van klachten over de tijd bij dezelfde vier patiënten met nu ook hun scores halverwege de behandeling.

NIEUWE ONTWIKKELINGEN

Ter ondersteuning van klinische beslissingen bij individuele patiënten (continueren of stoppen, op- of afschalen van de behandeling) zijn uiterst betrouwbare en valide meetinstrumenten noodzakelijk. Een betrouwbaarheid van $r=.70$ of $.80$ is voor het vergelijken van gemiddelde scores van groepen patiënten acceptabel, maar voor bruikbare informatie over individuele patiënten moet de betrouwbaarheid van het instrument hoger zijn, bij voorkeur $r=.95$ of hoger.

Een hoge betrouwbaarheid kan gerealiseerd worden met veel items, maar lange meetinstrumenten zijn niet klantvriendelijk en te veel vragen stellen over hetzelfde brengt het risico met zich mee dat de respondent na veel gelijksoortige items de beantwoording niet meer serieus ter hand neemt. Recent is er een meetmethode geïntroduceerd in de Neder-

landse ggz om tegemoet te komen aan dit dilemma: computergestuurd adaptief testen (CAT). Deze meetmethode is op de Item Respons Theorie gebaseerd en behelst dat uit een verzameling van items (een zogenaamde itembank) vragen worden voorgelegd tot een score met een hoge betrouwbaarheid is bereikt. Gaandeweg de test worden steeds beter passende items aangeboden. Met zes tot acht vragen is zo een meetbetrouwbaarheid van $r = .95$ of meer te behalen. Hiermee kunnen we goed uit de voeten om verandering bij individuele patiënten statistisch betrouwbaar vast te stellen. Een uitgebreide bespreking van CAT valt buiten het bestek van dit artikel, maar is recent geboden door Flens en De Beurs (2017) en door Williams, Flens & De Beurs (2017). Inmiddels is de validatie van CAT's voor depressie en angst voor het Nederlandse taalgebied bijna afgerond en zijn CAT's in ontwikkeling voor tal van andere aan gezondheid gerelateerde concepten, waaronder het functioneren (zie www.healthmeasures.net/promis en www.dutchflemispromis.nl).

TER AFSLUITING

Samenvattend hebben we zes aanbevelingen gedaan:

- 1) We stellen opnieuw de T-score voor als universele maat voor testresultaten van klinische meetinstrumenten, echter nu geijkt op de algemene bevolking;
- 2) Voor het meten van individuen in de ggz is de betrouwbaarheid van het meetinstrument bij voorkeur minimaal $r = .95$; rond de T-score presenteren we het CI95 betrouwbaarheidsinterval;
- 3) We gebruiken zeven betekenisniveaus (5, 20, 40, 60, 80 en 95 percentiel), met omschrijvingen van 'zeer laag' tot 'zeer hoog'.
- 4) Op de T-score meetschaal is een verandering van meer dan 5 punten statistisch 90% betrouwbaar.
- 5) De grensscore voor de overgang van ziek naar gezond is $T = 55$;
- 6) Om de behandeluitkomst klinisch betekenisvol te duiden stellen we vijf categorieën voor: hersteld (zowel RC190 als cs), verbeterd (alleen RC190), niet veranderd (de verandering is kleiner dan RC190), verslechterd (alleen RC190, maar in de 'verkeerde' richting) en ziek geworden (zowel RC190 als cs).

We hopen met deze aanbevelingen een bijdrage te leveren die leidt tot meer uniformiteit in hoe we meetresultaten in de ggz interpreteren. Uniformiteit komt een goed begrip van meetresultaten ten goede en kan leiden tot een toename van het gebruik van meetinstrumenten in de klinische praktijk.

Essentieel voor een brede invoering van ROM in de ggz is optimale ondersteuning van de behandelaar met bruikbare en toegankelijke software. Om die reden roepen we ontwikkelaars van software graag op om bij het presenteren van meetresultaten onze aanbevelingen in hun applicaties door te voeren. Ten slotte hopen we met dit artikel testontwikkelaars aan te moedigen om het meetinstrumentarium te verbeteren en opleiders om aan te sturen op verantwoord testgebruik.

OVER DE AUTEURS

Edwin de Beurs werkt als senioronderzoeker bij GGZ-instelling Arkin en als hoogleraar ROM en Benchmarking aan de sectie Klinische Psychologie van de Universiteit Leiden. Drs. Gerard Flens werkt als Product Owner GGZ Dataportaal bij Akwa GGZ en doet als buiten promovendus van de Universiteit Leiden onderzoek naar computergestuurde adaptieve tests voor angst en depressie. Drs. Guido Williams werkt als klinisch psycholoog bij GGZ-instelling Dimence en doet als buitenpromovendus van de Universiteit Leiden onderzoek naar computergestuurde adaptieve tests voor functioneren. Correspondentie over dit artikel: e.de.beurs@arkin.nl. Bij hem is een brochure opvraagbaar met een korte toelichting van respectievelijk scores en verandering in score over de tijd om te gebruiken bij uitleg aan de patiënt.

Summary

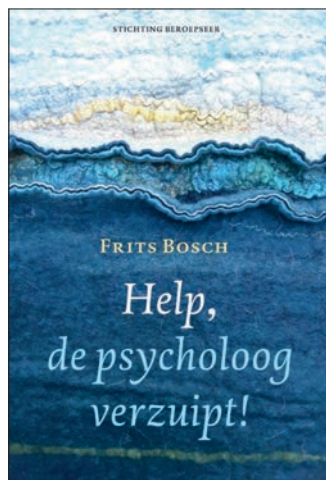
INTERPRETATION OF MEASUREMENT RESULTS IN CLINICAL PSYCHOLOGY

E. DE BEURS, G. FLENS & G. WILLIAMS

This article deals with measurement and the interpretation of scores on clinical psychological tests. The use of a uniform measurement scale is proposed as well as how to present measurement results to the patient. We describe the meaning of measurement results: When do we call a score high, when low? When do we consider a change in score over time as a statistically reliable change and when is a (change in) score indicative of symptomatic or functional recovery? We provide specific recommendations to give meaning to measurement results and visualization of the data. After reading this article, you will be able to interpret T-scores, explain to patients what their measurement results mean and use this information for shared decision making with the patient about the further course of treatment (to stop, continue, switch, intensify or reduce the intensity of treatment).

Literatuur

- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1987). *Manual for the revised Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Cella, D., Yount, S., Rothrock, N., Gershon, R., Cook, K. et al. (2007). The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS): progress of an NIH Roadmap cooperative group during its first two years. *Medical Care*, 45(5, S1), S3-S11. doi:10.1097/01.mlr.0000258615.42478.55
- Choi, S.W., Schalet, B., Cook, K.F. & Cella, D. (2014). Establishing a common metric for depressive symptoms: Linking the BDI-II, CES-D, and PHQ-9 to PROMIS Depression. *Psychological Assessment*, 26(2), 513-527. doi:10.1037/a0035768
- de Beurs, E. (2010). De genormaliseerde T-score, een 'euro' voor testuitslagen [The normalised T-score: A euro for test results]. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 65, 684-695. Retrieved from www.sbgg.nl
- de Beurs, E. (2011). *Handleiding Brief Symptom Inventory* (2nd ed.). Leiden: Pits BV.
- de Beurs, E. & Flens, G. (2017). Gebruik van verschillende meetinstrumenten: de getransformeerde T-score en equivalente responsiviteit. In E. de Beurs, L. Warmerdam & M. Barendregt (Eds.), *Behandeluitkomsten: bron voor kwaliteitsbeleid in de GGZ* [Treatment outcome: source of quality management in Mental Health Care] (pp. 225-238). Amsterdam: Boom Uitgevers.
- de Beurs, E., Meesters, Y., Vissers, E., Schoevers, R.A., Carlier, I.V. & Van Hemert, A.M. (2018). Comparative responsiveness of generic versus disorder-specific instruments for depression: an assessment in three longitudinal datasets *Journal of Depression and Anxiety*, Accepted for publication. doi:10.1002/da.22809
- de Beurs, E. & Zitman, F.G. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI): De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90 [The Brief Symptom Inventory: Reliability and validity of a handy alternative for the SCL-90]. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 120-141.
- de Vet, H.C., Terwee, C.B., Ostelo, R.W., Beckerman, H., Knol, D.L. & Bouter, L.M. (2006). Minimal changes in health status questionnaires: distinction between minimally detectable change and minimally important change. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(1), 54.
- Derogatis, L.R. (1975). *The Brief Symptom Inventory*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Dingemans, A.E. & Van Furth, E.F. (2017). Het meten van verandering tijdens behandeling voor eetstoornissen: Een vergelijking van twee algemene en specifieke vragenlijsten [Measuring change during the treatment of eating disorders: a comparison of two types of questionnaires] *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59(5), 278-285. doi:http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/59-2017-5-artikel-dingemans.pdf
- Egberink, I., Janssen, N. & Vermeulen, C. (2009). COTAN Documentatie (www.cotandocumentatie.nl). Amsterdam: Boom test uitgevers.
- Embretson, S.E. & Reise, S.P. (2013). *Item response theory for psychologists*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Flens, G., & de Beurs, E. (2017). De toekomst van ROM: computerge-stuurd adaptief testen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59(12), 767-774.
- Flens, G., Smits, N., Terwee, C.B., Dekker, J., Huijbregts, I. et al. (2017). Development of a Computerized Adaptive Test for Anxiety based on the Dutch-Flemish version of the PROMIS Item Bank. *Assessment*, 24(4). doi:10.1177/1073191117746742
- Jacobson, N.S. & Revenstorf, D. (1988). Statistics for assessing the clinical significance of psychotherapy techniques: Issues, problems and new developments. *Behavioral Assessment*, 10, 133-145.
- Jacobson, N.S., Roberts, L.J., Berns, S.B. & McGlinchey, J.B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: Description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 300-307.
- Jaeschke, R., Singer, J. & Guyatt, G.H. (1989). Measurement of health status. *Controlled Clinical Trials*, 10(4), 407-415. doi:10.1016/0197-2456(89)90005-6
- Kelley, T.L. (1947). *Fundamentals of statistics*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Lek, K., Van de Schoot-Hubeek, W., Kroesbergen, E., & van de Schoot, R. (2017). Het betrouwbaarheidsinterval in intelligentietests. Hoe zat het ook weer? *De Psycholoog*, 52(11), 10-24.
- Mariyama, G. & Ryan, C.S. (2014). *Research methods in social relations*: John Wiley & Sons.
- McCall, W.A. (1922). *How to measure in education*. New York: MacMillan.
- Norman, G.R., Sloan, J.A. & Wyrtwich, K.W. (2003). Interpretation of changes in health-related quality of life: The remarkable universality of half a standard deviation. *Medical Care*, 41(5), 582-592. doi:10.1097/00005650-200305000-00004
- Nunnally, J.C. & Bernstein, I.R. (1994). *Psychometric theory* (3th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Obbarius, A., Van Maasakkers, L., Bear, L., Clark, D.M., Crocker, A.G. et al. (2017). Standardization of health outcomes assessment for depression and anxiety: recommendations from the ICHOM Depression and Anxiety Working Group. *Quality of Life Research*, 26, 1-15. doi:10.1007/s11136-017-1659-5
- Schalet, B.D., Cook, K.F., Choi, S.W. & Cella, D. (2014). Establishing a common metric for self-reported anxiety: Linking the MASQ, PANAS, and GAD-7 to PROMIS Anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(1), 88-96. doi:10.1016/j.janxdis.2013.11.006
- Schawo, S., Carlier, I.V., Van Hemert, A.M. & De Beurs, E. (2019). Measuring treatment outcome in patients with anxiety disorders: A comparison of the responsiveness of generic and disorder-specific instruments. *Journal of Anxiety Disorders*, 64, 55-63. doi:10.1016/j.janxdis.2019.04.001
- Sloan, J.A., Cella, D. & Hays, R.D. (2005). Clinical significance of patient-reported questionnaire data: another step toward consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58(12), 1217-1219. doi:10.1016/j.jclinepi.2005.07.009
- Timman, R., De Jong, K. & De Neve-Enthoven, N. (2017). Cut-off scores and clinical change indices for the Dutch Outcome Questionnaire (OQ-45) in a large sample of normal and several psychotherapeutic populations. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 72-81. doi:10.1002/cpp.1979
- Van der Mheen, M., ter Mors, L.M., Van den Hout, M.A. & Cath, D.C. (2017). Routine outcome monitoring bij de behandeling van angststoornissen: diagnosespecifieke versus generieke meetinstrumenten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59. doi:http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/60-2018-1-artikel-vandermheen.pdf
- Wahl, I., Löwe, B., Bjorner, J.B., Fischer, F., Langa, G. et al. (2014). Standardization of depression measurement: a common metric was developed for 11 self-report depression measures. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(1), 73-86. doi:10.1016/j.jclinepi.2013.04.019
- Williams, G., Flens, G. & De Beurs, E. (2017). Computer Adaptief Testen Moderne meettechniek voor uitkomstmaten. *PsyXpert*, 3(4), 14-21. doi:https://www.psyxpert.nl/tijdschrift/editie/artikel/t/computerge-stuurd-adaptief-testen-cat



Activist in de eerste lijn

Help, de psycholoog verzuipt!

Door Frits Bosch (2019)

Culemborg: Stichting Beroepseer, 278 p.

Recensent: Karel Soudijn

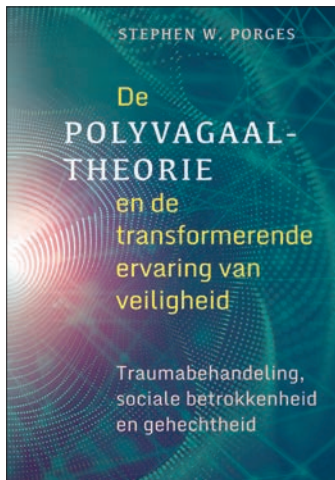
In dit boek wisselen drie soorten teksten elkaar af: autobiografie, casuïstiek en politiek pamflet. De autobiografie maakt niet precies duidelijk wanneer Frits Bosch werd geboren, maar uit de tekst valt op te maken dat dit omstreeks 1952 moet zijn geweest. Hij studeert klinische psychologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam en doet in 1978 zijn doctoraalexamen. In 1980 opent hij samen met een collega een eerste-lijnspraktijk, gevestigd op een zolder in Haarlem. Met een ziekenfonds wordt het tarief afgesproken: veertig gulden per consult, met een maximum van vijf per jaar. Cliënten betalen een eigen bijdrage van tien gulden. Wie meer hulp nodig heeft, betaalt een uurtarief naar inkomen. Bosch beschrijft beeldend hoe op die zolder het contact met zijn eerste cliënt verliep. Al in de tweede zitting wordt duidelijk dat behandeling zinloos is. De cliënt zegt dat ze er helemaal zenuwachtig van wordt. Ze stopt. In een terugblik schrijft Bosch hierover, dat hij later pas begreep dat succes van een behandeling sterk afhangt van de motivatie van cliënten.

Dit boek staat vol met voorbeelden van behandelingen die Bosch in de loop der jaren uitvoerde. De casuïstiek toont een brede variatie aan klachten, maar suggereert ook dat kortdurende behandelingen vaak wél succesvol zijn. In dit boek lijken interventies gebaseerd op gezond verstand en simpele verleidings-technieken, maar Bosch keert zich tegen de opvatting dat vrijwel iedereen wel geschikt is als hulpverlener. Hij laat doorschemeren dat hij in de loop der tijd zelf behoorlijk veel tijd besteedde aan bijscholing. Lezers worden al snel geconfronteerd met de grote paradox:

de gereedheidskist behoort een flink aantal technieken te bevatten, maar behandelingen moeten het volgens Bosch vooral hebben van motivatie en van wederzijds vertrouwen.

