DE PSY-CHO-LOOG

MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN
JAARGANG 55 • NR 11 • NOVEMBER 2020

HET FUNCTIONEREN VAN JONGEREN MET EEN CHRONISCH ZIEK GEZINSLID: EEN STUDIE NAAR ASSERTIVITEIT EN OUDER-KINDRELATIE • INSPIRATIE: PATRICIA MAZAIRAC • ESSAY: ONDERHOUD LOONT • ACHTERGROND: COPEN MET KANKER • IN SPE: MARIE STADEL • VENI, VIDI, VICI: LAURA BRINGMANN OVER HOE WE DEPRESSIEF WORDEN • FORUM: COVID-19 VERERGERT DWANGSTOORNIS • ERIC-JAN WAGENMAKERS: DE KNOLRAAP VAN DIAGORAS

FRENK VAN HARREVELD OVER GEDRAG

NIEUW: NPV-J-3

De nieuwe editie van de *Junior Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst 3* is bedoeld voor kinderen en jongeren (8 t/m 16 jaar). De vragenlijst heeft nieuwe normen, nieuwe subschalen en is sneller afneembaar dan de NPV-J-2.

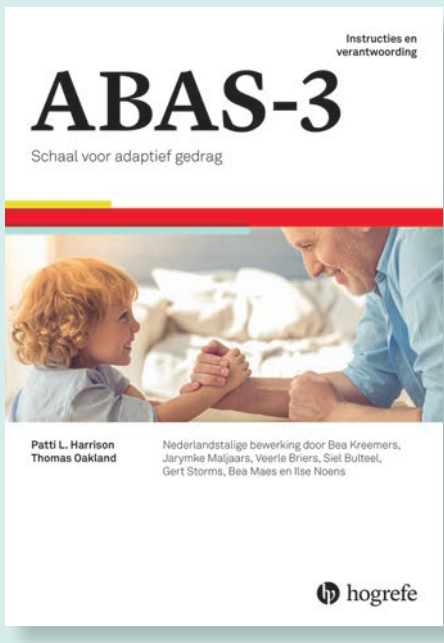
- ✓ Nieuwe normen
- ✓ Nieuwe subschalen
- ✓ Voor gebruik in ggz en onderwijs
- ✓ Afname binnen 20 minuten

Achtergronden, risicotaxatie en behandeling

Door de toevoeging van de vier subschalen zijn er meer mogelijkheden op rapportageniveau. Verder zijn er in 2019 nieuwe normen verzameld, waarbij extra aandacht is besteed aan het includeren van voldoende kinderen met een migratieachtergrond.

Boom psychologie & psychiatrie

Meer informatie op boompsychologie.nl/npvj3



Vanuit de wetenschap, voor de praktijk

Nieuw: ABAS-3 Schaal voor adaptief gedrag

Met de ABAS-3 worden vaardigheden beoordeeld die belangrijk zijn voor diverse onderdelen van het dagelijks leven, zoals communicatie en sociaal contact, vrijetijdsbesteding, zorg voor de eigen gezondheid en veiligheid, of activiteiten in een thuis- of schoolomgeving.

De ABAS-3 kan worden gebruikt om sterktes en zwaktes van kinderen en volwassenen (0-80 jaar) te beoordelen, in het kader van classificerende diagnostiek, indicatiestelling of voor het opstellen van een behandelplan op maat.

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

hogrefe

INHOUD

10 **HET FUNCTIONEREN VAN JONGEREN MET EEN CHRONISCH ZIEK GEZINSLID** – Jongeren met een chronisch ziek gezinslid hebben een verhoogd risico op probleemgedrag. Een studie van Elsemieke Hoevernaren c.s. toont aan dat jongeren met een chronisch ziek gezinslid aangeven minder assertief te zijn en een slechtere ouder-kindrelatie te ervaren dan jongeren met gezonde gezinsleden. Preventie en behandeling zou zich daarom moeten richten op het versterken van assertiviteit en de ouder-kindrelatie.

38 **ESSAY: ONDERHOUD LOONT** – Marije Eijgendaal en Aurelie Lange bespreken wat er nodig is om optimale zorg te leveren middels een evidence-based practice (EBP). Ze vergelijken een EBP met een brug die uit drie bouwstenen bestaat: een bouwplan, een onderhoudsteam en verkeersregelaars.

46 **COPEN MET KANKER** – De diagnose kanker is hoe dan ook ingrijpend. Daarbij verhoogt kanker het risico op psychische problemen. Niet alleen voor en tijdens de behandeling, maar vooral ook daarna. Bijzonder hoogleraar en gz-psycholoog Marije van der Lee is verbonden aan het Helen Dowling Instituut en aan Tilburg University. ‘Angstgevoelens zijn deels terecht. De ziekte kan terugkomen.’

metrisquare

Roermond Score Programma

Bekijk onze tests op **www.rsp-score.nl**

- ✓ Alle gangbare tests van diverse uitgevers
- ✓ Scoren op uniforme wijze in een overzichtelijk systeem
- ✓ Oorspronkelijke normen en altijd up-to-date
- ✓ Conceptrapport in Word
- ✓ Detailrapport per test als PDF

Nieuwe kennis of inspiratie opdoen? Volg één van onze cursussen of opleidingen!

- Het PrOP-model: kortdurende psychologische interventies bij kinderen en jongeren
- Basiscursus Schematherapie
- Opleiding Imaginatie en symbolen bij trauma en gehechtheidsproblematiek
- Basiscursus cognitieve gedragstherapie (100 uur)
- **01/02 Congres Lichaamsgericht werken bij trauma met specifieke focus op Sensorimotor Psychotherapy**

Bekijk het hele NIP-geaccrediteerd aanbod op www.rinogroep.nl/NIPaanbod

RINO GROEP

INHOUD

RUBRIEKEN

6 NIEUWS
9 COLUMN: Eric-Jan Wagenmakers
21 GASTCOLUMN: Patrick van Bruggen
22 JUNIOR: Marie Stadel
24 FORUM: COVID-19 verergert dwangstoornis
30 INSPIRATIE: Patricia Mazairac
32 INTERVIEW FRENK VAN HARREVELD: Onzekere tijden
44 VENI, VIDI, VICI: Laura Bringmann
53 BOEKEN & MEDIA

Redactioneel

GEDRAG VOORSPELLEN

Dat was schrikken, zaterdag 17 oktober. Jaap van Dissel en Jacco Wallinga, bij het RIVM respectievelijk hoofd infectiebestrijding en hoofdverantwoordelijke voor de rekenmodellen, zeiden in een interview met de NOS[1] dat de gedeeltelijke lockdown weleens tot in december kan duren. Of de strengere maatregelen van het kabinet effect zullen hebben? 'Wat je niet weet is hoe mensen daarop reageren, wat de gedragsverandering is. Dat kan je niet voorspellen, dat moet je zien,' gaf Wallinga als antwoord. Volgens de modelleur is het ook geen taak van het *Outbreak Managament Team* om in te schatten of mensen zich aan de maatregelen houden. 'Ik denk dat het OMT een biologische, medische invalshoek heeft en niet zozeer een gedragsinvalshoek. Het inschatten van draagvlak ligt denk ik veel meer bij de politiek.'

Zou er een verband bestaan tussen de onwetendheid over hoe voorspelbaar gedrag al dan niet is en het feit dat het aantal coronabesmettingen tot het ter perse gaan van dit nummer alleen maar bleef stijgen? *Coverboy* Frenk van Harreveld, hoogleraar Sociale Psychologie aan de Universiteit van Amsterdam, typeert de coronacrisis niet alleen als een virologisch of epidemiologisch vraagstuk, maar evenzeer als een gedragswetenschappelijk probleem. 'Zolang er geen medicijn of vaccin is, is ons gedrag onze bescherming. Daarom zijn de inzichten uit de gedragswetenschappen van groot belang.' Volgens Van Harreveld is goede communicatie van de overheid essentieel. 'Bied zekerheid waar mogelijk en wees transparant waarover je niet zeker bent. Want in onzekere tijden hebben mensen behoefte aan orde, structuur en voorspelbaarheid.'

Dit pleidooi voor het belang van gedragswetenschappen bij het bestrijden van de pandemie is mij uit het hart gegrepen. Het doet me daarom extra deugd dat we dit nummer een voorpublicatie hebben uit een nieuw boek over Burrhus Skinner, grondlegger van het behaviorisme en bij mijn weten de enige psycholoog die het ooit lukte om duiven te leren flipperen. Voer voor beleidsmakers, epidemiologen en virologen: Skinners wetten van het operante conditioneren – gedragspatronen worden aangeleerd en in stand gehouden door hun gevolgen; positieve zullen het gedrag versterken, negatieve verzwakken – staan nog altijd als een huis. Op basis daarvan is prima te voorspellen dat als gewenst gedrag onvoldoende beloond en erkend wordt, de kans op burgerlijke ongehoorzaamheid en polarisatie toeneemt.

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

1 https://tinyurl.com/y6at5lgh

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. Ook is *De Psycholoog* 24/7 te lezen op www.tijdschriftdepsycholoog.nl **Redactie**: Vittorio Busato (hoofdredacteur), Anouk Bercht (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 **Eindcorrectie**: Else de Jonge **Vormgeving**: Studio Jorrit van Rijt **Basisontwerp**: Curve Mags And More, Henk Stoffels. **Bladmanagement, advertenties en abonnementen**: Performis BV, contactpersoon Geert Janus, tel.: 073-6895889, e-mail: depsycholoog@performis.nl. **Uitgave en ledenadministratie**: NIP-bureau, Postbus 2085, 3500 GB Utrecht. Tel. 030-8201500 (keuze 2), 9.00-17.00 uur. IBAN code: NL81INGB0000378802, SWIFT code: INGBNL2A. www.psynip.nl, e-mail: info@psynip.nl.

Coverfoto: Peter Valckx
Wilt u reageren op een artikel of een discussie starten naar aanleiding ervan, surf dan naar Linkedin: http://alturl.com/wz95u of op Twitter (@RedactieDP).

DE PSY-CHO-LOOG

NIEUWS WETEN

INGRIJPENDE GEVOLGEN VOOR WERKNEMERS EN ORGANISATIES

COVID-19 OP DE WERKVLOER

Een virtueel team van dertig onderzoekers uit de hele wereld bracht de gevolgen van COVID-19 in kaart. Samenwerken in onze globale economie zal slimmer en veiliger moeten. Plots behoorde je als werknemer bij één van de volgende drie categorieën. Of je had een essentieel beroep, of je werkte voortaan vanuit huis, of je verloor (tijdelijk) je baan. De wereldwijde gezondheidscrisis vergde van iedereen grote aanpassingen. Van leidinggevenden werd verwacht dat zij te midden van alle onzekerheid een herkenbare visie zouden formuleren. Thuiswerkers stonden voor de uitdaging volledig te gaan functioneren in virtuele teams. HR-professionals moesten bedenken hoe zij prestaties van werknemers op afstand konden gaan beoordelen. Behalve een andere manier van werken bracht de pandemie ook een groter risico op psychische klachten met zich mee: burn-out, piekergedrag, eenzaamheid, middelenmisbruik. En omdat de negatieve gevolgen van COVID-19 niet alle groepen in dezelfde mate treffen, is de verwachting dat deze gezondheidscrisis net als de economische crisis uit 2008 zal leiden tot een grotere sociale ongelijkheid. Veel vragen rondom COVID-19 zijn nog onbeantwoord. Hoe kunnen organisaties het beste hun regels aanscherpen en weer versoepelen ten tijde van een crisis? Hoe moeten organisaties interacties tussen thuiswerkende collega's bevorderen? Gelukkig komen de onderzoekers ook al met wat wetenschappelijk onderbouwde tips. Zo kunnen thuiswerkers overgangsrituelen creëren die de grens tussen werk en privé markeren. (AH)

Bron: Kniffin, K. M. et. al. (2020). COVID-19 and the workplace: Implications, issues and insights for future research and action. *American Psychologist*, doi 10.1037/amp0000716.supp.

EIGEN HOUDING BELANGRIJK

VERGEVING BIJ SCHEIDING

Het vermogen bij een scheiding je ex te vergeven, is cruciaal als je tot goed co-ouderschap wilt komen. Maar vergeven is makkelijker gezegd dan gedaan. Wat voorspelt of het lukt? Om dat uit te zoeken, inventariseerden Nederlandse psychologen bij twee groepen gescheiden ouders hun vermogen tot vergeving en tal van andere zaken. De eerste groep bestond uit 136 ouders die een 'normale' scheiding achter de rug hadden. De tweede groep omvatte 165 ouders die een complexe vechtscheiding hadden meegemaakt en nu in therapie waren. Beide groepen lieten precies hetzelfde patroon zien. Mensen kunnen hun ex makkelijker vergeven naarmate ze meer in staat zijn de scheiding te accepteren, suggereren regressieanalyses. Bovendien, hoe meer contact ze nog met hun ex hebben, hoe vergevingsgezinder ze zijn. Zijn ze nogal narcistisch aangelegd, dan maakt dat vergeving juist moeilijker.

Nu zeggen regressieanalyses bij cross-sectioneel onderzoek nog niets over oorzaak en gevolg. Je kunt je bij bovenstaande resultaten ook makkelijk het omgekeerde voorstellen: hoe meer iemand in staat is zijn ex te vergeven, hoe meer hij de scheiding accepteert en hoe meer hij nog tot contact met zijn ex in staat is, bijvoorbeeld. Interessanter zijn wat dat betreft de aanvullende analyses die bij de tweede groep werden gedaan. Omdat daarin 58 ex-ouderparen zaten, konden de scores van beide exen vergeleken worden. Opmerkelijk genoeg bleek de mate van vergevingsgezindheid tussen beide ex-geliefden niet samen te hangen. Ook andere partnerfactoren hielden nauwelijks verband met de eigen vergevingsgezindheid.

Of je je ex kunt vergeven, lijkt dus voor een groot deel af te hangen van je eigen houding. En dat is goed nieuws, want dan maakt het niet uit wat je ex doet: jij kunt, los van je partner, naar vergeving toewerken. Al dan niet met behulp van een therapeut. (ID)

Kluwer, E. S. et al. (2020). Predictors of Forgiveness Among Divorced Parents. *Journal of Family Psychology*, doi 10.1037/fam0000799.

SCHAP

STIP OP DE HORIZON

WISSELEND ZELFBEELD VOORSPELT DEPRESSIE IN ADOLESCENTIE

KEN UZELVE

Een belangrijke ontwikkelingstaak in de adolescentie is het vormen van een helder en stabiel zelfbeeld. Wat zijn de gevolgen als jongeren daar niet in slagen? En welke rol spelen ouders daarbij?

De inhoud van je zelfbeeld – hoe je jezelf ziet en hoe positief je over jezelf denkt – is belangrijk voor je welbevinden. Ook structurele aspecten van het zelfbeeld spelen een rol. Jongeren met een helder zelfbeeld gaan niet zo snel twijfelen aan het beeld dat zij van zichzelf hebben. Bij jongeren met een minder helder zelfbeeld, kan het zelfbeeld daarentegen van dag tot dag en over situaties heen sterk wisselen.

Een groep onderzoekers van de Universiteit Utrecht wilde graag meer inzicht in de oorzaken en de gevolgen van de helderheid van het zelfbeeld in de adolescentie. De onderzoekers namen bij ruim driehonderd jongeren vier keer een vragenlijst af, met steeds een jaar tussentijd. Bij de eerste meetronde waren de jongeren gemiddeld dertien jaar oud.

De onderzoekers vonden duidelijke en consistente oorzaak-gevolgrelaties tussen helderheid van zelfbeeld en depressieve gevoelens. Een wisselend zelfbeeld betekende een jaar later meer kans op depressieve klachten – gedurende de hele periode. Andere verbanden deden zich slechts incidenteel voor. Zo hadden de onderzoekers verwacht dat goede gesprekken met ouders jongeren zouden helpen om zichzelf beter te begrijpen. Dat bleek alleen het geval op veertienjarige leeftijd. Jongeren die als veertienjarige goed met hun ouders konden praten, hadden als vijftienjarige een steviger zelfbeeld. Waarom de invloed van ouders op het zelfbeeld beperkt blijft tot dat ene levensjaar, is onduidelijk. (AH)

Bron: Van Dijk, M.P.A. et al. (2020). Helderheid van zelfbeeld, communicatie met ouders en internaliserende problemen in de adolescentie. *Kind en Adolescent*, doi: 10.1007/s12453-020-00238-4.