In de Nederlandse psychologenwereld heeft Bosch naam gemaakt als lobbyist. Hij besteedde naast zijn gewone praktijk veel tijd aan verbetering van de maatschappelijke positie van de vrijgevestigde eerstelijnspsycholoog. Politieke strijd kleurt dit boek. De enthousiaste (maar soms overwerkte) hulpverlener trekt van leer tegen zorgverzekeraars en andere gevestigde machten. Vooral Edith Schippers krijgt er van langs, de VVD-er die van 2010 tot 2017 minister van VWS was. Haar maatregelen om wachtlijsten in de gezondheidszorg te verkorten, pakten averechts uit. Bezuinigingsmaatregelen maakten de zorg alleen maar duurder. In ruimere zin keert Bosch zich tegen de tendens om de gezondheidszorg te verbeteren via protocollen en standaardisering. Volgens hem is dit heilloos. Motivatie en onderling vertrouwen laten zich niet in regels persen.

Dit vlot leesbare boek kent een romantische ondertoon. De ideale psycholoog werkt kleinschalig. De rol van een psycholoog is te vergelijken met die van een schaker. Sommige situaties komen vaker voor. Die lijken 'standaard' en kunnen worden benaderd met regels die in het verleden succesvol waren. Maar de kunst is vooral om te reageren op onverwachte zetten. Wie teveel nadruk legt op standaardsituaties, staat al snel op verlies. En verder is eerstelijnspsychologie een vat vol tegenstrijdigheden: zorg dat je cliënt zo snel mogelijk wegblijft!



Lichaam boven geest

De polyvagaaltheorie en de transformerende ervaring van veiligheid: traumabehandeling, sociale betrokkenheid en gehechtheid

Door Stephen W. Porges (2019)

Eeserveen: Uitgeverij Mensl, 288 p.

Recensent: Karel Soudijn

Dit boek is uit het Amerikaans vertaald in slecht Nederlands. Hebt u wel eens iets 'transformerends' ervaren? Kennelijk wordt verwezen naar iets dat ons leven beïnvloedt. En wat is 'polyvagaal'? Dit woord verwijst naar variatie in zenuwbanen. Wie zich niet uit het veld laat slaan door anglicismen en vaktermen, vindt in dit boek enkele aardige ideeën over ons lichamelijk functioneren. Stephen Porges begon zijn carrière als psychofysioloog. Later werd hij hoogleraar Psychiatrie. Inzichten uit psychofysiologisch onderzoek vertaalt hij nu naar de klinische praktijk. Maar wat er ook met patiënten gebeurt: het accent blijft bij hem liggen op lichamelijke reacties. Descartes beweerde ooit: 'Ik denk dus ik ben.' Porges betreurt dit, want volgens hem had Descartes beter kunnen zeggen: 'Ik voel, dus ik ben.' De nadruk behoort te liggen op lichamelijke gevoelens.

Piet Vroon populariseerde vele jaren geleden een evolutionaire opvatting over het menselijk brein. Dat brein zou opgevat kunnen worden als gelaagd: reptielenbrein, zoogdierenbrein en een bescheiden stukje brein van moderne mensen. Porges denkt in dezelfde traditie. Wie problemen ervaart, zal eerst 'het evolutionair nieuwste deel' van het zenuwstelsel gebruiken 'om veiligheid te creëren'. Dit gaat 'via het gebruik van je gezicht en van vocalisaties'. Lukt dit niet, dan stijgt de hartfrequentie en zetten we ons schrap om te vechten of te vluchten. Wanneer vechten of vluchten onmogelijk lijkt, dan kunnen we reflexmatig blokkeren. Porges: 'Het komt erop neer dat gevaarsignalen worden vertaald naar verschillende fysiologische toestanden en gedragingen. Die variaties

(...) veroorzaken een van de lastigste problemen bij de behandeling van trauma.'

Verspreid door het boek vinden we adviezen die elke hulpverlener wel kan gebruiken. Andere mensen kan men kalmeren door hun uitademing te verlengen. Hoe? Porges suggereert om cliënten langere zinnen te laten gebruiken. Ook is het gunstig voor de ademhaling als cliënten gaan zingen. Misschien zullen cliënten en hulpverleners zelfs gezamenlijk een lied aanheffen, want Porges legt nadruk op interactie. Hulpverleners moeten in elk geval goed op hun eigen stemgeluid letten: geen diepe bastonen gebruiken, een prettige variatie aan toonhoogtes aanleren. Een aangename toon is belangrijk voor de ontwikkeling van de oorspiers van cliënten. Bovendien moeten therapeuten hun behandelkamer zo inrichten, dat storende geluiden uit de buitenwereld daarin niet kunnen binnendringen.

Porges ontwikkelde het programma 'Listening Project Protocol'. Cliënten luisteren hierbij naar liedjes, 'omdat we de nadruk willen leggen op de prosodische eigenschappen van de menselijke stem. (...) Als we luisteren naar een stem met een hoge mate van tonale modulatie, zal ons zenuwstelsel een toestand triggeren die we met veiligheid associëren.' Ook dit citaat is erbarmelijk Nederlands, maar de boodschap is helder. Eigenlijk is het niet zo belangrijk wat hulpverleners tegen hun cliënten zeggen. Het gaat er vooral om hoe zij het zeggen. Jammer dat de vertaalster van dit boek daar niet zo op heeft gelet.

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



VOORPUBLICATIE

Hoe de dood ons drijft

door Sheldon Solomon, Jeff Greenberg, Tom Pyszczynski
Amsterdam: Boom uitgevers, 352 p.

Doodsangst is een van de belangrijkste drijvende krachten van het menselijk handelen. We worden er zelfs zozeer door gestuurd dat elke poging om een antwoord te vinden op de vraag 'Waarom doen mensen zoals ze doen?' tekort zal schieten als daarin het besef van de sterfelijkheid niet centraal staat.

(...)

Het idee dat het besef van onze eigen sterfelijkheid een centrale rol speelt in alles wat de mens aangaat, is al heel oud. We vinden het terug in de Bijbel, de Tora, de Koran en de oude boeddhistische teksten. Vijfentwintighonderd jaar geleden zag de Griekse historicus Thucidides het probleem van de dood als de belangrijkste oorzaak van langdurige gewelddadige conflicten. Volgens Socrates was het de taak van de filosofie om ons te leren hoe te sterven. Voor Hegel was de geschiedenis een verslag van 'wat de mens doet met de dood'. In de afgelopen twee eeuwen zijn dit soort ideeën verder ontwikkeld door filosofen (zoals Kierkegaard en Nietzsche), theologen (bijvoorbeeld Tillich een Buber), psychoanalytische en existentieel-psychologen (van Freud tot Rank en Lifton), om nog maar te zwijgen over de tijdloze literaire canon die zich uitstrekt van bijvoorbeeld Sophocles tot Shakespeare en Philip Roth.

In het veld van de wetenschappelijke psychologie is aan het probleem van de dood echter nooit veel aandacht besteed. Zelfs nu zijn veel psychologen er verbazingwekkend onverschillig over. Afgaand op invloedrijke hedendaagse sociaalwetenschappelijke studies over de menselijk natuur, de geest, cultuur, religie, oorlog, geschiedenis en bewustzijn zou je

zomaar kunnen denken dat de dood niet alleen onbelangrijk is, maar bovendien nauwelijks bestaat.

(...)

Wij [*de auteurs, Red.*] leerden elkaar kennen tijdens het doctorale programma experimentele psychologie aan de University of Kansas en de boeken van Ernest Becker bleken een ware openbaring voor ons, een soort Steen van Rosetta. Becker legde ons uit hoe de angst voor de dood het menselijk gedrag stuurt. Hij wierp licht op talloze sociaal-psychologische thema's die wij al jarenlang hadden bestudeerd zonder ze werkelijk te begrijpen. Plotseling hadden we een antwoord op de vraag waarom we eigenwaarde zo nodig hebben, en waarom we mensen die anders zijn dan wijzelf vrezen, verafschuwen en soms zelfs uit de weg proberen te ruimen. In ons jeugdige enthousiasme deelden we Beckers ideeën tijdens de bijeenkomst van de Society of Experimental Social Psychology in 1984. Daar introduceerden we onze terror management theory, onze angstbeheersingstheorie, gebaseerd op Beckers stelling dat mensen voornamelijk streven naar betekenisvolle levens om te kunnen omgaan met hun angst voor de dood. Het publiek haakte echter zichtbaar af toen we vertelden dat onze theorie was beïnvloed door sociologie, antropologie, existentiële filosofie en psychoanalyse. Toen we vervolgens ook het denken van Marx, Kierkegaard, Freud en Becker aanhaalden, haastten vermaarde psychologen zich naar de uitgang.

Verbaasd, maar onverschrokken, schreven we vervolgens een artikel voor het tijdschrift van de American Psychological Association, *American Psychologist*. Een paar maanden later kwam het

commentaar. 'Ik weet wel zeker dat dit artikel volstrekt oninteressant is voor psychologen, zowel levende als dode', aldus de eenregelige beoordeling. We bleven de redactie echter bestoken met vragen en ontvingen uiteindelijk commentaar waar we wel wat mee konden. 'Hoewel jullie ideeën wel enige waarde hebben,' zei hij, 'zal niemand ze serieus nemen tenzij jullie met bewijzen komen.'

En zo hebben we de afgelopen kwart eeuw onderzoek gedaan naar de invloed van doodsangst op het menselijk handelen.

(...)

Al sinds het eerste begin van de mensheid hebben cultureel bepaalde wereldbeelden veel troost geboden. Door de eeuwen heen, en overal ter wereld, is de meerderheid van de mensen geleerd dat het bestaan letterlijk in een of andere vorm doorgaat voorbij de lichamelijke dood. Sommigen van ons geloven dat de ziel opstijgt naar de hemel waar we onze eerder overleden dierbaren weer zullen ontmoeten en ons kunnen koesteren aan de liefdevolle gloed van onze schepper. Anderen 'weten' dat onze ziel op het moment van onze dood verhuist naar een nieuwe, geïncarneerde vorm. Weer anderen zijn ervan overtuigd dat onze zielen gewoon oversteken naar een ander, onbekend niveau van het bestaan. In al deze gevallen geloven we op de een of andere manier dat we letterlijk onsterfelijk zijn.

Onze culturen bieden ons bovendien hoop op symbolische onsterfelijkheid, een besef dat we deel uitmaken van iets dat groter is dan wijzelf en dat nog lang zal voortbestaan nadat wij zijn overleden. Op symbolische wijze 'leven we voort' in ons werk, door de mensen die we hebben gekend, door de gedenktens die ons graf markeren en in ons nageslacht.

Het is echter niet voldoende dat we het leven in het algemeen zo zien. We moeten ons eigen leven ook zo zien. De wegen naar de letterlijke en de symbolische onsterfelijkheid verlangen van ons dat we ons een waardevol lid van onze eigen cultuur voelen. Daarom is een tweede, onmisbaar middel voor de beheersing van de angst het gevoel dat wij er persoonlijk toe doen, ons gevoel van eigenwaarde. En zoals de cultureel bepaalde wereldbeelden uiteenlopen, zo geldt dat ook voor de manieren waarop we ons gevoel van eigenwaarde krijgen en bewaren. Onder de Dinka in Sudan staat de man die de grootste kudde lang-

In het veld van de wetenschappelijke psychologie is aan het probleem van de dood nooit veel aandacht besteed

hoornkoeien bezit in het hoogste aanzien. Voor veel Canadezen is de man die er het best in slaagt om met zijn stick rubberen pucks in een door een gemaskerde tegenstander bewaakt net te slaan, een nationale held.

(...)

Doodsangst is een sturende factor in de ontwikkeling van kunst, religie, taal, economie en wetenschap. Hij deed ons piramiden opbouwen en de Twin Towers neerhalen. Het besef van onze eigen sterfelijkheid leidt ertoe dat we van dure auto's houden, ons knisperend bruin bakken in de zon, rijden als bezetenen, en beroemd willen worden, ook al betekent het dat we daarvoor Yak-urine moeten drinken in een realityshow. De dood maakt ook dat we ons ongemakkelijk voelen in ons lichaam en een ambivalente houding hebben ten opzichte van seks.

Alleen wij mensen zijn, vanwege onze vergrote en verfijnde hersenschors, in staat om doodsangst te voelen terwijl er geen direct gevaar dreigt. Onze dood 'wacht als een oude losbol', zoals de Belgische chansonnier Jacques Brel al zei, weggedoken in de psychologische schaduwen. Zelfs als we het geluk hebben om aanvallen door giftige insecten of bijtende beesten, messen, kogels, vliegtuigongelukken, auto-ongelukken, kanker of aardbevingen te ontwijken, weten we heel goed dat er een keer een einde aan komt.

Tegenwoordig wordt de terror management theory bestudeerd door psychologen en wetenschappers uit andere disciplines, en heeft ze een groot aantal resultaten opgeleverd die verder gaan dan Becker ooit had durven dromen. Inmiddels zijn er overtuigende bewijzen dat, zoals William James een eeuw geleden al suggereerde, de dood inderdaad de worm is die knaagt aan het klokhuis van de condition humaine. Het besef dat wij mensen sterfelijk zijn heeft een ingrijpend en allesdoordringend effect op ons denken, onze gevoelens en ons gedrag in vrijwel elk aspect van het menselijk leven – of we ons er nu van bewust zijn of niet.



Lichaam onthoudt wat geest wil vergeten

Trauma en geheugen: Hoe brein en lichaam traumatische ervaringen levend houden

Door: Peter A. Levine (2018)

Eeserveen: Mens! 286 p.

Recensent: Sanne Houben

Peter Levine, grondlegger van de 'Somatic Experiencing-therapie', richt zich in dit boek tot therapeuten, maar ook tot eenieder die geïnteresseerd is in of last heeft van traumatische herinneringen. Het boek bevat een basisuitleg over hoe het geheugen werkt en persoonlijke anekdotes, en een adviserend model voor therapeuten om te hanteren in de praktijk.

Werken met bewuste herinneringen staat nog altijd centraal in veel therapeutische interventies. Levine adviseert therapeuten zich te richten op procedurele herinneringen (bijvoorbeeld fietsen, maar ook de automatische vecht-, vlucht-, bevroesreactie bij gevaar) en stelt daarbij dat traumatische ervaringen lichamelijk worden opgeslagen. Zonder kennis te hebben over hoe trauma opgeslagen wordt in het lichaam, zal een therapeut verward en vertwijfeld te werk gaan, waardoor een patiënt (en hun naasten) meer zullen lijden.

Therapeuten dienen te 'heronderhandelen' met het trauma om dat te verwerken. De zintuigelijke elementen worden geleidelijk naar boven gehaald om de biologische vecht-, vlucht-, of bevroesreactie te veranderen. Zo waak je er als therapeut voor dat de patiënt het hele trauma opnieuw beleeft. Hier haalt Levine voordeel uit het feit dat het geheugen reconstructief is. Om effectief met het trauma te werken, zal er iets veranderd moeten worden aan de ervaring daarvan. Dus, therapeuten, haal hier je voordeel uit, zodat je patiënt dit kan overleven.