NIEUWS PROMOTIES

BEELDENDE THERAPIE EN AUTISME

Celine Schweitzer onderzocht een behandelprogramma voor kinderen met aan autisme gerelateerde problemen: 'Zelf in Beeld'. De kinderen worden vooral aangemeld voor beeldende therapie als ze bijvoorbeeld negatief over zichzelf denken, plotseling heel kwaad en/of angstig worden of moeite hebben om sociale omgangsvormen te begrijpen. Op basis van literatuurstudie en raadpleging van beeldend therapeuten zijn twee meetinstrumenten ontwikkeld en getest. De resultaten zijn overwegend positief: een meerderheid van de behandelde kinderen is flexibeler en socialer geworden en heeft leren aangeven wat er in hen omgaat. De meeste kinderen zitten beter in hun vel en zijn blijer na afloop van de therapie, ook thuis en in de klas.

Celine Schweitzer, *Art Therapy for Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorders: Development and First Evaluation of a Treatment Programme*. Rijksuniversiteit Groningen, 14 september. (Co-)promotoren prof. dr. E.J. Knorth, prof. dr. T.A. van Yperen, dr. M. Spreen

WELBEVINDEN OUDEREN MET PSYCHOPATHOLOGIE

Elja van der Wolf ontwikkelde twee vragenlijsten om het welbevinden van ouderen met een psychiatrische aandoening in verpleegtehuizen te meten. Met de ene kunnen gerontopsychiatrische bewoners over hun welbevinden worden bevraagd, de tweede vragenlijst helpt zorgmedewerkers hun observaties te geven over het welbevinden van bewoners. Van der Wolf onderzocht tevens het verband tussen de mate van welbevinden en probleemgedrag. Gedrag zoals somberheid en apathie of agitatie en prikkelbaarheid hangt samen met minder welbevinden. Mensen met wat meer ongeremd gedrag rapporteren juist een hoger welbevinden. Niet elke vorm van gedragsproblematiek gaat dus gepaard met een lager welbevinden. Het is daarom van belang oog te houden voor andere oorzaken van een gedragsprobleem, zoals problemen in emotieregulatie of medische oorzaken.

Elja van der Wolf, *Well-being in gerontopsychiatric nursing home residents*. Open Universiteit, 24 september. (Co-)promotoren prof. dr. L. Lechner, prof. dr. S.A.H. van Hooren, dr. W. Waterink

HET ONGEZEGDE IN BESTUURSKAMERS

Wetenschappers hebben een beperkt inzicht in bestuurskamerprocessen. Het in kaart brengen van de besluitvorming van Raden van Commissarissen (RvC's) vereist directe observatie van wat er in de boardroom gebeurt en het overwinnen van diverse methodologische uitdagingen. Marilieke Engbers exploreerde de besluitvorming van de RvC's; niet door te focussen op wat er werd gezegd, maar juist op 'het ongezegde'. Ze woonde bestuursvergaderingen van 17 RvC's bij en interviewde 119 bestuursleden over wat er tijdens die vergaderingen gebeurde. Zo werd duidelijk hoe denkfouten, blinde vlekken en tegenstrijdigheden de besluitvorming van een RvC vormgeven.

Marilieke Engbers, *How the unsaid shapes decision-making in boards: A reflexive exploration of paradigms in the boardroom*. Vrije Universiteit Amsterdam, 14 oktober. (Co-)promoren prof. dr. S.N. Khapova, prof. dr. E.L.H.M. van de Loo

Daphne Tona, *Investigating the human locus coeruleus-norepinephrine system in vivo : discussions on the anatomy, involvement in cognition and clinical applications*. Universiteit Leiden, 10 september. Promotoren prof. dr. S.T. Nieuwenhuis, prof. dr. B.U. Forstmann

Esther Slot, *Characterizing adolescents' interest in and out of school: understanding multiplicity and dynamics in persons, objects and contexts*. Universiteit Utrecht, 11 september. Promotoren prof. dr. S.F. Akkerman, prof. dr. T. Wubbels, dr. L.H. Bronkhorst

Tessa Blanken, *Changing perspectives on insomnia and depression: From symptoms to system*. Vrije Universiteit Amsterdam, 18 september. Promotoren prof. dr. E. van Someren, prof. dr. D. Borsboom

Selma Lugtmeijer, *Neurocognitive mechanisms of visual working memory and episodic memory in healthy aging and after stroke*. Universiteit van Amsterdam, 25 september. (Co-)promotoren prof. dr. E.H.F. de Haan, prof. dr. R.P.C. Kessels, prof. dr. F.E. de Leeuw, dr. L. Geerligs

DE KNOLRAAP VAN DIAGORAS

Ieder kwartaal valt bij mij de *Skepter* door de bus, het verenigingsblad van de Stichting Skepsis. Deze stichting 'stelt zich ten doel buitengewone beweringen aan een kritisch onderzoek te onderwerpen'. En inderdaad, geen buitengewone bewering ontkomt op den duur aan het oordeel van *Skepter*: homeopathie, parapsychologie, astrologie, UFO's – het complete rariteitenkabinet van de menselijke goedgelovigheid wordt genadeloos aan het spit geregen, ontleed en tentoongesteld. Als bijkomend voordeel kan de lezer van *Skepter* zich baden in de warme gloed van de eigen intellectuele superioriteit. (Ik wil het blad hier overigens geen onrecht doen – het is prachtig vormgegeven, goedkoop, en er staat iedere keer wel een boeiend stuk in over de psychologie; een aanrader!).

Het is wel opvallend dat één buitengewone bewering systematisch de *Skepter*-dans ontspringt. Kunt u raden welke? Juist: de bewering dat onze wereld is geschapen door een opperwezen, en dan nog wel een opperwezen dat, als een soort onzichtbare super-Sinterklaas, een luisterend oor heeft voor de smeekbedes en verlanglijstjes van ieder afzonderlijk mens. Soms neemt *Skepter* een religieuze uitwas de maat (zoals gebedsgenezers), maar het onderwerp religie in algemene zin lijkt welhaast taboe.

Vanwaar deze timide houding ten opzichte van religie als buitengewone bewering? Het zou voort kunnen komen uit respect jegens de religieuze medemens, maar dat verklaart nog niet waarom datzelfde respect onthouden wordt aan de groep paragnosten, die in *Skepter* geregeld de oren wordt gewassen. Nee, ik denk dat het hier gaat om angst. Religie is anno 2020 in Nederland nog alom tegenwoordig: grofweg de helft van de Nederlanders zegt te behoren tot een kerkelijke gezindte. Hoeveel paragnosten Nederland kent weet ik niet, maar als het er 1 op 100.000 zijn, lijkt me dat veel. Stellen we ons een omgekeerde wereld voor: de helft van de Nederlanders is overtuigd paragnost – stemt op politieke partijen van paragnosten, trouwt bij voorkeur andere paragnosten, stuurt de kinderen naar scholen voor paragnosten – en slechts 1 op 100.000 Nederlanders gelooft in een opperwezen. Zou *Skepter* dan nog steeds zo kritisch staan tegenover paragnosten, en het onderwerp religie zo mijden als nu het geval is? Ik kan het me maar moeilijk voorstellen.

Het is natuurlijk erg verstandig om angst te hebben voor het leveren van ongezouten kritiek op religie. In de klassieke oudheid hakte Diagoras de Atheïst een houten beeltenis van Herakles in stukken, stak het aan, en droeg de godheid op om zijn dertiende werk te voltooien, namelijk het koken van een knolraap. Dat lijkt een geslaagde grap, totdat je je voorstelt dat Hans Teeuwen morgen in Venlo een vergelijkbare stunt uit zou halen met een Mariabeeldje.

Mag je kritiek uiten op religie? Ben je daar als wetenschapper misschien zelfs toe verplicht? En als je dat doet, hoe dan? Zelf ben ik van nature conflictvermijdend en verwonder ik mij in stilte over de kloof die gaapt tussen het atheïstische wereldbeeld en dat van de gelovige.

Eric-Jan Wagenmakers

is hoogleraar Mathematische Psychologie aan de Universiteit van Amsterdam.
E-mail: ej.wagenmakers@gmail.com

FOTO: PETER VALCKX

HET FUNCTIONEREN VAN JONGEREN MET EEN CHRONISCH ZIEK GEZINSLID

ELSEMIEKE HOEVENAREN, DOMINIK SIEH & HENRIËTTE HOEVEN-MULDER

Jongeren met een chronisch ziek gezinslid hebben een verhoogd risico op probleemgedrag. Deze studie van Elsemieke Hoevenaren c.s. toont dat jongeren met een chronisch ziek gezinslid (n = 4.392) aangeven minder assertief te zijn en een slechtere ouder-kindrelatie te ervaren dan jongeren met gezonde gezinsleden (n = 12.059). Als deze jongeren wel assertief zijn en een goede ouder-kindrelatie ervaren, vertonen zij minder probleemgedrag. Preventie en behandeling kan zich daarom richten op het versterken van assertiviteit en de ouder-kindrelatie.