Volgens Levine dient een therapeut aandacht te besteden aan wat de patiënt lichamelijk uit. EMDR, lichaamsgerichte psychotherapie, en schematherapie schenken hier ook aandacht aan. Levine gaat echter

verder dan expliciet vragen waar een patiënt iets voelt. Zo kan de auteur er, door waar te nemen op hoeveel graden iemands blik 'bevroest', achterkomen waar het gevaar zich voordeed. Vervolgens kan hij de cyclus (het (de)activeren van de traumatische herinneringen) verbreken en kan de patiënt op die manier omgaan met de herinnering waar deze hoort: in het verleden.

Refererend aan het grote debat begin jaren negentig van de vorige eeuw over de authenticiteit van hervonden herinneringen, stelt Levine stelt dat klinici en wetenschappers onvoldoende met elkaar communiceren. Hij bepleit – terecht – dat het er binnen de therapie niet om draait of een herinnering waar is of niet. Als therapeut werk je met de beleving van de patiënt. De valkuil zit in de daarmee gepaard gaande emoties: deze kunnen patiënten gevoelig maken voor 'valse herinneringen'. Als gevolg hiervan kan een therapie schadelijk en destructief zijn.

Boeken zoals deze zouden de kloof tussen wetenschap en klinici kunnen verkleinen. Het frappante is nu dat Levine zelf, naast het herhaaldelijk verwijzen naar Freud, evenmin wetenschappelijk bewijs aanvoert voor zijn werkwijze. Er zal een kern van klinische waarheid zitten in de observatie dat trauma's lichamelijk opgeslagen worden, maar men moet voorkomen dat er een automatisch verband tussen lichamelijke klachten en traumatische ervaringen wordt gelegd. Laten we, klinici en wetenschappers, daarom met elkaar blijven communiceren.

Drs. Sanne Houben werkt aan de Universiteit Maastricht.
E-mail: sanne.houben@maastrichtuniversity.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!

“Privacy en beroepsgeheim zou in ECD-systemen ingebakken moeten zijn”

Psychologen in de zorg werken steeds meer met een Elektronisch Cliënten Dossier (ECD). In de praktijk bieden veel ECD-systemen een te ruime toegang tot dossiers. Het verstrekken en delen van psychologische gegevens mag niet onbeperkt. De inwerkingtreding van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) op 25 mei 2018 heeft voor veel vragen en ongerustheid in het veld gezorgd. Reden voor het NIP om psychologen in de zorg te ondersteunen met de 'Handreiking omgaan met ECD in de zorg'.

Rosalinde Visser, senior beleidsmedewerker

Ethiek van het NIP, schreef de handreiking, mede op basis van de input van een werkgroep met leden van verschillende secties. Het grootste knelpunt van ECD-systemen is volgens Rosalinde dat psychologen dossiers niet kunnen indelen of gedeeltelijk afschermen. "Het is belangrijk dat behandelaars onderscheid kunnen maken tussen gegevens die betrekking hebben op de verschillende personen die zij spreken. Psychologen voeren gesprekken met zowel ouders als minderjarigen of met gescheiden ouders afzonderlijk. Zij moeten de vertrouwelijkheid van de gegevens van iedere persoon afzonderlijk kunnen waarborgen. Dat schrijven de WGBO en de Beroepscode ook voor."



Beperkt gegevens delen met team

Het ECD biedt ook ruimte aan medebehandelaars en teamleden om gegevens met elkaar delen.

Dan wil je alleen die gegevens delen, die je van elkaar nodig hebt om je taak goed uit te kunnen voeren.

Het beroepsgeheim geldt dus niet alleen ten opzichte van de buitenwereld, maar ook tussen zorgverleners onderling.

Cliënt ziet teveel bij inzage

"De cliënt mag ook niet alle informatie uit het dossier inzien", stelt Rosalinde vast. "Je wilt niet dat een kind van gescheiden ouders het dossier van de behandeling in zijn jeugd inziet en daar privacygevoelige informatie over de ouders leest. Bijvoorbeeld dat de relatie tussen ouders al tijdens de zwangerschap niet goed was en dat zij in een

vechtscheiding waren beland." Dat geldt ook voor de ouders onderling, voegt Rosalinde toe. "Je moet voorkomen dat ex-partners in het dossier lezen waarvan zij elkaar over en weer beschuldigen in gesprekken met de psycholoog."

Rosalinde vindt het mooi dat de techniek de cliënt steeds meer mogelijkheden tot eigen regie biedt, bijvoorbeeld door rechtstreekse (real time) inzage, maar het beschermen van privacy en beroepsgeheim zou in de online systemen ingebakken moeten zijn. "En het blijft natuurlijk van groot belang om het dossier op zo'n manier te schrijven dat je je er altijd van bewust bent dat de cliënt met je meeleest!"

MINISYMPOSIUM 20 JUNI

Op 20 juni organiseert het NIP een gratis minisymposium voor leden over het veilig omgaan met digitale gegevens in de zorg. Rosalinde Visser vertelt meer over het hoe en waarom van het beroepsgeheim. Marcel Heldoorn, manager digitale zorg van de Patiëntenfederatie Nederland, geeft een lezing over de nieuwe ontwikkelingen van de Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) en het patiëntgeheim. Henk Geertsema, oud-voorzitter van de Bestuurscommissie Ethische Zaken, spreekt over de autonomie en zelfbeschikking van de cliënt. Meld u aan via psynip.nl/agenda

Feestelijke lancering *Psychologie in de Boardroom*



vlnr: René Ravenhorst, Paul Kop, Cora Reijerse

Drie leden van de sectie Arbeid en Organisatie (waarvan twee bestuursleden) hebben hun psychologiekennis gebundeld in het boek *Psychologie in de Boardroom*. Op 17 mei jl. werd het boek gepresenteerd.

Het NIP is trots dat de NIP-leden zich hebben ingezet voor het maatschappelijk delen van belangrijke vakkennis uit de psychologie. Met een feestelijke lancering zette het NIP de auteurs Cora Reijerse, Paul Kop en René Ravenhorst in het zonnetje.

Nelly Altenburg verzorgde tijdens de lancering een lezing over toezichthouden in de toekomst. Nelly is een zeer ervaren toezichthouder en bestuurder in de pensioensector, de zorgsector en in het bedrijfsleven. Ook heeft Nelly zich jarenlang ingezet als vice-voorzitter van het NIP en stond zij aan de wieg van het eerste hoofdlijnenakkoord ggz met VWS.

Nelly ziet het toezichthouderschap veranderen. Vroeger hadden toezichthouders vooral een financiële focus. Tegenwoordig spelen elementen als board dynamics, governance als fenomeen en maatschappelijk verantwoord ondernemen een steeds belangrijker rol. De wereld vraagt om transparantie en het gedrag van bestuurders en toezichthouders is steeds zichtbaarder. Mede op aangeven van de diverse Governance-codes maken meer en meer toezichthouders gebruik van een expliciete visie op toezicht en vinden meer evaluaties plaats, zowel intern als onder externe begeleiding. Een goede ontwikkeling waarin de psychologie een belangrijke rol kan spelen.

OVER HET BOEK

De toezichthouder houdt toezicht, de bestuurder bestuurt. Deze tweedeling is voelbaar aan verandering onderhevig. De psychologie kan in de boardroom helpen om deze dynamiek te begrijpen en te hanteren. Het boek *Psychologie in de Boardroom* geeft inzicht in gedrag en cultuur in de boardroom, in de onderlinge relaties, in de kwaliteit van besluitvorming en de gezamenlijke betekenisgeving door de toezichthouders aan het toezicht werk. Lees meer of kijk op psychologieindeboardroom.nl



ALTIJD AL INVLOED WILLEN UITOEFENEN OP HET WERK- VELD VAN DE OUDEREN- PSYCHOLOGIE?

Het NIP zoekt per september 2019 een enthousiaste kandidaat voor de functie van:

Voorzitter sectie Ouderenpsychologie NIP

Bent u in staat is om verbindend op te treden, heeft u gevoel voor politieke verhoudingen en voor de maatschappelijke omgeving van de psychologiebeoefening? Kunt u een lange termijnvisie ontwikkelen en heeft u doorzettingsvermogen bij het vertalen naar concrete doelen en strategieën? Dan bent u misschien de geschikte kandidaat!

De sectie zoekt een nieuwe voorzitter die vooraan wil staan bij het ontwikkelen van zijn of haar beroep, iemand die inspireert door een actieve en enthousiaste inbreng en nieuw elan durft te brengen. Reageer via psynip.nl/ouderenpsychologie

DE WERKDAG VAN...

Marloes Heijnen

senior gedragsdeskundige bij de Autoriteit Consument en Markt

Mijn werkdag begint na een kort fietsritje naar het centrum van Den Haag waar de Autoriteit Consument en Markt is gevestigd. De ACM is een toezichthouder met als missie goedwerkende markten voor mensen en bedrijven en ziet toe op eerlijke concurrentie, komt op voor consumentenbelangen en reguleert markten waar weinig concurrentie is. Waar problemen zich voordoen richt de ACM zich op het effectief en duurzaam veranderen van gedrag. Hierbij wordt steeds vaker kennis van psychologie en gedragskunde ingezet.

Bij de ACM houd ik me samen met een team van gedragsdeskundigen [foto] uit verschillende afdelingen bezig alles met wat te maken heeft met gedrag: Hoe kunnen we consumenten weerbaarder maken met inzichten uit de psychologie? En hoe kunnen we bestaande interventies, zoals boetes, effectiever inzetten met hulp van gedragsinzichten? Hiervoor draaien we mee in bestaande projecten en geven advies over passende interventies.

We investeren daarnaast ook actief in het vergroten van ons inzicht in gedrag van bedrijven. Dit doen we door middel van (sociaal wetenschappelijk) onderzoek naar verschillende thema's zoals nalevingsgedrag, keuzegedrag van online consumenten en de (compliance) cultuur. Op elk van die thema's zoeken we verbinding met de buitenwereld, zoals relevante wetenschappers op universiteiten om efficiënt gebruik te maken van beschikbare specialistische kennis. We kijken hierbij bijvoorbeeld naar factoren die naleving bevorderen en hoe we relaties met bedrijven kunnen onderhouden. Ook voeren we - afhankelijk van het thema - experimenten uit. We zoeken dus altijd naar mogelijkheden om kennis te delen en op te halen.

Mijn week bestaat uit het coördineren van een groot project over compliance binnen bedrijven, waarvan ik de onderzoeksopzet bespreek met het team en de planning doorneem met een onderzoeksbureau. Een andere week doe ik veldwerk en zit ik bij een bedrijf om diepte-interviews en surveys af te nemen. Ook zit ik bij het bestuur aan tafel om mee te denken over hoe gedragskunde kan bijdragen aan het halen van interne doelstellingen van de ACM.



Een aantal leden van het gedragsnetwerk van de ACM. Vlnr: Loet van Stekelenburg, Ruth Gonschorrek, Maartje Brouwers, Anouk van Herwijnen, Mareille de Bloois, Judith Roumen, Marloes Heijnen en Jessanne Mastrop

Het is een dynamische omgeving met veel vrijheid om initiatief te tonen en bij te dragen aan de effectiviteit en innovatie van het toezicht. Het is leuk en leerzaam om multidisciplinair samen te werken, dus niet alleen met gedragswetenschappers, maar ook met juristen en economen. Het werk is daarmee niet alleen concreet en gevarieerd, maar kijkt vanuit de psychologie ook naar alle typen gedrag. Al met al is het lastig om één dag specifiek te beschrijven, want geen dag is hetzelfde! Een vast terugkerend onderdeel is in ieder geval mijn dagelijkse koffie in Tartufo, de bar van de ACM. Meestal als onderdeel van de weekstart van een project, dus een prettige combinatie van nut en noodzaak.

Psychologen werken overal in de maatschappij: in de gezondheidszorg, het onderwijs en de wetenschap, maar ook bij bedrijven en de overheid. Hoe ziet een werkdag eruit bij collega's? In de rubriek De werkdag van geven vakgenoten een kijkje achter de schermen.



KEN JIJ DE ACTIEVE LEDEN VAN HET NIP AL?

Psychologen krijgen samen meer voor elkaar. Samen maken we ons sterk voor het vak en voor elkaar. Als actief lid kun je invloed uitoefenen op de ontwikkeling van je vakgebied vanuit jouw praktijkervaring. En zo je stempel drukken op het mooie vak psychologie.

Het NIP is trots op de actieve leden en zet daarom acht boegbeelden in het zonnetje. Je komt ze tegen op banieren bij congressen, op banners op de website en op social media. Laat je inspireren door de verhalen van Amy, Bart, Esther, Maud, Anna, Seline, Marga en Narish. Zij maken het verschil. En hebben impact op de psychologie.

Maak kennis met de beïnvloeders van het NIP!

Esther Westenberg was actief in de klankbordgroep CAO GGZ. 'Met de klankbordgroep hebben we de psychologie beter kunnen



positioneren. Ook zat ik voor het NIP bij het ministerie om onze stem te laten horen voor psychologen in Nederland.' Lees het verhaal van Esther op psynip.nl/wordactief en laat je door haar inspireren!

Iedere bijdrage, klein of groot, is waardevol

Je kunt op verschillende manieren een bijdrage leveren als actief NIP-lid. Lees bijvoorbeeld een keer mee met een richtlijn die we ontwikkelen. Je kunt meehelpen om een congres of bijeenkomst te organiseren. Of je kunt actief deel uitmaken van een werkgroep, commissie of sectiebestuur. Hoeveel, hoe vaak en hoe intensief je actief wilt zijn voor de vereniging bepaal je helemaal zelf!

GEEF BLIJK VAN VERTROUWEN MET DE NIP-VISITATIE

De Raad van Volksgezondheid en Samenleving (RVS) bracht in mei het rapport *'Blijk van Vertrouwen. Anders verantwoord voor goede zorg'* uit. Volgens RVS moet verantwoord fundamenteel anders. Het vertrekpunt moet niet degene zijn die verantwoording vraagt, maar degene die verantwoording aflegt.

Het NIP onderschrijft het advies: meer ruimte voor de professionele autonomie en acceptatie van de Beroepscode als uitgangspunt voor verantwoording. De nieuwe praktijk van verantwoorden vraagt daarmee iets van zorgverleners, bestuurders én toezichthouders. Volgens de Raad moeten zorgverleners instrumenten inzetten als *teamreflectie, visitatie en het benutten*

van feedback van externe partijen als toezichthouders. Het vraagt van bestuurders dat zij investeren in een cultuur van leren en verbeteren en van interne toezichthouders dat zij bestuurders actiever bevragen op hun eigen inrichting van het verantwoorden.

NIP-visitatie

Het NIP ondersteunt psychologen graag om verantwoorde zorg te leveren en een goed zorgprofessional te zijn met het NIP-visitatie-traject. Naast verantwoording is dit instrument gericht op voortdurend leren en verbeteren. Los van uw persoonlijk groei, levert visitatie ook een financieel voordeel op. De vier grote zorgverzekeraars waarderen een visitatiecertificaat met een tariefopslag. Meld u direct aan via psynip.nl/visitatie.



PUBLICATIEPRIJS VOOR JONGE AUTEURS

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

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

Ingezonden manuscripten dienen aan de volgende voorwaarden te voldoen:

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

MANUSCRIPTEN KUNNEN
TOT 1 SEPTEMBER 2019 WORDEN
TOEGEZONDEN AAN:

Jury Publicatieprijs De Psycholoog
redactie@psynip.nl



Nederlands Instituut van Psychologen

NIP

INSPIRATIE – BREDE FOCUS VAN DE GENERALIST

Inge Bok, gz-psycholoog bij het Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie Amsterdam UMC en zelfstandig gedragswetenschapper

De grootste inspirator in mijn carrière is een psycholoog geweest, laat ik hem B. noemen. Ik leerde hem kennen tijdens mijn studie. Ik was aan de Vrije Universiteit Amsterdam afgestudeerd in de kinder- & jeugdpsychologie, maar het waren de jaren tachtig, de werkloosheid was hoog, dus ging ik verder met studeren, en koos voor arbeid- & organisatiepsychologie en testontwikkeling. Dat leek me een verstandige keus, ik kende verschillende A&O-psychologen die aan het werk waren.

Tijdens deze studie ben ik als stagiaire en werknemer begonnen op de afdeling Arbeids- en Organisationspsychologie en Testontwikkeling en daar maakte ik via een project kennis met B. Hij had een psychologenpraktijk, het klikte en ik kon voor hem gaan werken.

Hij was een charismatische man die goed kon observeren. Hij had een rustige manier van praten, had veel ideeën en een groot netwerk. Hij was verder intelligent en kon snel schakelen.

HIJ DEED ALLES

Behalve zijn werk als psychotherapeut, pakte hij veel uiteenlopende klussen aan. Als er een markt voor was en het interesseerde hem, dan ging hij ervoor. Zo voerde hij psychologische onderzoeken uit bij mensen in de sociale werkvoorziening, bij mensen met een verstandelijke beperking of mensen met een andere culturele achtergrond. Hij schreef pro Jus-

titia-rapportages. Het was een tijd waarin veel aan outplacement werd gedaan en ook daar sprong hij in. En als een bedrijf functieomschrijvingen moest hebben, dan bood hij zijn diensten aan.

Voor mij was het een geweldige leeromgeving, ik maakte kennis met al die uiteenlopende gebieden. Zelf ben ik ook breed georiënteerd, nieuwe dingen trekken me aan. Ik heb me wel eens afgevraagd of ik me niet beter kon focussen op een specialistisch gebied, maar ik wist ook dat er altijd wel iemand is die zich dieper in de materie heeft verdiept dan ik. Bovendien zijn generalisten ook nodig en het past bij mij.

Wat me zo aan B. beviel was zijn open houding voor andere culturen en invloeden. Toen hij zich wilde bezighouden met allochtonen, zoals die toen nog genoemd werden, woonde hij een tijdje in Marokko bij een familie in huis. Hij werd daar als een familielid behandeld en later werd een van de zonen uit dat gezien zijn persoonlijke assistent in Nederland. Ze waren nauw bij elkaar betrokken, vier handen op een buik. Ze waren heel close, als mensen afspraken wilden maken met B., moest dat via Broer.

B. was overigens geen makkelijke man, hij kon driftig worden, dingen moesten gaan zoals hij ze in zijn hoofd had. De secretaresses die hij achtereenvolgens aannam, waren snel weer weg. Niemand kon tippen aan Broer.

Maar voor mij heeft hij veel goeds gedaan, hij gaf me talrijke kansen. Als je loyaal was aan hem, was hij dat ook aan jou. "Zoek het maar uit, ga je gang," zei hij en straalde het vertrouwen uit dat je het ook kon. Overigens was hij heel kritisch op het uiteindelijke rapport, dat vol stond



met commentaar. Destijds vond ik dat niet erg, ik was nog maar net bezig.

OUDER LIJKEN

Hij gaf me ook persoonlijke adviezen. Ik heb een hoge stem en praat snel en veel. Hij zei: "Voordat je begint met een psychologisch onderzoek, ga even rechtop zitten en haal een paar keer rustig adem." Ik moest langzamer praten, met een lagere stem. Hij adviseerde me bovendien naar een logopediste te gaan om lager te leren ademen en rustiger te leren spreken. Deze adviezen pas ik nog steeds toe en misschien draagt dit er wel aan bij dat mensen zeggen dat ik in de spreekkamer heel anders overkom dan erbuiten.

Ook kocht ik op zijn advies een bril



FOTO: PETER VALCKX

met gewone glazen, om er ouder en serieuzer uit te zien. Bij veel culturen heb je meer aanzien als je ouder bent.

Hij woonde boven zijn praktijk, het was een groot huis waar een studentikoze sfeer heerste. Als hij werkte zag hij er netjes uit, privé was hij losser. Hij omringde zich met jonge mensen, vaak kunstenaars. Als er 's avonds nog iets te bespreken was, werd er daarna vaak gepraat over kunst, boeken en films en werd er muziek gemaakt.

Op een gegeven moment vestigde hij zich in Spanje. Zijn opdrachtgevers hier kon ik van hem overnemen, daar deed hij helemaal niet moeilijk over.

Ik vroeg me wel eens af hoe nuttig het werk van een psycholoog eigenlijk

is. Je doet diagnostiek, geeft adviezen, behandelt mensen, maar dat heeft niet altijd het gewenste effect. B. zei daarop: "Al doe je maar voor één van de honderd mensen iets goeds, dan is het winst." Dat heb ik altijd onthouden, je moet je doelen niet te hoog stellen. Ook later toen ik op scholen ging werken, dacht ik eraan: al zijn er maar een paar leerlingen geholpen, dan is mijn werk de moeite waard geweest.

Niet alleen op individueel niveau moet je je doelen niet te hoog stellen, hetzelfde geldt op grotere schaal. De sociale werkvoorziening zoals die er toen was, bestaat niet meer. En het speciaal onderwijs is eveneens sterk veranderd. Maar de mensen om wie het

gaat zijn er nog steeds en ze kunnen nog steeds geholpen worden.

Alles bij elkaar ben ik sterk beïnvloed door B. Het grappige is: ik was vooraf niet eens van plan over hem te vertellen, maar het verhaal kwam als vanzelf op hem uit.

‘Op zijn advies kocht ik een bril met gewone glazen, zodat ik er ouder en serieuzer uitzag’

INTERVIEW MET PSYCHOLOOG EN JOURNALIST
DOMINIQUE HAIJTEMA

LEVEN MET EEN CHRONISCHE ZIEKTE

Wat heb je aan alle zelfhulpboeken, goeroes of seminars als het noodlot je treft? Psycholoog en journalist Dominique Haijtema kreeg een hersenbloeding en epilepsie. Ondanks al haar kennis en ervaring had ze grote moeite ermee om te gaan. 'Iedereen bleef maar zeggen hoeveel geluk ik had. Maar mij leek het juist fijn om geen hersenbloeding te hebben gehad.'

Dominique Haijtema (45) is altijd een energieke vrouw met ambitie geweest, ze studeert psychologie, werkt als journalist en doet interviews met goeroes en wereldleiders. Ze volgt vele cursussen, doet aan yoga en probeert positief in het leven te staan. Maar in 2011 krijgt ze een hersenbloeding. Ze herstelt enigszins, maar wordt nooit meer de oude. Haar brein hapert. Haar concentratie en geheugen zijn verminderd. Er is een continu gevoel van dreiging. Eind 2016 krijgt ze haar eerste grote epileptische aanval. Een zoektocht naar het juiste medicijn en de goede dosering volgen.

Over haar ervaringen, het omgaan met tegenslag en een chronische ziekte schrijft Haijtema het boek *Nooit meer een zelfhulpboek. Raw food for the mind*¹. Het is een boek zoals ze dat zelf had willen lezen toen ze ziek werd. Het gaat over haar worsteling, de woede en

1. *Nooit meer een zelfhulpboek. Raw food for the mind*, is verschenen bij uitgeverij Volt.



depressie die volgen. En over dat alle kennis over hoe een goed leven te lijden, hier niet wezenlijk helpen. 'Ik wilde een echt verhaal schrijven, waarbij ik mezelf niet beter voordoe dan ik ben. Het is geen hallelujaverhaal, een verhaal met de boodschap: ik heb het licht gezien en de ziekte overwonnen door zus of zo te doen.'

Ze is een stoere vrouw, zeggen haar vrienden over die periode. Ze is heftig en aanwezig, je kunt haar niet negeren. Dat maakt haar spannend en leuk. Ze is nieuwsgierig, durft in interviews en gesprekken door te vragen, zonder te confronterend te zijn. Ze is goed, maar erg kritisch op zichzelf, het is nooit goed genoeg.

Daarnaast is Haijtema ook onrustig. 'Een genadeloze druktemaker,' schrijft ze in haar boek. Ze verveelt zich snel en heeft altijd haast. En ze heeft de neiging om te willen imponeren. Dat is een beetje in haar boek terug te lezen, waarin ze ruimhartig mensen citeert. Er valt een link te leggen met het verhaal over haar verhuizing, als ze staat te twijfelen voor haar boekenkast vol businessboeken en wereldliteratuur. Moet ze die houden of wegdoen? En dan schrijft ze: 'Die kast stond er wellicht vooral om indruk te maken op bezoekers. Die zouden vast denken: zo die heeft veel boeken gelezen.'

'Dat onrust ook een baan kon zijn, realiseerde ik me pas tijdens de opleiding journalistiek'

MAKKELIJK

Ik spreek haar bij een klant op kantoor in Amsterdam. Een levendige verschijning. Lang vest, warrige haardos, maar ze oogt en praat verder rustig en valt ze niet op als druktemaker.

Ze vertelt over hoe ze verhuisde vanuit Duitsland naar Amsterdam om aan de Universiteit van Amsterdam psychologie te gaan studeren. Van de studie is ze niet onder de indruk. 'Ik vond het makkelijk. Vond jij het niet makkelijk? Ik bleef maar wachten tot het ingewikkeld werd.'

Daarna begint ze aan een promotieonderzoek, maar is daar te onrustig voor. Ze meldt zich aan voor de minor journalistiek aan de UvA en wordt tot haar eigen verbazing aangenomen, haar Nederlands is dan nog allesbehalve goed. Het trekt haar echter zo aan, dat ze haar promotiebaan opzegt. 'Dat onrust ook een baan kon zijn, realiseerde ik me pas tijdens de opleiding journalistiek,' schrijft ze. Het is precies wat ze zoekt. Vooral het ontmoeten en interviewen van interessante mensen bevalt haar. Ze vertelt over een interview met Madeleine Albright, de voormalige Amerikaanse minister van Buitenlandse Zaken. Ze zou tien minuten krijgen voor het gesprek, maar mag anderhalf uur blijven. 'Albright gaf haar medewerker een seintje dat dit gesprek anders was en dat ze het interessant vond,' zegt Haijtema. 'Op de terugweg van het interview hilde ik van geluk.' Ze heeft het gevoel dat ze haar bestemming heeft gevonden. 'Ik wil alles weten over onderwerpen als leiderschap en dan benader ik de beste mensen die ik kan bedenken. In de zakenwereld is dat bijvoorbeeld wijlen Ingvar Kamprad, de oprichter van IKEA of Jack Welch, de voormalige CEO van General Electric. Ik sprak managementgoeroes als Henry Mintzberg, Stephen Covey of Jim Collins.' Die laatste geeft zelden een interview maar maakt voor Haijtema een uitzondering. 'Ik wilde graag leren, ik was op zoek naar antwoorden. Of meer: ik zocht de heilige graal: wat is wijsheid, hoe moeten we leven? Ik hou van *oneliners*, simpele antwoorden en inzichten waar je een tijd op moet kauwen, maar die het leven simpel doen lijken. Ik ben ook een romantica en geloof in de ware liefde.'

Ook in haar vrije tijd gaat Haijtema voluit. In het weekend bezoekt ze bij voorkeur niet één maar liever drie feesten. 'Altijd onderweg,' zegt haar beste vriendin. 'En als ze er was, was ze met haar hoofd vaak al ergens anders.' Haar carrière verloopt voorspoedig, ze heeft een druk sociaal bestaan in Amsterdam, alleen met liefdesrelaties wil het niet erg vlotten.

ALS JE MAAR WIL...

Haijtema is er hartstochtelijk van overtuigd: als je iets wil bereiken, dan lukt het. Een kwestie van wilskracht en discipline. Maar op een dag verandert alles. Het is november 2011 als het misgaat, ze is in Portugal aan het golfsurfen. Het ene moment staat ze nog te gillen van plezier, het volgende krijgt ze een dreunende

hoofdpijn en wordt alles zwart. In een plaatselijk ziekenhuis constateert de arts een hersenbloeding. Ze wordt met de ambulance vervoerd naar een ziekenhuis in Lissabon. In de weken die volgen moet ze revalideren in Portugal. Het herstel is een grote beproeving omdat het alles vraagt waar ze van nature niet goed in is: afwachten, afhankelijk zijn en anderen om hulp vragen.

Terug in Nederland worden de gevolgen duidelijk. Uit neuropsychologisch onderzoek blijkt haar concentratievermogen en geheugen aangetast. Ze beschrijft de gevolgen in haar boek: 'Ik voel me een vreemde in mijn eigen lichaam.' En ze schrijft: 'Ik maak spelfouten, raak het overzicht kwijt. Het is mistig in mijn hoofd.' En: 'Ik vertrouw mijn eigen brein niet. Loop moeizaam en kwijl tijdens het praten.'

Van Amsterdam verhuist ze naar een vakantieappartement in Noordwijk aan Zee en krabbelt langzaam weer op. Schrijven en praten lukken steeds beter.

Voor tijdschriften schrijft ze over wat haar is overkomen, en over de behandelingen die ze ervoor volgt, zoals EMDR. Veel tijdschriften willen deze ervaringsverhalen graag hebben, maar het moet wel leuk blijven en vooral een happy end hebben. 'In de artikelen doe ik alsof de behandelingen helpen, alsof alles goed zal komen,' schrijft ze. Bij een artikel in het tijdschrift *Happinez* over de levenslessen na een hersenbloeding, wordt haar foto gefotoshopt. Haar mondhoeken zijn naar boven gehaald, zodat ze niet meer 'zo chagrijnig' kijkt. 'Moeten we zelfs blijven glimlachen bij een hersenbloeding?' vraagt ze zich in haar boek af. Haijtema wordt er opstandig en boos van. 'Iedereen bleef maar zeggen hoeveel geluk ik had. Mij leek het juist fijn om helemaal geen hersenbloeding te hebben gehad.' En ze zegt: 'Ziektes zijn geen strijd die je kunt 'winnen'. Het is niet voor iedereen een *blessing in disguise*. Een ziekte doorstaan maakt je nog geen beter mens.'

VECHTER

Haijtema is en blijft een vechter. Het gaat steeds beter en in 2013 krijgt ze het aanbod om hoofdredacteur te worden van het tijdschrift *Management Team* waar ze haar journalistieke carrière ooit is begonnen. Ze gaat enthousiast en voortvarend aan de slag, binnen een paar maanden is het tijdschrift aangenaam vernieuwd.

Ze heeft het gevoel dat ze op haar veertigste

Het ene moment staat ze te gillen van plezier, het volgende krijgt ze een dreunende hoofdpijn en wordt alles zwart

eindelijk volwassen is geworden. Ze krijgt een relatie, gaat samenwonen, heeft stiefkinderen en neemt een hond. Alles bij elkaar blijkt het een beetje te veel van het goede. Eerst klappt de relatie, maar ook de baan vergt te veel. Ze vergeet afspraken, heeft moeite met het volgen van vergaderingen en raakt op onvoorziene momenten geëmotioneerd. Er is continu de angst om te kort te schieten, mensen teleur te stellen. Het is nooit goed genoeg, hoe hard ze ook werkt.

Het gaat steeds slechter en er gaat van alles mis. Zo overlijdt plotseling een goede vriend en er wordt bij haar thuis ingebroken terwijl ze ligt te slapen. Nog afgezien van het groeiende fysieke ongemak. Ze slaapt slecht, haar concentratie gaat omlaag, ze wordt vergeetachtig, voelt zich onrustig en unheimisch en uiteindelijk moet ze zich ziekmelden. De bedrijfsarts denkt aan klassieke overspannenheid.