EEN STUDIE NAAR ASSERTIVITEIT EN OUDER-KINDRELATIE

HET FUNCTIONEREN VAN JONGEREN MET EEN CHRONISCH ZIEK GEZINSLID

INTRODUCTIE

Tussen de 11% en 37% van de Nederlandse jongeren groeit op met een chronisch lichamelijk ziek, psychisch ziek of verslaafd gezinslid (Anthonio et al., 2016; De Boer, Oudijk & Tielen, 2012). Enerzijds brengt het opgroeien met een chronisch ziek gezinslid positieve aspecten met zich mee voor jongeren, waaronder voldoening door het vervullen van zorgtaken (Leijdesdorff et al., 2017; Sieh et al., 2010) en het leren begrijpen en accepteren van de gevoelens van de zieke (East, 2010). Anderzijds lijken deze jongeren een vergrote kans op probleemgedrag te hebben (De Roos, De Boer & Bot, 2017).

Probleemgedrag kan zowel internaliserend als externaliserend van aard zijn. (Sub)klinische internaliserende problemen zijn naar binnen gericht. Voorbeelden hiervan zijn depressie, teruggetrokkenheid, somatische klachten en angst (Jenson, Harward & Bowen, 2011; Sieh et al., 2010). (Sub-)klinische externaliserende problemen zijn naar buiten gericht en omvatten onder meer ongehoorzaamheid, stelen, impulsief gedrag, agressie, gedragsproblemen en liegen (Jenson et al., 2011; De Roos et al., 2017; Sieh et al., 2010).

PROBLEEMGEDRAG BIJ JONGEREN MET EEN LICHAMELIJK ZIEK, PSYCHISCH ZIEK OF VERSLAAFD GEZINSLID De ziektecategorie van het gezinslid lijkt een grote impact te hebben op de mate waarin het functioneren van jongeren belemmerd wordt (Armistead, Klein & Forehand, 1995; Meijer et al., 2008; Visser-Meily et al., 2005b), hoewel niet duidelijk is wat de verschillen precies zijn.

Zo kunnen jongeren die opgroeien met een lichamelijk ziek gezinslid psychologische druk ervaren – bijvoorbeeld door angst en onzekerheid over de ziekte van het gezinslid of verdriet over de pijn en beperkingen van het gezinslid (De Roos et al., 2017). Jongeren met een psychisch ziek gezinslid hebben een grotere kans om pessimistischer te zijn over hun eigen gezondheid – hetgeen kan resulteren in meer depres-

sieve en angstige gevoelens, meer conflictgedrag en een verminderd psychosociaal functioneren, vergeleken met leeftijdsgenoten zonder ziek gezinslid (De Roos et al., 2017; Houck, Rodrigue & Lobato, 2007; Leijdesdorff et al., 2017; Sieh et al., 2012). De mate van de problemen hangt onder meer af van de hoeveelheid zorg die het gezinslid nodig heeft (East, 2010), alsook de mate van isolement en verantwoordelijkheidsgevoel bij jongeren (Sieh, 2012).

Verslaving en psychische ziekten kunnen leiden tot externaliserend probleemgedrag bij gezinsleden, zoals delinquentie en agressie (Jenson et al., 2011).

Jongeren met een psychisch ziek gezinslid zijn vaker pessimistischer over hun gezondheid dan jongeren met gezonde gezinsleden

ASSERTIVITEIT BIJ JONGEREN MET EEN ZIEK GEZINSLID

Het hebben van een ziek gezinslid leidt niet bij alle jongeren tot problemen (Drost et al., 2016). Een belangrijke factor in het voorkomen van stress en probleemgedrag lijkt assertiviteit te zijn (Sieh, 2012).

Assertieve jongeren gebruiken copingstrategieën om toekomstige problemen te voorkomen (Hosman, Van Doesum & Van Santfoort, 2009) en kunnen 'terugveren' uit moeilijke situaties (Gehrmann & Sumargo, 2009). Dit betekent dat de jongere manieren weet om met de moeilijkheden van het dagelijks leven om te gaan (Drost et al., 2016). Assertieve jongeren zijn zich bewust van de ziekte van het gezinslid, kunnen hun gevoelens onder woorden brengen en dit ook delen met anderen. Evenmin voelen ze zich schuldig over de huidige situatie (Pölkki et al., 2008).

Deze assertiviteit kan verklaren waarom het hebben van een ziek gezinslid niet bij alle jongeren tot problemen leidt, hoewel dit verband nog niet verder is onderzocht.

OUDER-KINDRELATIE BIJ JONGEREN MET EEN ZIEK GEZINSLID

Naast assertiviteit kan ook de ouder-kindrelatie beïnvloeden hoe jongeren de ziekte van hun gezinslid ervaren (McKeganey et al., 2002; Sieh et al., 2010). Grote gezinscohesie lijkt verbonden te zijn met een verminderd aantal problemen bij jongeren met een ziek gezinslid (Houck et al., 2007). Verder kan een goede ouder-kindrelatie de kans verlagen dat jongeren zelf een lichamelijke of psychische aandoening ontwikkelen (Krug et al., 2016). Gehrmann en Sumargo (2009) suggereren dat vooral het hebben van een verslaafde ouder een slechtere ouder-kindrelatie met zich mee kan brengen, door gewelddadig of agressief gedrag van de verslaafde ouder.

DOEL EN HYPOTHESEN

In het verleden zijn diverse studies gedaan onder jongeren met zieke gezinsleden. Er is echter nog geen specifiek onderzoek gedaan dat onderscheid maakt tussen ziektecategorieën. Daarom wordt in onderhavige studie assertiviteit en ouder-kindrelatie onderzocht bij vier groepen jongeren: 1) jongeren met een chronisch lichamelijk ziek gezinslid, 2) jongeren met een chronisch psychisch ziek gezinslid, 3) jongeren met een verslaafd gezinslid, en 4) jongeren zonder ziek gezinslid (controlegroep).

Deze studie is gericht op jongeren die in een van deze vier groepen zijn in te delen. Gegevens over jongeren met meervoudig zieke gezinsleden zijn uitgesloten van de analyses. De adolescentie is een periode waarin geregeld voorboden te zien zijn van ziektebeelden. Een voorbeeld hiervan is opstandig gedrag bij een jongere die zich heel somber voelt (Huisman et al., 2010). Omdat dit raakt aan het onderwerp van dit onderzoek, is ervoor gekozen om het onderzoek toe te spitsen op jongeren.

Het doel van de studie is het bestuderen van de verschillen in assertiviteit en kwaliteit van ouder-kindrelatie tussen de drie groepen jongeren met een ziek gezinslid en de controlegroep. Zo willen we meer zicht krijgen op de verschillen tussen deze groepen en op de mogelijke invloed die dit heeft op de ontwikkeling van (sub)klinisch probleemgedrag bij jongeren.