Na een paar weken thuis zegt ze haar baan op. Maar ook dat helpt niet. Tijdens een bezoek aan haar familie in Duitsland krijgt ze een *grand mal*, een epileptische aanval met bewustzijnsverlies en heftige krampen.

De diagnose epilepsie is een schok, maar verklaart wel de vele symptomen waar ze last van heeft. De epilepsie staat los van de hersenbloeding, het zit in een ander deel van haar brein en wordt veroorzaakt door een cavernoom, een zeldzame vaatmisvorming, die steeds kleine bloedinkjes geeft. Haijtema: 'Dat gebeurt in de prefrontale cortex, het deel van mijn brein waar ik veel last van heb en dat verantwoordelijk is voor executieve functies zoals plannen en impulsbeheersing.'

ONBETROUWBAAR BREIN

Haijtema houdt van verklaringen, maar deze keer stelt die haar niet gerust. Haar brein is onbetrouwbaar. Ze vergeet veel, herkent mensen niet meer en krijgt een depressie en een dwangstoornis. 'Wat ik niet wist, was



Veel tijdschriften willen haar ervaringsverhaal hebben, maar wel met een happy-end

dat dit door de medicatie kwam, Keppra of Levetiracetam. De epilepsie zit in een klein deel van je brein, maar de medicatie werkt op je hele brein. Ik was aan het einde van mijn latijn. Het leven hoefde voor mij niet meer. Veel zaken waar ik van hield zoals golfsurfen en autorijden mochten niet meer.'

Andere medicatie, Oxcarbazepine, zorgt voor minder depressie en dwanggedachten, alleen krijgt ze weer een grote epileptische aanval – er zijn ook veel kleine aanvallen, de zogeheten absences (korte wegtrekkers). Deze keer overkomt haar dat op de fiets, waarbij ze valt. Ze houdt er een verschoven kaak en loszittende kiezen aan over. Sinds anderhalf jaar slikt ze nu Lamotrogine, een medicijn dat normaal gesproken tegen manisch-depressiviteit wordt gebruikt. Dat gaat tot op heden goed, hoewel ze nog steeds het overzicht kan kwijtraken en veel minder belastbaar is dan vroeger. Een bezoek aan de supermarkt is door verlichting, muziek en keuzestress soms een bezoek aan de hel.

Ze moet zich steeds op één ding concentreren. 'Dit gesprek gaat goed, maar als er in de kamer hiernaast dingen gebeuren, of iemand belt, dan raak ik de kluts kwijt. Vroeger kon ik daar prima tegen. En er moet niet te veel op een dag gebeuren. Drie intensieve gesprekken is al te veel.'

CONTROL FREAK

Haar karakter botst ook deze keer behoorlijk met een ziekte die vooral onvoorspelbaar is. 'Ik ben van nature een control freak. En wil tegelijkertijd doen waar ik zin in heb.' Ze legt zich tegenwoordig niet meer neer bij de aandoening. 'Ik heb epilepsie, ik ben geen epilepsie. Het hoeft mijn leven niet te bepalen. Ik ga

stiekem ook af en toe weer golfsurfen. En heb gelukkig mijn levenslust terug. Sinds kort mag ik ook weer autorijden. En ja, het is waar: je weet sommige zaken pas te waarderen als ze er niet meer zijn.'

De onrust en impulsiviteit die altijd aan haar karakter werden toegeschreven, hebben misschien met de epilepsie te maken. 'Ik heb mijn hele leven het gevoel gehad dat er iets met me aan de hand is. De impulsiviteit, het gevoel van dreiging, het unheimische gevoel en het ongeremde gedrag. Ik dacht dat het mijn karakter was, maar misschien is het mijn ziekte.'

Het kantelpunt is het besluit om in therapie te gaan. Ze verzet zich aanvankelijk. 'Ik vond het eerst een zwakgebod om een ander om hulp te vragen.' Van haar therapeut leert ze dat haar gedrag niet abnormaal is, maar dat ze normaal reageert op een abnormale situatie. Het leven is onvoorspelbaar en zeker niet altijd rechtvaardig. Daarmee om kunnen gaan, is al een grote prestatie. Door veel zelfhulpboeken wordt gesuggereerd dat ons leven maakbaar is, dat het je eigen schuld is als je ziek bent. Dat is aanmatigend en zorgt voor schuldgevoelens.'

Haar grote geluk is dat ze vroeg haar talent heeft ontdekt en dat haar brein op dat vlak nog steeds goed lijkt te werken, lezen, interviewen en schrijven gaan goed. 'Ik heb af en toe korte wegtrekkers, maar heb nu feitelijk epilepsie *light*. Er zijn mensen met zes grote aanvallen per dag, die kunnen de deur niet eens uit.'

Voorlopig is ze nog voor honderd procent afgekeurd. Toch doen we dit interview op de bank bij een klant waarvoor ze een tijdschrift maakt. Ze laat zich niet door dit stempel weerhouden. Ze schrijft ook blogs en artikelen en ze publiceerde haar boek.

Voor haar doen, doet ze rustig aan. Ze woont

tegenwoordig op het eiland De Woude, een rustige omgeving met vrij uitzicht en weinig prikkels. 'Het is saai, maar op een goeie manier. En ik heb fijne mensen om me heen die zich om me bekommeren.' Toch weet ze niet of ze er lang zal blijven wonen. 'Eind dit jaar is er een nieuwe evaluatie. Ik heb geen idee wat de toekomst brengt, er kan elk moment iets gebeuren. Ik kan weer een aanval krijgen, waardoor alles weer op losse schroeven komt te staan.'

ZIEKTE-IDENTITEIT

Een chronische ziekte, dat ervoer Dominique Haijtema ook, heeft effect op het zelfbeeld van mensen. Het blijkt onder meer uit onderzoek van psycholoog Koen Luyckx van de Universiteit Leuven. De zogeheten ziekte-identiteit speelt een belangrijke rol: de mate waarin een chronische ziekte geïntegreerd is in iemands zelfbeeld. Een chronische ziekte kan iemands blik op het leven grondig veranderen, met als gevolg dat bepaalde levensdoelen, aspiraties en plannen aangepast moeten worden.

In een artikel voor het tijdschrift *Neuron* bespreekt Luyckx vier ziekte-identiteiten: overspoeling (de ziekte domineert het zelfbeeld), verwerping (de ziekte is een bedreiging voor het zelfbeeld), aanvaarding (de ziekte is een onderdeel van het zelfbeeld) en verrijking (de mate waarin iemand vindt dat hij door de ziekte juist sterker is geworden en gegroeid is als persoon).

Ziekte-identiteit heeft een belangrijke voorspellende waarde voor het emotionele welzijn, en het sociaal en cognitief functioneren. Patiënten die bijvoorbeeld hoger scoorden op overspoeling rapporteerden meer zorgen over aanvallen, minder emotioneel welzijn, minder energie, een slechter cognitief en sociaal functioneren, en een slechtere algemene levenskwaliteit. Patiënten die hoger scoorden op verrijking rapporteerden een betere algemene levenskwaliteit en emotioneel welzijn.

Haijtema herkent zich in alle vier de identiteiten. Het omgaan met haar ziekte beschouwt ze ook als een rouwproces waarbij ze afscheid moest leren nemen.

FORUM

SUÏCIDE: PREVENTIE DOOR NON-PREVENTIE

Volgens Ton Vink bestaan er goede redenen om het aantal door het CBS geregistreerde suïcides te verminderen met het aantal gevallen van zelfeuthanasie. De vraag 'Hoe voorkom je deze suïcides?' kan dan worden toegespitst tot: 'Hoe voorkom je (ongeacht de leeftijd) suïcides die geen zelfeuthanasie zijn?' Vink doet een suggestie gebaseerd op zijn praktijkwerk als levenseindeconsulent. Ad Kerkhof en Wouter Schoonman geven commentaar.



De cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) vestigden de aandacht op een substantiële toename van het aantal suïcides onder jongeren tot twintig jaar, van 48 gevallen in 2016 naar 81 in 2017. Die stijging zorgde, niet onbegrijpelijk, voor bezorgde reacties. Wat te doen? Hoe voorkom je deze suïcides?

Vergeleken met het voorafgaande jaar 2016 was er in 2017 sprake van een lichte stijging in het totaal aantal zelfdodingen: 23 gevallen meer, naar 1.917. Dat maakte de stijging onder jongeren in feite nog navranter. De jongeren namen meer dan de volledige stijging van het aantal zelfdodingen voor hun rekening.

CONSULENT

Bij deze cijfers is het interessant te bedenken dat in dat getal van 1.917 suïcides in 2017 ook is opgenomen het aantal mensen dat na een weloverwogen en zorgvuldige afweging besloot, doorgaans in samenspraak met intimi, het leven te beëindigen, gebruikmakend van zelf verworven medicijnen. Deze groep is ook terug te vinden in de vijfjaarlijkse 'Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl)'. De onderzoekers komen daarbij in de laatste, derde, evaluatie (mei 2017) tot een aantal van 280 gevallen in 2015. (Derde Evaluatie, p. 130)

Dit cijfer betreft de uitkomst van onderzoek onder artsen. Omdat zeker niet al deze gevallen van levensbeëindiging onder eigen

regie via artsen geregistreerd worden, zal het uiteindelijke getal nog iets hoger liggen, zo'n 350 in totaal. Het gaat hierbij om wat inmiddels bekend staat als 'zelfeuthanasie', een zelfbezorgde goede dood onder eigen regie. Wezenlijk is daarbij dat iedere zelfeuthanasie per definitie een suïcide is; niet iedere suïcide is echter een zelfeuthanasie. Het verschil zit uiteraard niet in het resultaat – dood – maar in (de kenmerken van) de weg erheen.¹

Dat betekent dat er goede redenen bestaan om het aantal door het CBS geregistreerde suïcides te *verminderen* met het aantal gevallen van zelfeuthanasie. De beginvraag 'Hoe voorkom je deze suïcides?' kan dan worden toegespitst tot: 'Hoe voorkom je (ongeacht de leeftijd) suïcides die geen zelfeuthanasie zijn?'

In deze forumbijdrage wil ik daartoe een suggestie doen, gebaseerd op ervaringen uit meer dan twintig jaar werken als consulent voor vragen rond het levenseinde. Ik voeg daar meteen aan toe dat dit ongetwijfeld niet de ultieme oplossing voor al deze suïcides is (als zoiets al bestaat). Wel is het een oplossing die in een aantal individuele gevallen feitelijk gewerkt heeft en om die reden leerzaam kan zijn. Bovendien: elk

individueel geval betreft telkens een mensenleven.

Een groot deel van deze werkzaamheden als consulent voerde ik uit samen met een aantal collega-consulenten, en in samenwerking met de toenmalige Stichting de Einder. De opzet daarbij was om beschikbaar te zijn voor gesprek met mensen die op zoek waren naar informatie waardoor zij de zeggenschap en regie over hun levenseinde in eigen hand konden krijgen. Concreet betekende dat in het overgrote deel van de gevallen dat deze mensen op zoek waren naar hun eigen 'pil van Drion'.²

Dit consulentenwerk was nieuw en eigenlijk moest de consulent zichzelf uitvinden. Een belangrijk onderscheidend kenmerk was dat de begeleiding door de consulent niet zozeer gericht was op het voorkomen van de zelfdoding/zelfeuthanasie, maar vooral op het zorgen voor een zo weloverwogen en zorgvuldig mogelijke uitvoering, mocht het zo ver komen. In deze bijdrage gaat het me niet om aard en karakter van dit consulentenwerk in algemene zin. Het gaat me nu om een eerder onbedoeld maar belangrijk bijverschijnsel van dit werk – een soort 'bijvangst' – en om de les die daaruit te trekken valt.

¹ Zie voor een verdere uitwerking hiervan mijn *Een goede dood. Euthanasie gewikt en gewogen* (Utrecht: Klement, 2017), speciaal hoofdstuk 2; en Een goede dood in psychologie en psychiatrie, *De Psycholoog*, 51 (2016) 4, 22-29. Ook de beide stukken van Wouter Schoonman in het hier relevante themanummer over Levenseinde, *De Psycholoog* 53 (2018) 5, pp. 42-45 resp. 46-48 illustreren dit verschil.

² Zelfeuthanasie kan ook bewerkt worden door bewust stoppen met eten en drinken (STED). Deze zelfgekozen en zelfbewerkte levensbeëindiging wordt, met een aangenaam gebrek aan logica, in Nederland niet beschouwd als zelfdoding en vindt jaarlijks tenminste zo'n 750 keer plaats. STED speelt in dit artikel verder geen rol.

Voor iemand die suïcidaal is, is er één ding altijd goed – al lost het zeker niet meteen alle problemen op – en dat is: erover praten

BIJVANGST

De consulent was volgens afspraak telefonisch bereikbaar en de (potentiële) cliënt kon zich melden voor een kort gesprekje dat in een afspraak voor een consult kon resulteren. Meestal gebeurde dat laatste. In de loop van de tijd bleek echter dat er ook bellers bij zaten – een klein groepje – die niet primair voor een afspraak belden, maar die hun verhaal wilden doen, die dat verhaal kwijt wilden, soms kwijt moesten, die daarmee omhoog zaten. En soms was dat laatste zo hevig dat duidelijk was dat het om een suïcidale beller ging voor wie dit belletje niet 'zomaar' een belletje was. Het was een soort laatste kans, een poging de suïcidale druk te verminderen. Voor de consulenten waren dit telefoongesprekken met een niet-gepland karakter die doorgaans veel meer (telefoon)tijd in beslag namen dan de vertrouwde of 'gewone' bellers, op zoek naar een afspraak voor informatie.

In het begin zorgde dat ook zeker voor ongemak. Niet alleen kostte het meer tijd, de consulent was hier ook niet op toegerust; het was zijn vak niet en het was ook

niet zijn bedoeling om mensen ergens van te weerhouden, terwijl het evident om mensen ging die in nood verkeerden. Door onderling contact en training leerden de consulenten steeds beter hiermee om te gaan, want – dat werd snel duidelijk – je kon dit niet negeren. De bellers maakten er doorgaans ook geen geheim van dat het gesprek hem of haar eindelijk de gelegenheid gaf ongecompliceerd en zonder over de schouders te hoeven kijken, zijn of haar (suïcidale) hart te luchten. Soms volgde er ook een consult. Het contact zorgde letterlijk voor (levens)ruimte.

Het kwam erop neer dat de consulent constateerde dat hij aan preventie deed terwijl zijn werk daar helemaal niet op was gericht. Hij deed, met andere woorden, aan preventie door niet aan preventie te doen. Vandaar dat ik dit (onder)deel van ons werk altijd samenvatte als 'preventie door non-preventie'.

Interessant – en mogelijk dus leerzaam voor wie werkzaam is in de huidige suïcidepreventie – is nu om eens te kijken hoe in dit soort gevallen de suïcidale cliënt bij de

consulent kwam. De toenmalige Stichting de Einder bestond om het werk van de consulent mogelijk te maken. Onderdeel daarvan was de prominente aanwezigheid van de beschikbare consulenten op de website van de stichting.

En hier wordt het voor de suïcidale cliënt meteen belangrijk. Voor iemand die suïcidaal is, is er één ding altijd goed – al lost het zeker niet meteen alle problemen op – en dat is: erover praten. Maar met wie? Dat valt niet mee. De meeste mensen schrikken ervan, weten niet hoe te reageren. Pikken signalen niet op. Durven er niet op in te gaan. Maar de suïcidale persoon zelf moet ook de nodige drempels nemen: Met wie durf je hierover te gaan praten? Wie vertrouw je hierover? Wie ken je daarvoor? Bij wie voel je je veilig genoeg? Ga je zo maar iemand bellen? Zonder iets te weten van de persoon aan wie je je verhaal doet? En ga je dat verhaal doen aan iemand waarvan je weet dat hij/zij er vooral op uit is je te weerhouden? Terwijl dat niet je motief is om te bellen? Je *hebt* geen last van suïcidaliteit, je *bent*

Het was een soort laatste kans, een poging de suïcidale druk te verminderen

suïcidaal. Maar dat levert wel een hoge nood en hoge druk op.