Op basis van eerdere onderzoeken verwachten we dat alle doelgroepen (lichamelijk ziek, psychisch ziek en verslaafd gezinslid) lager scoren op assertiviteit en ouder-kindrelatie vergeleken met de controlegroep. Specifiek verwachten we dat jongeren met een lichamelijk ziek gezinslid hoger scoren op assertiviteit en ouder-kindrelatie dan jongeren met een psychisch ziek of verslaafd gezinslid en dat jongeren met een verslaafd gezinslid het laagst scoren op deze factoren. Verder verwachten we dat jongeren die onvoldoende assertiviteit en een lage ouder-kindrelatie rapporteren, hoger zullen scoren op internaliserend en externaliserend probleemgedrag dan jongeren die rapporteren voldoende assertief te zijn en een goede ouder-kindrelatie te hebben. Specifiek zullen we kijken of jongeren met een ziek gezinslid minder probleem-

TABEL 1. BESCHRIJVENDE STATISTIEKEN VOOR DE ZIEKTECATEGORIEËN

	LICHAMELIJK ZIEK GEZINSLID	PSYCHISCH ZIEK GEZINSLID	VERSLAAFD GEZINSLID	CONTROLE-GROEP	*P*-WAARDE	H2
Jongeren (%)	2.910 (19.3%)	774 (5.1%)	320 (2.1%)	12.436 (73.3%)		
Geslacht (% jongen)	48.1%	44.1%	55.4%	52.2%	< .001	.001
Gemiddelde leeftijd	14.29	14.50	14.76	14.31	< .001	.004
Assertiviteit (% onvoldoende assertief)	7%	10%	14%	6%	< .001	.003
Ouder-kindrelatie (% lager dan gemiddeld)	14.6%	21.7%	29.9%	11.2%	< .001	.017
Ouder-kindrelatie (% hoger dan gemiddeld)	40.3%	28.7%	24.4%	47.3%	< .001	.017
Internaliserend probleemgedrag (% normaal)	83.3%	75.5%	76.9%	87.5%	< .001	.006
Externaliserend probleemgedrag (% normaal)	66.7%	66.3%	52.0%	73.1%	< .001	.008

gedrag rapporteren als ze voldoende assertief zijn en een goede ouder-kindrelatie ervaren.

METHODEN

PARTICIPANTEN Voor dataverzameling is een digitale vragenlijst ontwikkeld door GGD Noord- en Oost-Gelderland: de *Elektronische Monitor en Voorlichting* (E-MOVO). Deze vragenlijst verzamelt informatie over de gezondheid van jongeren. Er participeerden 42 scholen in dit onderzoek, resulterend in data van 16.451 leerlingen (90% van de uitgenodigde leerlingen). Leerlingen uit het praktijkonderwijs en speciaal voortgezet onderwijs werden uitgesloten voor dit onderzoek.

MEETINSTRUMENTEN De E-MOVO bevat onder andere de volgende vragen: 'Heb je een gezinslid met een langdurige of ernstige ziekte of handicap?', 'Heb je een gezinslid met een psychische ziekte?' en 'Heb je een gezinslid dat verslaafd is aan alcohol, drugs of gokken?' Jongeren moeten deze vragen beantwoorden met 'ja' of 'nee'.

Assertiviteit wordt gemeten aan de hand van acht stellingen uit de vragenlijst. Jongeren scoren 8 stellingen op een 4-puntsschaal met (1) 'oneens', (2) 'soms', (3) 'eens' of (4) 'helemaal mee eens'. Voorbeelden hiervan zijn: 'Ik zeg het als iemand iets doet wat ik niet wil' en 'Het is gemakkelijk om mij over te halen om iets te doen wat ik eigenlijk niet wil'. De betrouwbaarheid van de schaal is goed (GGD Noord-Oost Gelderland, 2015). Ruwe scores worden door GGD Noord-Oost Gelderland getransformeerd in twee categorieën: (0) onvoldoende assertief of (1) voldoende assertief. Alleen de categorische scores zijn gebruikt in dit onderzoek.

De ouder-kindrelatie wordt gemeten aan de hand van 6 vragen – bijvoorbeeld 'Heb je het gevoel gehad dat je ouders je begrijpen?' en 'Kon je met je ouders praten als je dat wilde?'. Jongeren nemen de afgelopen week in gedachten en scoren de vragen op een 5-puntsschaal met als antwoordmogelijkheden (1) 'nooit waar', (2) 'bijna nooit waar', (3) 'soms waar', (4) 'vaak waar' of (5) 'altijd waar'. De betrouwbaarheid van de schaal is goed (GGD Noord- en Oost-Gelderland, 2015). De ruwe scores worden door GGD Noord- en Oost-Gelderland getransformeerd in drie categorieën: (0) lager dan gemiddeld, (1) gemiddeld en (2) hoger dan gemiddeld. Alleen de categorische scores zijn gebruikt.

De Nederlandse versie van de *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goedhart, Treffers & Van Widenfelt, 2003) is gebruikt om internaliserend en externaliserend probleemgedrag te onderzoeken. Deze vragenlijst bestaat uit 25 stellingen, die gescoord worden als (0) niet waar, (1) een

beetje waar of (2) helemaal waar. Deze stellingen vormen vijf subschalen: 'emotionele problemen', 'hyperactiviteit/inattentie', 'gedragsproblemen', 'problemen met leeftijdsgenoten' en 'prosociaal gedrag' (Goedhart et al., 2003). Goodman, Lamping en Ploubidis (2010) vonden dat deze vijf schalen ondersteund worden vanuit exploratieve factoranalyses van de SDQ, hoewel bevestigende factoranalyses laten zien dat sommige ladingen erg laag zijn (< .4).

Internaliserende en externaliserende factoren zijn daarentegen wel onderdeel van de structuur van de SDQ. Daarom is in deze studie besloten om de subschalen 'emotionele problemen' en 'problemen met leeftijdsgenoten' te combineren tot de schaal 'internaliserend probleemgedrag'. De subschalen 'gedragsproblemen' en 'hyperactiviteit/inattentie' vormen de schaal 'externaliserend probleemgedrag'. De betrouwbaarheid van deze twee schalen is goed (Goodman, 2001). Scores op deze twee subschalen worden berekend door de gemiddelde scores te middelen tot (0) normaal en (1) (sub)klinisch. Alleen categorische scores zijn gebruikt in de analyses.

PROCEDURE Dataverzameling vond plaats in oktober en november 2015. De E-MOVO werd door de jongeren anoniem en vrijwillig ingevuld op school, onder supervisie van een leerkracht. Zowel ouders als jongeren konden deelname aan het onderzoek schriftelijk weigeren. Omdat de E-MOVO onderdeel is van een standaard GGD gezondheidsonderzoek, was er geen toestemming nodig van een Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC). Anonimiteit van de participanten werd gegarandeerd (Meester et al., 2015).

STATISTISCHE ANALYSE Allereerst worden demografische en beschrijvende resultaten geanalyseerd met behulp van frequenties en gemiddelden per groep.

Verschillen in assertiviteit en de ouder-kindrelatie tussen de groepen jongeren worden geanalyseerd met behulp van binaire logistische regressieanalyses en multinomiale regressieanalyses. De groepen jongeren fungeren als onafhankelijke variabelen. Dummy-variabelen worden als volgt gecodeerd: (0) lichamelijk ziek gezinslid, (1) psychisch ziek gezinslid, (2) verslaafd gezinslid en (3) controlegroep. Assertiviteit en ouder-kindrelatie fungeren als afhankelijke variabelen.

Of jongeren die (sub)klinisch scoren op de subschalen van de SDQ lager scoren op assertiviteit en ouder-kindrelatie, wordt op dezelfde manier gemeten. De scores op de internaliserende en externaliserende subschalen, (0) normaal en (1) (sub)klinisch, fungeren als onafhankelijke variabelen in de binaire logistische regressieanalyse, terwijl assertiviteit en ouder-kindrelatie de afhankelijke variabelen zijn.

Een mediatieanalyse wordt uitgevoerd om het mediërende effect van assertiviteit en ouder-kindrelatie te onderzoeken op het verband tussen het hebben van een ziek gezinslid en het rapporteren van probleemgedrag. De ziektecategorie fungeert als onafhankelijke variabele, scores op de internaliserende en externaliserende subschalen fungeren als afhankelijke variabelen en assertiviteit en ouder-kindrelatie als mediërende variabelen.

Effectgroottes (Cohen's *d*) worden berekend op basis van de SPSS output, met behulp van de formule zoals beschreven door Gonzales (Gonzales, n.d.).

Analyses worden uitgevoerd met behulp van IBM SPSS (versie 24). Er wordt gebruik gemaakt van een tweezijdige kritische significantiegrens van $p = .05$.

RESULTATEN

BESCHRIJVENDE STATISTIEKEN De beschrijvende statistieken voor de ziektecategorieën in tabel 1 laten zien dat 4.015 jongeren (26.7% van het totaal) aangeven een ziek gezinslid te hebben.

ASSERTIVITEIT Verschillen in assertiviteit tussen de vier groepen jongeren worden gemeten met behulp van een binaire logistische regressie. Deze analyse laat zien dat de kans om voldoende assertief te zijn niet significant afneemt als een jongere een lichamelijk ziek gezinslid heeft, maar dat dit wel het geval is als er sprake is van een psychisch ziek of verslaafd gezinslid (zie tabel 2).

OUDER-KINDRELATIE Een multinomiale regressieanalyse laat zien dat jongeren met een lichamelijk ziek gezinslid vaker een slechte ouder-kindrelatie rapporteren dan jongeren zonder zieke gezinsleden. Deze kans is nog groter bij jongeren met een psychisch ziek gezinslid. Jongeren met een verslaafd gezinslid hebben twee keer zoveel kans een slechte ouder-kindrelatie te vermelden dan een gemiddelde ouder-kindrelatie (zie eveneens tabel 2).

Jongeren met een lichamelijk ziek gezinslid hebben vaker een gemiddelde ouder-kindrelatie dan een goede relatie. Jongeren met een psychisch ziek gezinslid hebben een twee keer zo kleine kans om een goede ouder-kindrelatie te rapporteren. Deze kans is nog kleiner voor jongeren met een verslaafd gezinslid (zie ook tabel 2).

TABEL 2. ODDS RATIO'S (OR) EN BETROUWBAARHEIDSINTERVALLEN (BI) VOOR ASSERTIVITEIT, OUDER-KINDRELATIE EN INTERNALISEREND EN EXTERNALISEREND PROBLEEMGEDRAG

		LICHAMELIJK ZIEK GEZINSLID	PSYCHISCH ZIEK GEZINSLID	VERSLAAFD GEZINSLID
Onvoldoende assertief	OR	1.14	1.61*	2.32*
	BI	1.09 - 1.20	1.56 - 1.67	2.13 - 2.54
Lager dan gemiddelde ouder-kindrelatie	OR	1.18*	1.54*	2.22*
	BI	1.08 - 1.30	1.42 - 1.68	2.11 - 2.36
Hoger dan gemiddelde ouder-kindrelatie	OR	0.77*	0.52*	0.45*
	BI	.66 - .89	.22 - .88	.54 - 1.18
(Sub)klinisch internaliserend probleemgedrag	OR	1.47*	2.70*	2.56*
	BI	1.34 - 1.58	2.61 - 2.88	2.42 - 2.76
(Sub)klinisch externaliserend probleemgedrag	OR	1.41*	1.72*	2.63*
	BI	1.34 - 1.50	1.62 - 1.84	2.54 - 2.74

* $p < .001$

INTERNALISEREND EN EXTERNALISEREND PROBLEEMGEDRAG Een multinomiale regressieanalyse (zie ook tabel 2) laat zien dat de kans op (sub)klinisch internaliserend probleemgedrag significant toeneemt als een jongere een lichamelijk ziek gezinslid heeft. Jongeren met een psychisch ziek gezinslid hebben 2.7 keer zoveel kans op internaliserend probleemgedrag dan de controlegroep. Voor jongeren met een verslaafd gezinslid is deze kans tweeënhalf keer groter dan voor de controlegroep. De kans om (sub)klinisch externaliserend probleemgedrag te vertonen is groter bij jongeren met een lichamelijk ziek, psychisch ziek en verslaafd gezinslid dan bij jongeren uit de controlegroep.

ASSERTIVITEIT EN OUDER-KINDRELATIE IN VERBAND MET PROBLEEMGEDRAG Een binaire logistische regressieanalyse (zie eveneens tabel 2) laat zien dat jongeren die onvoldoende assertief zijn, meer dan tien keer (OR = 10.3; BI = 8.59 - 12.35) zoveel kans hebben om (sub)klinisch internaliserend probleemgedrag te vertonen en tweeënhalf keer (OR = 2.5; BI = 2.15 - 2.92) zoveel kans om (sub)klinisch externaliserend probleemgedrag te vertonen als hun leeftijdsgenoten die wel voldoende assertief zijn.

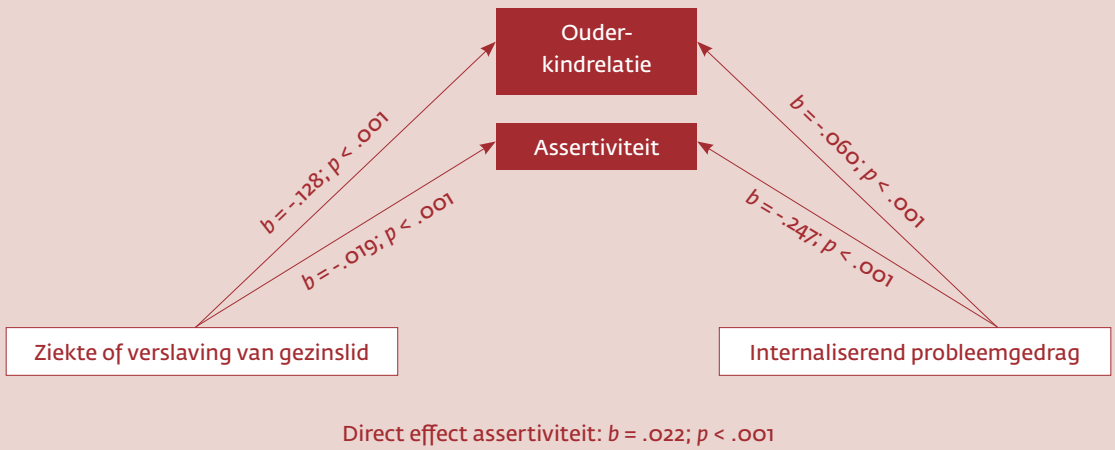
Een multinomiale regressie laat zien dat jongeren die een slechte ouder-kindrelatie rapporteren, bijna vier keer (OR = .26; BI = .22 - .31) zoveel kans hebben op (sub)klinisch internaliserend probleemgedrag en bijna tweeënhalf keer (OR = .41; BI = .36 - .46) zoveel kans hebben op (sub)klinisch externaliserend probleemgedrag ten opzichte van hun leeftijdsgenoten die hun ouder-kindrelatie als gemiddeld beoordelen. Jongeren die de kwaliteit van de ouder-kindrelatie als gemiddeld zien, hebben 2.7 zoveel kans (OR = 2.7; BI = 2.19 - 3.34) om (sub)klinische internaliserend probleemgedrag te rapporteren en bijna 2 keer (OR = 1.98; BI = 1.78 - 2.20) zoveel kans om (sub)klinische externaliserend probleemgedrag te rapporteren dan hun leeftijdsgenoten die hun ouder-kindrelatie als goed beschouwen.

MEDIËREND EFFECT VAN ASSERTIVITEIT EN DE OUDER-KINDRELATIE Een mediatieanalyse wordt zoals gezegd uitgevoerd om het mediërende effect van assertiviteit op de relatie tussen het hebben van een ziek gezinslid en het rapporteren van internaliserend probleemgedrag te onderzoeken. Er is een gedeeltelijke mediatie gevonden (zie figuur 1), die volgens de Aroische versie van de Sobel-test significant is ($z = 6.20$; $p < .001$).

De ouder-kindrelatie blijkt het verband tussen het hebben van een ziek gezinslid en internaliserend probleemgedrag gedeeltelijk te mediëren (zie eveneens figuur 1). Dit mediërende effect is significant volgens de Aroische versie van de Sobel-test ($z = 19.95$; $p < .001$).

Volgens de Sobel-test is ook het mediërende effect van assertiviteit op de relatie tussen het hebben van een ziek

FIGUUR 1. MODEL VAN DE ZIEKTE OF VERSLAVING VAN EEN GEZINSLID ALS VOORSPELLER VAN INTERNALISEREND PROBLEEMGEDRAG, GEMEDIEERD DOOR ASSERTIVITEIT EN OUDER-KINDRELATIE



Direct effect assertiviteit: $b = .022$; $p < .001$
Indirect effect assertiviteit: $b = .004$; $p < .001$
Direct effect ouder-kindrelatie: $b = .019$; $p < .001$
Indirect effect ouder-kindrelatie: $b = .219$; $p < .001$

gezinslid en externaliserend probleemgedrag significant ($z = 5.56$; $p < .001$), hoewel er sprake is van een gedeeltelijke mediatie (zie figuur 2). Ook de ouder-kindrelatie medieert deze relatie gedeeltelijk (zie wederom figuur 2) en significant ($z = 13.40$; $p < .001$).