Op de webpagina met consulenten stonden zo'n acht (tot tien) consulenten. Dat betekende: acht portretten, acht gezichten, man, vrouw, jonger, ouder, vrolijker, serieuzer, en zo voort. Er stond een telefoonnummer bij voor rechtstreeks contact en een link naar een website/webpagina van de consulent met wat nadere informatie. En belangrijk: aan wie op deze pagina terecht kwam was bekend dat deze consulenten daar niet stonden omdat zij het belangrijk vonden iemand ergens van te weerhouden. Het ging hen om het bewerken van zorgvuldigheid en weloverwogenheid; niet om preventie.

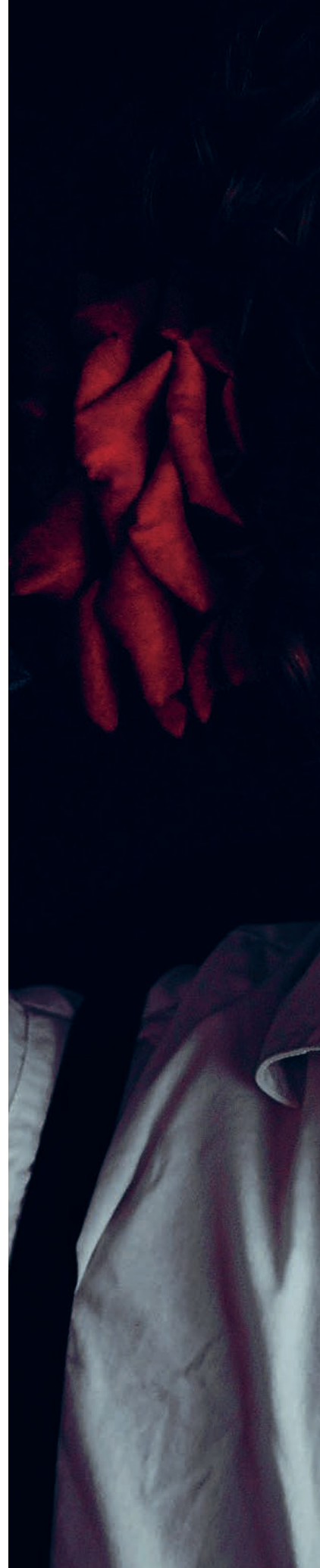
Mijn suggestie is nu dat deze 'toegangspoort' tot een gesprek voor de suïcidale persoon die 'gehoord' wilde worden allerlei voordelen in zich droeg. Hij/zij kon hier zelf het voortouw nemen. Met als gevolg een gevoelsmatige voorsprong. Hij kon contact leggen met iemand die hem aansprak. Misschien was dat juist een vrouw, of juist niet. Misschien juist iemand die er wat ouder en bedaagder uitzag, of misschien juist iemand die jonger was. Iemand met een uitstraling die geruststelde. Op de bijbehorende

webpagina kon ook nog wat nader gekeken worden naar de persoon op wie de keuze gevallen was, naar diens achtergrond. En die keuze kon zo nodig ook nog bijgesteld worden. En dat alles nog vóór het feitelijke contact en onder eigen controle. Het mag onbeduidend lijken, maar dit zijn allemaal zaken waarvan het belang, gegeven iemands preciaire omstandigheden, niet onderschat moet worden en die bij reguliere telefonische hulpdiensten ontbreken.

113 ZELFMOORDPREVENTIE

Een van die hulpdiensten is het bekende 113online, sinds kort omgedoopt in Stichting 113 Zelfmoordpreventie. Sinds haar oprichting in 2009 timmert deze stichting publicitair aan de weg. Een van de resultaten daarvan is dat vrijwel zonder uitzondering alle media die aan het verschijnsel zelfdoding aandacht besteden, dat vergezeld doen gaan van een verwijzing naar 113 en de oproep zich daar vooral te melden, mocht men aan zelfdoding denken.

Het past natuurlijk helemaal in dit mediatijsperk om voortdurend in de publiciteit te komen, en dan met stijgende cijfers die het eigen bestaansrecht moeten onderstrepen. Vandaar de in de jaarverslagen van de stichting almaar stijgende interventies en/of crisisgesprekken. De tragiek is alleen dat er een ander cijfer is dat meestijgt, terwijl het juist de bedoeling van al deze inspanningen en interventies was dat het omlaag zou gaan: het aantal suïcides.



Nu spreekt men bij 113 liever niet over 'suicide' maar geeft men de voorkeur aan 'zelfmoord' (en dus ook 'zelfmoordenaar?'). Of dat verstandig is, weet ik niet. Als je, zoals toch tot de doelstelling van 113 behoort, van een verschijnsel het taboe af wilt halen, helpt het niet datzelfde verschijnsel te karakteriseren met een begrip ('moord') dat bij uitstek naar een taboe verwijst. Van aandacht voor een nieuw verschijnsel als zelfeuthanasie is dan uiteraard nog minder sprake. Toch was/is – en blijft! – de hamvraag van deze bijdrage, tegen de achtergrond van het verontrustende gegeven van stijgende suïcidecijfers, speciaal onder jongeren: Hoe voorkom je (ongeacht de leeftijd) suïcides die geen zelfeuthanasie zijn?

ZERO-TOLERANCE

Op 9 september 2018 was het tv-programma *Jacobine op Zondag*, aan dit verontrustende gegeven gewijd. Speciale gast was psychiater Jan Mokkenstorm, de drijvende kracht achter 113 suïcidepreventie. Omdat bekend was geworden dat Mokkenstorm onlangs te horen had gekregen dat hij niet lang meer te leven had vanwege inoperabele kanker, werd daar vanzelfsprekend de nodige aandacht aan besteed. Het zorgde voor een beslist indrukwekkend deel van het gesprek dat menig kijker geraakt zal hebben.

Maar het thema van de uitzending was: hoe brengen we het aantal zelfdodingen naar nul? Alweer enige tijd geleden introduceerde Mokkenstorm voor 113 zijn strenge 'zero-tolerance'-beleid ten opzichte van zelfdoding

en tegen die achtergrond waren de nieuwe CBS-cijfers uiteraard opnieuw een domper. Het tv-programma opende desondanks met een vrolijke tune en de wervende kreet 'Hoe krijgen we het aantal zelfdodingen naar nul'? Anders gezegd: zero-tolerance.

En hier past een kritische opmerking. Het probleem is namelijk dat als op dat moment iemand met een serieuze doodswens naar dat programma kijkt, deze suïcidale persoon meteen afhaakt. Waarom? Vanwege de – ongetwijfeld onbedoelde – boodschap die hier klinkt. Iemand met een ernstige doodswens of suïcidewens is vaak die wens. Hij/zij heeft die wens niet zozeer, maar is eerder die wens. Zero-tolerance en de kreet 'hoe krijgen we het aantal zelfdodingen naar nul' betekent voor zo iemand: hier willen ze mij niet, ik ben hier niet welkom, ik word hier niet getolereerd.

Natuurlijk is dat niet zo bedoeld. Geen misverstand. Maar je hebt te maken met mensen die slecht te bereiken zijn, als het ware in een cocon leven, en daarbij ook nog eens heel gevoelig kunnen zijn voor gebaren die zij interpreteren als afwijzing. Dat wringt des te meer omdat we, nogmaals, weten dat er één begin-

*Iedere zelfeuthanasie is
een suïcide, niet iedere
suïcide is een
zelfeuthanasie*

antwoord is op de worsteling van iemand met zijn suïcidale gedachten: erover praten. Het is zeker niet de volledige oplossing maar wel het begin van elke oplossing.

Momenteel is de boodschap van 113 Zelfmoordpreventie: Kom hier om weerhouden te worden! Maar aan wie zo ver in zijn/haar suïcidaliteit zit dat 'weerhouden worden' eerder weerstand oproept, is deze oproep niet echt besteed.

VAN ONBEDOELD NAAR BEDOELD

Het gaat mij er niet om de goede bedoelingen bij 113 in twijfel te trekken. Maar door dit hameren op preventie, tot en met zero-tolerance, loop je het risico juist die mensen die je het meest zou moeten bereiken, te missen. Dat zijn die mensen die hun suïcidewens zijn en die, als ze worstelen met de behoefte zich te melden voor een gesprek, het gevoel willen hebben dat ze dat ook kunnen doen als de persoon die ze zijn. En dan zou de opzet van het werk van de consultants zoals die met de vroegere³ Stichting de Einder samenwerkten leerzaam kunnen zijn voor de medewerkers

3 Bij de huidige Stichting de Einder zijn de consultants van de website verdwenen, onzichtbaar en niet meer rechtstreeks te benaderen door wie een ondersteunend gesprek met hen zou zoeken. Voor het hier besproken interessante bijverschijnsel van de preventie door non-preventie is dat vernietigend. Daar zit overigens geen opzet achter, maar onwetendheid. Het bestuur dat het bestaansrecht van de stichting niet meer aan het werk van de consultants wil ontfangen maar aan het werk van het bestuur, gooide badwater weg zonder ook maar het idee te hebben dat er misschien een kind in zat.

van 113 online. Dat zeg ik voorzichtig en zonder de pretentie een sluitende oplossing te kunnen presenteren. Maar het kan wel degelijk de moeite waard zijn het streven naar preventie eens te benaderen vanuit de gedachte aan 'preventie door non-preventie'. De grootste moeilijkheid daarbij zal zijn een verschijnsel dat een *onbedoeld* neveneffect was – bereikt worden door mensen die hun suïcidewens zijn –, te maken tot een *bedoeld* hoofdeffect.

Wellicht zitten er in de werkwijze van de consultants aspecten die voor 113 nuttig en leerzaam kunnen zijn: de open en persoonlijke presentatie, de concrete zichtbaarheid, de directe bereikbaarheid, de instelling, gericht op zorgvuldigheid, eerder dan preventie. Daarmee wil ik niet zeggen dat hier geen haken en ogen aan zitten:

- De schaalvergroting (in het laatste betrouwbare jaarverslag van Stichting de Einder over 2014 is sprake van 607 cliënten; bij 113 gaat het om heel andere getallen).
- De privacy van de hulpverlener (de consultants stonden met naam en toenaam, portret en telefoonnummer op de website).
- Het kunnen en willen loslaten van het hameren op preventie (overigens met als gevolg... preventie!).

Hier liggen dus zeker obstakels. Als we het er echter over eens zijn dat de (blijvende?) stijging van het aantal suïcides die geen zelfeuthanasie zijn, zo'n verontrustend probleem is –

wellicht speciaal onder jongeren –, dan zouden dergelijke obstakels toch eerder moeten prikkelen dan weerhouden.

Wanneer de (hypothetische) Stichting Weer Veilig Thuis een ambitieus programma presenteert om het aantal verkeersslachtoffers naar nul terug te brengen ('zero-tolerance') en na tien jaar gesubsidieerde arbeid blijkt dat het cijfer niet omlaag maar omhoog gaat, dan moet dat, zonder verwijten, aanleiding zijn tot vragen als: Wat doen we verkeerd?, Wat missen we?, Wat moet er anders, en hoe? Het feit dat sinds het starten van 113 de suïcidecijfers, anders dan met zo veel nadruk beoogd, niet omlaag zijn gegaan, zou ook hier een extra (zelfkritische) stimulans moeten zijn tot het stellen van deze en dergelijke vragen.

OVER DE AUTEUR

Dr. Ton Vink (1953) is filosoof en schrijver en eindredacteur van *Filosofie & Praktijk*. Hij werkte ruim twintig jaar als consultant voor vragen rond het levenseinde; vervolgd voor overtreding van art. 294 Sr (hulp bij zelfdoding) werd hij in 2007 vrijgesproken. Oktober 2018 verscheen van hem *Onder eigen regie. Zelfeuthanasie belicht* (Klement). E-mail: tonvink@ninewells.nl.

REACTIE WOUTER SCHOONMAN

HOE VOORKOM JE ZELFMOORD?

In 2017 waren er in Nederland volgens het CBS ongeveer 2000 zelfdodingen⁴. Meestal gepleegd door wanhopige mensen, vaak op gruwelijke wijze uitgevoerd⁵. De algemene mening is dat zelfdoding ongewenst is en dat de samenleving moet trachten dit te voorkomen. Bijvoorbeeld via het zelfmoordpreventie nummer 113. Deze aanpak is het doelwit van levenseinde-counselor Ton Vink, filosoof en autoriteit op het gebied van het zelfgekozen levenseinde op humane wijze in eigen regie ('zelfeuthanasie').

Er zijn twee extreme opvattingen over zelfmoordpreventie. Het ene uiterste is dat zelfdoding tegen de wil van God is. God geeft het leven en neemt het leven. De mens hoort daar niet in te interveniëren. Dit standpunt hoor je bij de kleine christelijke partijen. Dus moeten we alles doen om zelfmoord te voorkomen. Het andere uiterste is dat iedereen de beschikking heeft over zijn eigen leven en daar dus mee mag doen wat hij wil. Iedereen zou dus

moeten kunnen beschikken over de pil van Drion. Dit standpunt huldigt bijvoorbeeld de Coöperatie Laatste Wil. Iedereen vanaf achttien jaar mag zijn leven beëindigen wanneer hij dat wil.

Vink vindt dat een weloverwogen zelfeuthanasie op humane wijze een mogelijkheid moet zijn. Verder vindt hij dat 113 er niet in slaagt haar doelen te verwezenlijken omdat mensen met suïcidale gedachten weten dat zij een gesprekspartner zullen treffen die zal trachten de suïcide te voorkomen. Hij stelt dat het bekend(er) maken van levenseindeconsulenten die met gezicht en persoonsprofiel via internet door de suïcidale persoon te bekijken, te selecteren en te raadplegen zijn, zal leiden tot een afname van zelfmoorden.

Deze claim is fors, maar ik snap de redenering wel. Een levenseindeconsulent staat in principe niet negatief tegenover zelfeuthanasie. Zo zal een goede consulent met de cliënt alle wegen exploreren. Wat zijn alternatieven? Heb je over de consequenties nagedacht? Hoe stel je je de uitvoering voor? Wie laat je achter? Enzovoort. Een niet 'vooringenomen' gesprekspartner kan effectiever zijn dan iemand 'met een missie'. Dit is wat Vink

bedoelt met preventie door non-preventie. Maar of je op die manier zelfmoorden vermindert?

Uit mijn eigen praktijk als levenseindeconsulent ken ik één casus waarbij het niet is gelukt een zelfmoord van een jeugdig persoon te voorkomen⁶. Dat spreekt de claim van Vink tegen (N=1). Bij veel andere cliënten heb ik echter gemerkt dat het bezit van een euthanaticum tot rust leidt. Mijn verwachting is dan ook dat deze cliënten niet snel over zullen gaan tot agressieve zelfmoord, maar zullen kiezen voor 'de goede dood'. Zelfeuthanasie dus. Punt voor Vink. En dan moet het CBS wel een onderscheid gaan maken in zelfdodingen: is het zelfmoord of zelfeuthanasie.

*Dr. Wouter Schoonman is
levenseindeconsulent en
lid van de Redactieraad van
De Psycholoog. E-mail:
schoonman@psytech.nl.*

*Een levenseinde-
consulent staat in
principe niet
negatief tegenover
zelfeuthanasie*

4 Bron: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/27/1-917-zelfdodingen-in-2017>, geraadpleegd op 9 januari 2019

5 Elke drie dagen springen er twee mensen voor de trein. Vaak een trauma voor machinist, conducteur en andere betrokkenen.

6 Zie: Schoonman, W. (2018). Als er geen pil voorhanden is. *De Psycholoog*, mei, 46-48

REACTIE AD KERKHOF

NOG BETERE INTERVENTIE IS NODIG

Ton Vink heeft belangrijke ervaringen opgedaan in de omgang met mensen die om hulp vragen bij het zelfgekozen levenseinde. Een daarvan is dat mensen vaak afzien van de mogelijkheid deze hulp te verkrijgen, wanneer ze in een aantal goede gesprekken beseffen dat ze toch liever nog een poging willen wagen op andere wijze verlichting te zoeken voor hun kwellende klachten. Een mooie uitkomst van mooi werk, geleverd door mensen zoals Vink die op voorhand geen negatief oordeel hebben, over hulp bij levensbeëindiging.

Datzelfde proces, dat mensen tijdens de rit van gedachten veranderen, vindt ook plaats binnen de reguliere ggz-hulpverlening. En dan is hulp bij zelfdoding ook een mogelijke uitkomst, die steeds vaker leidt tot een actuele zelfdoding met hulp van bijvoorbeeld De Levens-eindekliniek. Het verschil met (voorheen) De Einder en De Levenseindekliniek is dat er in de reguliere gezondheidszorg er meer aandacht is voor psychopathologie en voor zichzelf versterkende suïcidogene processen die ertoe kunnen leiden dat de doodswens uiteindelijk niet een vrije wens is van een autonoom wezen, maar dat mensen zich gedwongen voelen iets te doen wat ze helemaal niet willen. Ze zijn dan zichzelf niet. Hulp bij zelfdoding zou in die gevallen onterecht zijn, en niet in het belang van het individu. Daarom worden

mensen soms opgenomen om ze tegen zichzelf te beschermen.

Het gaat steeds om dezelfde vraag, zoals ook bij de pil van Drion: kunnen we mensen vertrouwen wanneer ze op schijnbaar autonome, al dan niet erudiete wijze zeggen in vrijheid voor hun eigen belang op te komen? Vink én ik weten dat dat lang niet altijd het geval is. Daarom moet altijd een psychiater of psycholoog vaststellen of betrokkene op dat moment echt zichzelf is. Want in de latere stadia van de suïcidale ontwikkeling zien we vaak dwangmatig herhaalde denkpatronen, waanvoorstellingen, onterechte ideeën over de overlast die men de familie bezorgt, onrealistische depressieve toekomstverwachtingen, suïcidale intrusies waaraan men tracht te ontsnappen, en een verminderde draagkracht om kwellende gedachten, gevoelens en beelden te verdragen.

In tegenstelling tot Vink denk ik dat het voor personen die op angstige wijze gedachten en beelden aan suïcide hebben juist een prettige omstandigheid is dat ggz-instellingen en 113 Zelfmoordpreventie uitstralen dat ze tegen suïcide zijn. Dat betekent dat ze samen met de betrokkenen een bondgenootschap vormen tegen de suïcidaliteit die ze vrezen als een ik-ontvreemdende ontwikkeling. En eigenlijk vermoed ik dat Vink, wanneer hij te maken heeft met een

persoon die om hulp bij zelfdoding vraagt en van wie hij denkt dat die persoon niet zichzelf is, ook pogingen in het werk gaat stellen een andere afloop te bewerkstelligen.

We hebben, kortom, juist nog betere preventie nodig. De toenemende aantallen suïcides onder jongeren maken duidelijk dat we gefaald hebben hen te helpen zich veilig te houden. De enorme stijging in 2017 van 48 naar 81 suïcides onder jongeren tot en met negentien jaar is het gevolg van twee ontwikkelingen. Allereerst de bezuinigingen en crisis in de jeugdgezondheidszorg na de transitie van de jeugdzorg naar de gemeenten, tot uiting komend in een tekort aan crisisopvangmogelijkheden. We moeten weer terug naar een betere bekostiging van deze hulp om de aantallen suïcides onder jongeren naar beneden te brengen. En we moeten er rekening mee houden dat de Netflix-uitzending van 13 Reasons why een sterk imitatie-effect heeft bewerkstelligd (zie <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.04.020>). Als samenleving moeten we bereid zijn dergelijke ranzige uitzendingen te verbieden.

Tot slot: Vink vraagt zich af waarom er geen daling te zien is in het landelijke suïdecijfer nu 113 Zelfmoordpreventie zo veel aandacht en geld krijgt. Maar hij vraagt het zich nog niet volledig af. Wat zou er namelijk gebeurd zijn als 113 Zelfmoordpreventie er niet zou zijn geweest? Misschien was de toename dan nog veel groter geweest.

Ad Kerkhof is emeritus-hoogleraar Klinische Psychologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam. E-mail: ajfm.kerkhof@gmail.com.

→ Kom ook naar de ZomerRINO!

16 ZomerRINO workshops, in juli en augustus
www.rino.nl/zomer | zie website voor startdata

→ Een greep uit ons cursusaanbod

Complexe PTSS bij mensen met een laag IQ
www.rino.nl/133 | 9 juli

Mindfulness en compassie in de klinische praktijk
www.rino.nl/884 | start 2 september

Partnerrelatietherapie
www.rino.nl/483 | start 5 september

Werken met de DSM-5
www.rino.nl/005 | start 10 september

Pesso-therapie
www.rino.nl/473 | start 13 september 2019

Lichaamsgerichte Psychologie- Module A
www.rino.nl/045 | start 14 september

Brief Eclectic Psychotherapy for PTSD (BEPP)
www.rino.nl/638 | 25 en 26 oktober

www.rino.nl

Ben je psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog of GGZ-verpleegkundig specialist?

SLUIT JE DAN AAN BIJ 1nP!

1nP is er voor professionals die overwegen een **eigen praktijk te starten** én voor behandelaren die al een **eigen ggz-praktijk** hebben.

Een aansluiting bij 1nP levert vele voordelen op zoals o.a.:

- Een groot, multidisciplinair netwerk van professionals;
- Een stabiel inkomen door maandelijkse betalingen.

INTERESSE?

Ga dan naar <https://www.1np.nl/aansluiten-bij-1np>

Stichting 1nP staat voor "1ste netwerk van Professionals" in de ambulante ggz. Sinds de start in 2004 opereren we nog altijd met succes in de voorhoede van de gedigitaliseerde zorgmarkt. Meer dan 500 professionals verspreidt over heel Nederland gingen je voor. Wij heten je van **harte welkom** in ons **netwerk!**

1nP PG

ggz: persoonlijk en dichtbij

onderdeel van
Parnassia Groep

Vijfdaagse basiscursus Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Praktijkgericht – Evidence Based – Experientieel – Enthousiasmerend – ACTiverend

Accreditaties VGCT, ELP-NIP, FGzPt, NVvP, POH-GGZ, SPV & VS (V&VN)

Wanneer Najaar 2019 (september t/m december)

Locaties Maastricht, Heerlen, Eindhoven, Den Bosch, Arnhem & Utrecht

Kosten 975,-
- Inclusief Literatuurklapper
- Inclusief ACT-protocol (Werkboek & Trainershandleiding)
- Inclusief Lunch

Voor het meest actuele overzicht van het opleidingsaanbod of om u aan te melden kijk op www.actinactie.nl/act-basiscursus/



Uw patiënt heeft STRIJD OF PROBLEMEN MET HET UWV?

Sociaal advocaat **mr. A.L.M. Vreeswijk** is gespecialiseerd in **Ziektewet, Wia en Iva bezwaar- en beroepszaken tegen het UWV** en helpt door heel Nederland.

MR. A.L.M. VREESWIJK
ADVocaAT

Singel 117, 1012 VH Amsterdam

M 06-38228396

T 020-4226654

E info@mrsvreeswijk.nl

Wia Advocaat
AMSTERDAM



NERLANDSE ORDE VAN ADVOCATEN

ZIE VOOR MEER:

WWW.WIA-ADVOCAT-AMSTERDAM.NL

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

OVER SLAPEN EN DROMEN

Martin Dresler is hoofdonderzoeker van het Donders Institute voor Cognitieve Neuroimaging en leidt het Donders Sleep & Memory Lab. Hij ontving een Vidi-beurs voor zijn onderzoek naar REM-slaap en naar het hoe en waarom van dromen.

Onze dromen bevatten verborgen boodschappen en via droomduiding kunnen we die achterhalen; een Freudiaanse gedachte die moderne slaap- en droomonderzoekers al ver achter zich hebben gelaten. Jammer, want of het nu waar is of niet, het blijft een aantrekkelijk idee. Martin Dresler moet erom lachen. 'De wetenschap geeft niet om wat mooi is, het gaat om wat waar is,' reageert hij.

Dresler leidt het Donders Sleep & Memory Lab in Nijmegen en doet met zijn medewerkers de komende jaren onderzoek met behulp van een Vidi-subsidie. Een mogelijke functie van dromen gaat hij ook onderzoeken. Maar vooral wil hij de neurobiologie van de REM-slaap ontrafelen.

De afgelopen twintig jaar ging het meeste slaaponderzoek over niet-REM-slaap. 'Die fasen leken belangrijker voor de geheugenconsolidatie en andere mogelijke functies van slaap,' zegt Dresler. Daarom is het nu tijd om de REM-slaap weer onder de loep te nemen. Dresler

wil daarvoor slapende proefpersonen met zowel EEG als fMRI meten. De EEG om te constateren of er sprake is van REM-slaap en de fMRI om te kijken welke hersendelen gedurende die fase actief zijn.

Herrie in de scanner

Het is lastig fMRI-metingen van de REM-slaap te maken, omdat deze slaapfase moeilijk te bereiken is in de luidruchtige fMRI-scanner. Inmiddels zijn er scanners ontwikkeld die veel minder geluid maken, en Dresler hoopt dat het hiermee beter lukt.

'We willen weten welke delen van de hersenen actief worden en hoe ze onderling verbonden zijn,' zegt hij. 'En ook hoe de oogbewegingen op hersenniveau worden gecontroleerd. Maken dromers opzettelijke of onopzettelijke oogbewegingen?' Want een vraag binnen het slaaponderzoek is of oogbewegingen een expressie zijn van de dromen. Of is het tegenovergestelde het geval: de oogbewegingen zijn willekeurig en de

hersenen interpreteren die en maken er vervolgens een verhaal van. Dan wordt de inhoud van een droom beïnvloed door de oogbewegingen in plaats van andersom. Mogelijk dat Dresler hier met zijn werk meer licht op zal kunnen werpen.

Ook wil hij grote verzamelingen van slaapdata bekijken. 'Slaaponderzoek werkt doorgaans met kleine steekproefgroottes. Maar er zijn slaapdatasets waarbij EEG's van honderden of zelfs duizenden nachten zijn opgenomen. Daarmee kunnen we heel andere vragen beantwoorden. Mensen doorlopen vier of vijf slaapcycli per nacht. We weten dat zich bepaalde EEG-patronen voordoen, zoals langzame golven of patronen die gerelateerd worden aan cognitieve functies, zoals het geheugen. Ze lijken willekeurig in de slaap voor te komen, maar in grote samples kunnen we zien of ze vaker op een bepaald punt in de slaapcyclus voorkomen, bijvoorbeeld vooral in het begin of aan het einde ervan.

Er lijken ook twee verschillende vor-

VENI
VIDI
VICI



‘Vreemd dat we onze dromen snel vergeten. Als je hetzelfde overdag zou meemaken, vergat je het nooit’

men van REM-slaap te zijn, een met en een zonder oogbewegingen. Verschillen deze twee slechts een beetje van elkaar of zijn er echt twee verschillende stadia van REM-slaap?

Daarnaast gaat Dresler naar droom-inhoud kijken. Grofweg zijn er twee kampen op dit gebied. Het ene kamp stelt dat dromen geen functie hebben en een soort afval van de geest zijn. Dresler: ‘Volgens theorieën uit de jaren zeventig worden dromen opgewekt door de hersenen, waarbij willekeurige herinneringsfragmenten in de cortex actief worden. En die maakt er vervolgens een min of meer coherent verhaal van. Dat zou verklaren waarom onze dromen vaak zo bizar zijn. Om te beginnen wil ik weten welke delen precies een rol spelen bij het dromen.’

Het tweede kamp stelt: dromen hebben een functie, namelijk het trainen van vaardigheden in een veilige omgeving. Dresler: ‘Het rare van dromen is dat ze heel werkelijk lijken. De simulatie

van de werkelijkheid is perfect, levendig en gedetailleerd. Maar afgezien daarvan zijn we cognitief beperkt. We kunnen niet reflecteren in de droom. Hoe bizar het ook is, we denken nooit: dit kan niet waar zijn. Verder is onze vrije wil heel zwak en het geheugen werkt niet goed tijdens onze dromen. We kunnen ons normale leven niet herinneren en we weten zelfs niet meer wat we drie minuten geleden deden.’

Dat is vreemd, aldus Dresler. ‘Maar dit kamp stelt dat dromen echt een functie vervullen. We dromen vaak van dreigingen of sociale situaties. Mogelijk fungeren dromen als een simulatie van de werkelijkheid, een veilige omgeving waarin we nieuwe copingstrategieën kunnen uitproberen. Overdag zou dat niet zonder gevolgen blijven. Maar dan is het noodzakelijk dat we ons niet realiseren dat we dromen, anders werkt het niet. Zo zou dromen een evolutionair voordeel kunnen hebben.’

Verder wil Dresler droomamnesia onderzoeken. ‘We vergeten de meeste

van onze dromen. En dat is opvallend, want onze dromen zijn vaak verrassend, nieuw en emotioneel, typisch kenmerken waardoor je ze juist heel goed zou moeten kunnen onthouden. Als je hetzelfde overdag zou meemaken, zou je het nooit vergeten. Hoe kan het dat dromen amper blijven hangen? Dat is ook vanuit evolutionair oogpunt te begrijpen. Het zou tot verwarring kunnen leiden als je je dromen en de werkelijkheid niet uit elkaar kunt houden. Maar hoe werkt dat vergeten precies? Is het een bepaald mechanisme dat dit veroorzaakt of is het een bijproduct van het neurochemische proces?’ En hoe is deze amnesia te verenigen met het idee dat je in je dromen nieuwe vaardigheden traint? Dresler: ‘Het gaat om leren door het procedurele geheugenstelsel, waarbij je je het geleerde dus niet bewust hoeft te herinneren. Zoals we ook leren fietsen,’ legt Dresler uit.

Welke theorie al dan niet klopt, daar hoopt Dresler ook zijn licht over te laten schijnen.

FORUM

PLEIDOOI VOOR PREVENTIE EN POSITIE- VERSTERKING

Volgens Godfried Westen verdienen de psychologie en psychologen een substantiële vertegenwoordiging en positie bij het ontwikkelen en uitvoeren van beleid dat gericht is op de preventie van leefstijlziektes. Impliciet bekritiseert hij daarmee de totstandkoming van het Nationaal Preventieakkoord, een convenant tussen ruim zeventig organisaties en bedrijven gericht op het terugdringen van roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik. Daarbij had het NIP slechts inbreng via het Partnerschap Overgewicht. Maar de psychologie heeft meer in haar mars. Met name de positieve psychologie, zo stelt Westen, kan van grote betekenis zijn bij het voorkomen van leefstijlziektes.