DISCUSSIE

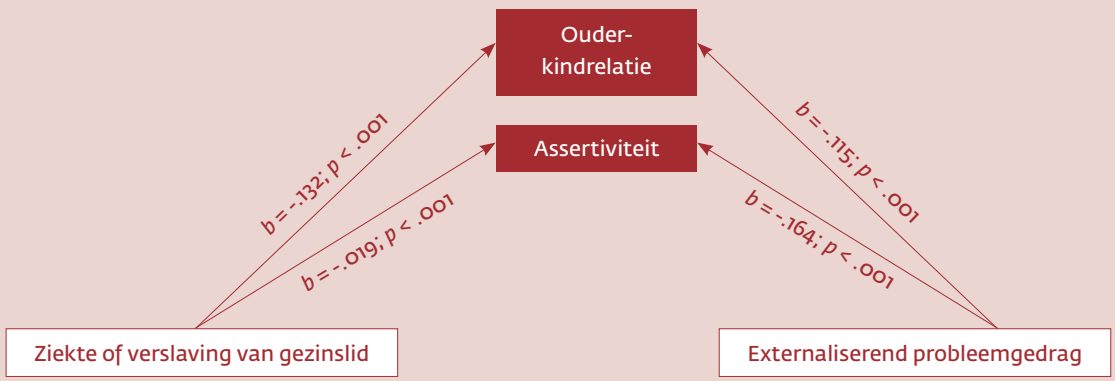
Het doel van deze studie is om assertiviteit en de kwaliteit van ouder-kindrelaties te onderzoeken in relatie tot probleemgedrag in vier groepen: jongeren met een chronisch lichamelijk ziek gezinslid, chronisch psychisch ziek gezinslid, verslaafd gezinslid en jongeren met gezonde gezinsleden. Eerder onderzoek heeft wel laten zien dat deze factoren een rol spelen in jongeren met zieke ouders, maar er is niet eerder onderzoek gedaan naar de verschillen tussen de ziektecategorieën van de gezinsleden.

ASSERTIVITEIT In tegenstelling tot de verwachting scoren jongeren met een lichamelijk ziek gezinslid niet significant lager op assertiviteit dan jongeren in de controlegroep. Jongeren met een psychisch ziek of verslaafd gezinslid hebben echter een significant hogere kans om onvoldoende assertief te zijn, wat wel in overeenstemming is met de hypothese. Deze uitkomst kan mede verklaard worden doordat jongeren die opgroeien met een psychisch of verslaafd gezinslid vaak een veilige, stabiele omgeving missen, die hen een gevoel van vertrouwen geeft (Peleg-Oren & Teichman, 2006). Gezinsleden met een lichamelijke ziekte zijn vaak beter in staat om behoeften van het kind te signaleren en te vervullen dan gezinsleden met een psychische ziekte of verslaving (Van Geissel, 2018). Dit zou kunnen verklaren waarom deze groep jongeren niet significant lager scoort op assertiviteit dan leeftijdsgenoten uit de controlegroep.

OUDER-KINDRELATIE Jongeren met een lichamelijk ziek gezinslid scoren zoals verwacht significant lager op de kwaliteit van ouder-kindrelatie dan jongeren uit de controlegroep. Gezinsleden met een lichamelijke ziekte hebben vaak hulp nodig die eigenlijk gegeven zou moeten worden door professionals, maar die in werkelijkheid bij de jongere wordt belegd (East, 2010). Dit kan de ouder-kindrelatie veranderen in een patiënt-verzorgerrelatie, die soms lastig te combineren is met ouderschap en kind-zijn (Van Tillaart, 2010).

Jongeren met een psychisch ziek gezinslid scoren hoger dan hun leeftijdsgenoten met een verslaafd gezinslid op ouder-kindrelatie, maar zien de relatie wel als lager dan gemiddeld. Het zorgen voor een gezinslid met een psychische ziekte lijkt de ontwikkeling van interpersoonlijke relaties negatief te beïnvloeden. Zo kunnen jongeren zich gedwongen voelen om de ouderrol op zich te nemen

FIGUUR 2. MODEL VAN DE ZIEKTE OF VERSLAVING VAN EEN GEZINSLID ALS VOORSPELLER VAN EXTERNALISEREND PROBLEEMGEDRAG, GEMEDIEERD DOOR ASSERTIVITEIT EN OUDER-KINDRELATIE



Direct effect assertiviteit: $b = .049$; $p < .001$
Indirect effect assertiviteit: $b = .003$; $p < .001$
Direct effect ouder-kindrelatie: $b = .038$; $p < .001$
Indirect effect ouder-kindrelatie: $b = .014$; $p < .001$

tegenover andere familieleden (Early & Cushway, 2002). Hierdoor kunnen jongeren het gevoel hebben twee rollen op zich te moeten nemen: die van verzorger en die van jongere.

Ten slotte hebben jongeren met een verslaafd gezinslid de grootste kans om een slechte ouder-kindrelatie te rapporteren. Ook deze jongeren kunnen zich onder druk gezet voelen een ouderrol op zich te nemen, maar bijkomend maakt een verslaving het opbouwen van een vertrouwensrelatie met een gezinslid mogelijk nog moeilijker dan in geval van een psychische ziekte (Gehrmann & Sumargo, 2009; Kostrominaa et al., 2016). Daarnaast wordt de band ook negatief beïnvloed doordat verslaving geregeld huiselijk geweld en een instabiele gezinssituatie veroorzaakt (Anthonio et al., 2016).

INTERNALISEREND EN EXTERNALISEREND PROBLEEMGEDRAG De resultaten laten zien dat jongeren met een lichamelijk ziek gezinslid minder hoog scoren op internaliserend en externaliserend probleemgedrag dan jongeren met een psychisch ziek of verslaafd gezinslid. Wel hebben ze in vergelijking tot de controlegroep een hogere kans om probleemgedragingen te rapporteren. Dit is in lijn met de meta-analyse van Sieh et al. (2010), waaruit blijkt dat het hebben van een gezinslid met een lichamelijke ziekte voornamelijk geassocieerd wordt met internaliserend probleemgedrag.

Jongeren met een psychisch ziek gezinslid hebben iets vaker externaliserend probleemgedrag, en rapporteren veel vaker internaliserend probleemgedrag dan jongeren zonder ziek gezinslid. Doordat diverse psychische ziekten een genetische basis hebben en jongeren dezelfde genetische basis hebben als hun zieke familieleden, zijn zij wellicht ook genetisch vatbaarder voor het ontwikkelen van een ziekte (Leijdesdorff et al., 2017). Daarnaast rapporteren jongeren met een verslaafd gezinslid dikwijls internaliserend probleemgedrag, hoewel de kans op het rapporteren van externaliserend probleemgedrag relatief nog groter is.

Jongeren die geen internaliserend of externaliserend probleemgedrag rapporteren, zijn vaker voldoende assertief vergeleken met hun leeftijdsgenoten die wel probleemgedrag rapporteren. Jongeren met een slechte ouder-kindrelatie hebben ook meer kans om internaliserend en externaliserend probleemgedrag te rapporteren dan jongeren met een gemiddelde of goede ouder-kindrelatie. Chao et al. (2018) stellen dat weinig aandacht en sociale steun van ouders of andere belangrijke familieleden die ziek zijn de mogelijkheid van de jongere om met moeilijke situaties om te gaan negatief kan beïnvloeden. Jongeren die een goede relatie ervaren, hebben een kleinere kans om (sub)klinisch internaliserend en externaliserend probleemgedrag te rapporteren.

MEDIËREND EFFECT VAN ASSERTIVITEIT EN OUDER-KINDRELATIE Zoals verwacht laten de resultaten zien dat jongeren die voldoende assertief zijn en een goede ouder-kindrelatie rapporteren minder kans hebben om internaliserend en/of externaliserend probleemgedrag te vertonen, vergeleken met hun leeftijdsgenoten die onvoldoende assertief zijn en een slechte ouder-kindrelatie rapporteren. Er lijkt dus een verband te zijn tussen assertiviteit, ouder-kindrelatie en probleemgedrag, hoewel in de analyse slechts een gedeeltelijke mediatie wordt gevonden. Naast de genoemde factoren zijn ook andere factoren van invloed op de relatie tussen familiaire ziekte en het rapporteren van problemen, zoals temperament (Bates et al., 1998) en de hoeveelheid zorg die het zieke gezinslid nodig heeft (East, 2010).

Toekomstig onderzoek zou kunnen focussen op deze en andere mogelijk mediërende factoren.