Geneeskunde en zeker de psychiatrie zijn sterk curatief georiënteerd. Ook de psychologie is sterker gericht op behandelen van psychische klachten en aandoeningen dan op het voorkomen er van. De boom 'psychologie' kent vele 'takken'. Gemeenschappelijk is dat psychologen zich bezighouden met psychologische mechanismen en processen die een belangrijke rol spelen bij gedrag. Een relatief nieuwe loot aan de boom is de positieve

psychologie. Juist positieve psychologie biedt veel mogelijkheden voor een meer preventieve oriëntatie. Het zou voor de positie van de psychologie en psychologen gunstig kunnen uitpakken als preventie en verwante noties als pro-activiteit en handelen uit voorzorg sterker als leidraad genomen worden in de manier waarop we over ons vak spreken en communiceren.

PREVENTIE, PROACTIVITEIT EN VOORZORG Preventie – het voorkomen van aandoeningen – klinkt altijd als een goed idee, maar in

de geneeskunst blijkt de praktijk weerbarstiger dan de theoretische wenselijkheid. Preventieve diagnostiek (onder andere bodyscans) heeft bijvoorbeeld geen goede staat van dienst omdat er te veel boven tafel komt. Ook vergoeden verzekeraars preventieve maatregelen nauwelijks. Bij proactiviteit gaat het om interventies die niet uitsluitend gericht zijn op het voorkomen van problemen en bedreigingen, maar op het in kaart brengen van mogelijkheden die men verwacht of voorziet.

Ook proactiviteit heeft voornamelijk positieve connota-

ties, maar die staan in schril contrast met de praktijk: een beroep op proactief handelen blijkt vaak maar in beperkte mate effectief als aansporing tot verandering van gedrag. Handelen uit voorzorg betreft maatregelen die men neemt om voorbereid te zijn op een mogelijk probleem. Ook al is er in grote mate overeenstemming over de vraag of het probleem zich daadwerkelijk zal manifesteren, zoals in geval van klimaatverandering, handelen uit voorzorg blijft kennelijk lastig voor ons mensen.

Kortom, ondanks onze neiging min of meer reële risico's en verlies te vermijden, komen mensen pas in beweging als kansen en bedreigingen onmiskenbaar zijn. Hoe is dit te verklaren en valt er wat tegen te doen?

ALWEER DE EVOLUTIE Curatie, maatregelen pas treffen als het probleem manifest geworden is, heeft evolutionair gezien een sterke basis in onze genen. Los van dat medisch handelen vaak minder effectief is dan veelal verwacht, is het begrijpelijk dat men pas reageert als symptomen niet meer te negeren zijn. Het is vaak efficiënter en logischer om pas te reageren als het probleem manifest is. Niet-doen heeft in zulke gevallen evolutionair voordelen; het voorkomt immers dat we handelen op basis van onvoldoende aanleiding en dus energie verspillen. Alles proberen te voorkomen kan verlamvend uitpakken. Bij preventie, proactiviteit en handelen uit voorzorg gaat de 'kost voor de baat uit'. En de kost – bijvoorbeeld een gedragsveran-

dering – voel je nu heel concreet, terwijl de baat abstract blijft. Dat maakt het lastig, ook vandaag nog. Ook al hebben in onze tijd bedreigingen een totaal ander karakter dan in de beginjaren van de evolutie. Biedt preventieve positieve psychologie soelaas?

PREVENTIEVE POSITIEVE PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES

Juist de positieve psychologie lijkt bij uitstek ontworpen om mensen te verleiden meer te investeren in preventieve maatregelen, pro-activiteit en handelen uit voorzorg. Positief psychologische interventies (PPI's) zijn eenvoudig trainbaar en overdraagbaar. Ze zijn met behulp van korte contactmomenten of via internet-applicaties (zoals Psyfit) en zonder intensieve begeleiding zelf uit te voeren. Daarnaast vra-

DISEASE MONGERING

Binnen de beroepsgroep medici is de eis van bewijs voor werkzaamheid van interventies meer gemeengoed dan onder psychologen. Ook al kun je vraagtekens zetten bij de 'evidence' en de werkzaamheid, wat dat betreft heeft de psychologie als wetenschap een minder goede trackrecord. Ik zou het aantal psychologen niet graag de kost geven die zich beroepen op 'ervaring' als de vraag naar effectiviteit van hun interveniëren wordt gesteld. Dit terwijl al jaren vast staat dat generieke factoren (kwaliteit relatie, aandacht) meestal een sterkere samenhang vertonen met effectiviteit dan specifieke factoren (zoals methode en ervaring).

Een illustratie van soms verminderd kritisch vermogen van psychologen vormt de column van Harald Merckelbach, hoogleraar Rechtspsychologie aan de Universiteit Maastricht, in *NRC Handelsblad* van 15 januari 2018.* De column handelt over *disease mongering*: het aanjagen en exploiteren van diagnoses. Binnen de medische sector is daar veel ophef over en de weerstand bouwt zich op. Binnen de wereld van psychologen is daar weinig van te merken. Erger, een volgens Merckelbach kwetsieus artikel in het onder gz-psychologen blijktbaar veel

gelezen *GGZnieuws* bleef onweersproken. De schrijver, een neuropsycholoog, poneerde daarin allerlei stellingen over blijvend hersenletsel door burn-out zonder degelijke onderbouwing.** Dat *GGZnieuws* kwetsieus artikelen accepteert, is op zich laakbaar. Maar het gaat Merckelbach om iets anders; geen enkele vakgenoot sprak de neuropsycholoog aan op zijn slecht onderbouwde conclusies. Merckelbach concludeert dat er sprake is van brede instemming.

Ook dat is misschien te stellig geconcludeerd. Feit is dat het onweersproken laten van onzin die onzin laat voortwoekeren. Merckelbach voorziet mogelijk schadelijke gevolgen voor patiënten op de korte termijn. Op de lange termijn is schade aan de geloofwaardigheid van de beroepsgroep voorspelbaar. Hij roept ons op een voorbeeld te nemen aan medici die meer blij geven van kritische zin.

Die oproep steun ik van harte.

* <https://tinyurl.com/yaum2sar>

** <https://tinyurl.com/y8w36f7q>

gen ze geen grote tijdsinvestering en zijn ze goed in te passen in het dagelijks ritme. Er is tenslotte geen ingrijpende gedragsverandering nodig zoals in geval van curatieve psychologische interventies zoals cognitieve gedragstherapie.

PPI's worden daarom ook wel aangeduid als minimale interventies. En deze zijn ook vaak evidence-based, al moet hier zoals vaak bij psychologisch onderzoek wel een kanttekening bij geplaatst worden (zie kader): de positieve effecten zijn vaak niet heel sterk, al zijn ze voldoende aangetoond in onderzoek. Zetten we de investering in tijd en moeite af tegen deze effecten en het feit dat verergering van psychische klachten voorkomen kunnen worden, dan is de werkzaamheid op zijn minst tevredenstellend te noemen. Daarnaast heeft het uitgangspunt dat men zelf kan bijdragen aan het eigen welbevinden doorgaans een positieve uitwerking op het gevoel van zelfredzaamheid van mensen en daarmee op hun gevoelens van eigenwaarde.

Kortom, aanbevelingswaardig. Wat zou kunnen helpen om de positie van psychologie en in het bijzonder de preventieve positieve psychologie te verstevigen?

WAT VERDER GEDAAN KAN

WORDEN Wat zou helpen, is het vergroten van realisme bij het grote publiek aangaande verwachtingen van medische, curatieve ingrepen. Vaak zijn medicijnen bijvoorbeeld aanzienlijk minder effectief dan de leveranciers ons willen doen geloven. Ook operatieve ingrepen hebben – ook al kunnen ze soms levensreddend zijn – vaak

nadelige nevengevolgen, waarbij de gezondheidswinst tegelijkertijd soms teleurstellend is. Er is nu een aantal chirurgen die vanwege beperkte effectiviteit minder opereren bepleiten. Het vertrouwen in psychologische interventies is in contrast daarmee niet erg groot bij de doorsnee cliënt. Bij verklaring van aandoeningen op basis van psychologische factoren ontstaat bij cliënten sneller de beleving dat het 'aan henzelf ligt' of dat de zorgprofessional dat impliciet zou beweren of aanduiden.

Waarom dat zo is, is voor mij eerlijk gezegd een raadsel. Wat dat betreft kan het geen kwaad het bewustzijn te versterken dat bij veel somatische aandoeningen leefstijl (gedrag) maar ook psychologische factoren (zoals zelfvertrouwen, omgaan met stress en negatieve gevoelens en gedachten) een belangrijke rol spelen. En dan doel ik niet uitsluitend op de somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK).

Bij veel ongezond gedrag, zoals roken en alcoholgebruik, spelen psychologische factoren een aanzienlijke, zo niet de grootste rol. Een campagne om de opvatting dat psychologische factoren bij ziekte en schadelijke gewoonten vaak een rol spelen meer gemeengoed te maken, lijkt mij geen

slecht idee. Een dergelijke campagne kan bijdragen aan acceptatie van psychische oorzaken van (verklaarde of onverklaarde) somatische aandoening. Label preventie daarbij positief als een vorm van vooruitgang! Ten slotte is het wenselijk voortdurend te benadrukken dat met relatief minimale psychologische interventies veel te bereiken is (lees: te voorkomen).

TOT SLOT Curatie zal altijd een rol blijven spelen; we kunnen nu eenmaal niet alles voor zijn. Maar er is echt wat te winnen door meer aandacht voor preventieve mogelijkheden van psychologische interventies te bepleiten. Allereerst voor de kwaliteit van leven van mensen, maar ook voor ons als beroepsgroep. Dan worden we bij een volgend akkoord misschien wel als eigenstandige beroepsgroep aan tafel genood.

OVER DE AUTEUR

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

Dat mensen zelf kunnen bijdragen aan hun welbevinden heeft potentieel een positieve uitwerking op hun gevoel van zelfredzaamheid en eigenwaarde

REAGEREN?

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

VRAAG & AANBOD

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

VACATURES

Gedragswetenschapper

DELFT



VACATURES

Basis Psycholoog / POH-GGZ

LANDGRAAF



CURSUSSEN / WORKSHOPS

WISC-V-NL Verdiepingstraining

DIVERSE LOCATIES



(Basis)psychologen of relatietherapeuten met een eigen praktijk

IN HEEL NEDERLAND



GZ psycholoog / psychotherapeut

LELYSTAD - ALMERE



CONGRESSEN

20/6 CONGRES COMPLEXE SUÏCIDALITEIT

NIEUWEGEIN



GZ-psycholoog / psycholoog

HEEZE



GZ psycholoog / psychotherapeut

OISTERWIJK



PRAKTIJKRUIMTES

Praktijkruimte te huur

DEN HAAG



VRAAG & AANBOD

Dé advertentierubriek in *De Psycholoog*. Plaatsst 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*.

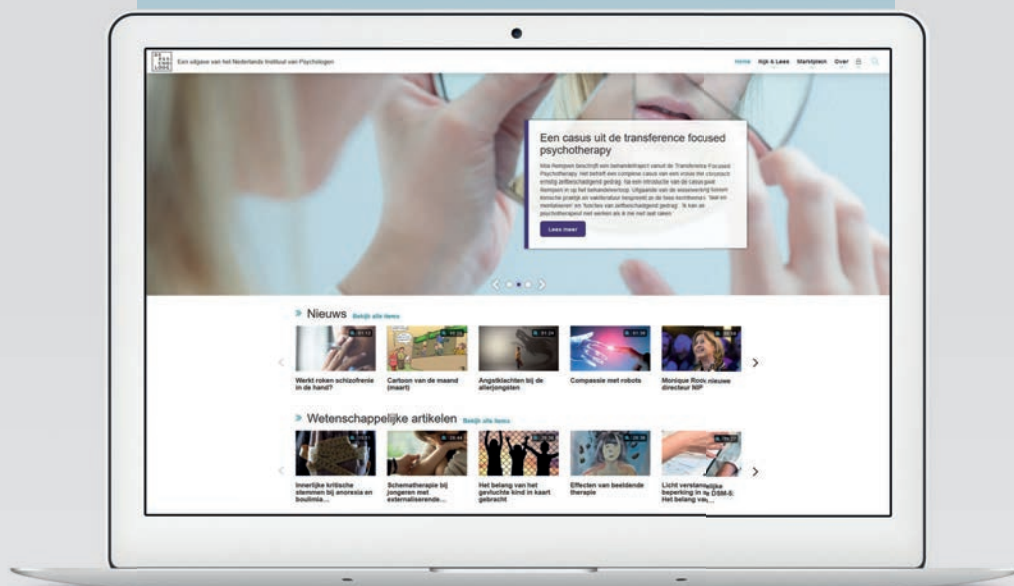
De rubriek Vraag & Aanbod sluit één op één aan op uw online advertentie. De titel, keuze van rubriek en plaatsnaam worden in het blad overgenomen. Daarnaast kunt u in het blad uw (bedrijfs)logo toevoegen.

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.

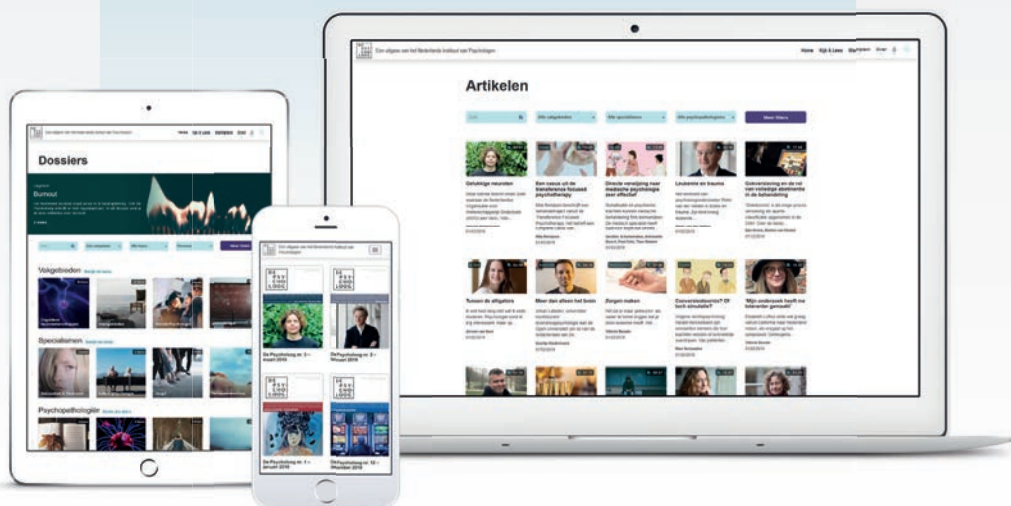


HEEFT U WWW.TIJDSCRIFTDEPSYCHOLOOG.NL AL ONTDEKT?

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

Werken bij Arkin Jezelf blijven ontwikkelen...

... met specialisatietrajecten, een traject klinisch leiderschap en wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast biedt Arkin de opleidingen tot GZ-psycholoog, psychotherapeut en klinisch psycholoog.



Cognitief
gedragstherapeut
VGCT®



Junior
Schematherapeut



EMDR
practitioner

Geef jouw nieuwe baan samen met ons vorm!

Samen matchen we jouw wensen aan de mogelijkheden binnen Arkin. Neem contact op met recruitment via 06 - 15 26 65 19 om te overleggen. Vind alle vacatures op **werkenbijarkin.nl/vacatures**.

Arkin bestaat uit 11 specialistische onderdelen die samen het hele spectrum van de GGz beslaan.