BEPERKINGEN EN VERDER ONDERZOEK Een belangrijke beperking van de huidige studie is dat de steekproef grotendeels bestond uit Nederlandse, witte, jonge jongeren uit een specifieke regio in Nederland (Gelderland). Dit vermindert de externe validiteit van de studie. Een andere beperking is dat de vier groepen jongeren (lichamelijk ziek, psychisch ziek of verslaafd gezinslid en controlegroep) aanzienlijk verschillen in groepsgrootte. De groep jongeren met een lichamelijk ziek gezinslid is significant groter dan de groep jongeren met een psychisch ziek of verslaafd gezinslid. Vooral de laatste groep was relatief klein. Deze disbalans kan de generaliseerbaarheid van de resultaten naar de algemene populatie van deze groepen beïnvloeden.

Verder konden jongeren die opgroeien met meerdere zieke familieleden of familieleden met een dubbele diagnose slechts één ziektecategorie aangeven op de vragenlijst. In verband met de complexiteit van een subgroep voor jongeren met een gezinslid met comorbiditeit, heeft deze studie zich gericht op de primaire ziekte van het gezinslid. Het is hierdoor ook niet mogelijk om onderscheid te maken tussen zieke vaders, moeders, broers en zussen. Meer inzicht in de impact die het hebben van een ziek gezinslid heeft, zou bijvoorbeeld kunnen komen uit het bestuderen van de verschillende gevolgen die het hebben van zieke ouders of zieke broers/zussen met zich meebrengen.

Verder onderzoek kan ook diverse facetten van assertiviteit en ouder-kindrelatie bestuderen –bijvoorbeeld optimisme, cognitieve flexibiliteit, actieve copingvaardigheden of een persoonlijk moreel kompas, wat inhoudt dat jongeren een duidelijk doel hebben in hun leven (Iacoviello & Charney, 2014). Er kan dan ook gekeken worden welke aspecten het belangrijkste zijn in het trainen van assertiviteit bij jongeren. Aan de andere kant kan een diepere inspectie van de verschillende aspecten van de ouder-kindrelatie ook meer specifieke kennis geven over welke aspecten de ouder-kindrelatie vooral beïnvloeden. Zo beschrijft White (2014) de manier van communicatie tussen ouder en jongere en de rol hiervan in het beslissingsproces van jongeren, wat van invloed kan zijn op hoe jongeren de relatie met hun ouders zien. Ook hier kan verder onderzoek nader op ingaan.

CONCLUSIE EN KLINISCHE IMPLICATIES

Volgens de huidige studie heeft het hebben van een lichamelijk ziek gezinslid geen samenhang met de mate waarin een jongere assertief is, maar wel met de ouder-kindrelatie. Jongeren met een psychisch ziek gezinslid laten minder positieve resultaten zien, terwijl jongeren met een verslaafd gezinslid de hoogste kans hebben om onvoldoende assertief te zijn en een slechte ouder-kindrelatie te rapporteren. Assertiviteit heeft een positief verband met probleemgedrag (wat wil zeggen dat het probleemgedrag vermindert), maar assertiviteit alleen kan geen positieve ontwikkeling voorspellen (Lee, Cheung & Kwong, 2012). Hoewel het effect van een goede ouder-kindrelatie minder groot is dan het effect van assertiviteit, is de ouder-kindrelatie wel belangrijk (Bradley & Corwyn, 2007). Vooral in stressvolle situaties die veroorzaakt kunnen worden door de stress, die de ziekte met zich kan meebrengen (Hazel et al., 2014). Een goede relatie met ouders is onder andere van belang voor een positieve zelfwaardering (Blyth & Traeger, 1988), sociale vaardigheden (Cauce, 1986) en algemeen welbevinden (Greenberg et al., 1983). Daarnaast is gebrek aan steum van ouders een sterke negatieve voorspeller van probleemgedrag (Helsen, Vollebergh & Meeus, 1997).

Concluderend scoren jongeren met een ziek of verslaafd gezinslid significant lager op assertiviteit en ouder-kindrelatie vergeleken met jongeren in de controlegroep. Naast dat zij laag scoren op deze variabelen, hebben zij de grootste kans op het rapporteren van probleemgedrag. Zowel assertiviteit als een goede ouder-kindrelatie kunnen mogelijk beschermen tegen de ontwikkeling van probleemgedrag. Daarom is het belangrijk om de klinische interpretatie hiervan onder ogen te zien. Zorgverleners zouden aandacht moeten hebben voor jongeren die opgroeien met een lichamelijk ziek, psychisch ziek of verslaafd gezinslid. Ze kunnen dan assertiviteit in deze jongeren stimuleren en proberen de ouder-kindrelatie te versterken. Dit zou onder

andere kunnen door tijdens de behandeling van de zieke bewust tijd vrij te maken voor de gezinsleden en te vragen hoe zij de ziekte of verslaving ervaren.

Artsen, zowel in de somatiek als in de psychiatrie, hebben een cruciale rol in het signaleren van de ontwikkeling van probleemgedrag bij jongeren (Anthonio et al., 2016). Dit kan al in het begin van een behandeltraject. Zo kunnen in een vroeg stadium de benodigde hulpbronnen worden ingeschakeld om mogelijke problemen bij jongeren te voorkomen (Anthonio et al., 2016). Er is een specifieke richtlijn van het Nederlands Jeugdinstituut, namelijk de Richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) waar hulpverleners gebruik van kunnen maken om ernstige problemen bij de jongeren zelf te voorkomen (Zanden et al., 2014). Preventie is beter dan het moeten behandelen van de jongeren zelf (Brincks et al., 2018). Hierbij zouden psychologen en andere hulpverleners assertiviteit en een goede ouder-kindrelatie centraal kunnen stellen als mogelijke buffer tegen het ontwikkelen van internaliserend en externaliserend probleemgedrag in jongeren met een ziek gezinslid.

OVER DE AUTEURS

Elsemieke Hoevenaren, MSc, is als psycholoog werkzaam bij Eleos. Dr. Dominik Sieh is als psycholoog verbonden aan de sectie Klinische Psychologie van de Universiteit Leiden. Henriette Hoeven-Mulder is als epidemioloog verbonden aan GGD Noord- en Oost-Gelderland. Correspondentie aangaande dit artikel: elsemieke.hoevenaren@eleos.nl.

Summary

THE INFLUENCE OF FAMILIAL ILLNESS ON ADOLESCENT FUNCTIONING

E. HOEVENAREN, D.S. SIEH & H.B. HOEVEN-MULDER

Adolescents having a family member with a chronic medical condition, psychiatric condition, or addiction are at an increased risk for developing (sub)clinical problem behaviours. This study examines whether assertiveness and parent-adolescent relationship differ in the target groups compared to the control group and whether they are related to adolescent problem behaviours. Research on data of 16.451 adolescents showed that familial addiction placed adolescents at highest risk for insufficient assertiveness, followed by familial chronic psychiatric conditions. Familial chronic medical conditions had no influence on assertiveness. Familial addiction was associated with the highest chance to rate the parent-adolescent relationship as lower than average, followed by familial chronic psychiatric and medical conditions. Mediation analyses suggested that assertiveness and parent-adolescent relationship are negatively related to problem behaviours in the target groups.

Literatuur

Anthonio, G., Willems, I., Jansen, D. & Meer-Jansma, M. van der (2016). Verslaafde ouder is risico voor kind. *Medisch Contact, 38*, 34-36.

Armistead, L., Klein, K. & Forehand, R. (1995). Parental physical illness and child functioning. Clinical *Psychology Review, 15*, 409-422.

Bates, J.E., Pettit, G.S., Dodge, K.A. & Ridge, B. (1998). Interaction of temperamental resistance to control and restrictive parenting in the development of externalizing behavior. *Developmental Psychology, 34*, 982-995.

Boer, A. de, Oudijk, D. & Tielen, L. (2012). Children and adolescents with chronically ill family members in the Netherlands. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 90*(3), 167-170.

Bradley, R.H. & Corwyn, R.F. (2007). Externalizing problems in fifth grade: relations with productive activity, maternal sensitivity, and harsh parenting from infancy through middle childhood. *Developmental Psychology, 43*, 1390-1401.

Brincks, A., Perrino, T., Howe, G., Pantin, H., Prado, G., Huang, S., Cruden, G. & Brown, C.H. (2018). Preventing youth internalizing symptoms though the Familias Unidas Intervention: examining variation in response. *Prevention Science, 19*(1), 49-59.

Chao, L., Tsai, M., Liang, Y., Strong, C. & Lin, C. (2018). From childhood adversity to problem behaviour: role of psychological and structural social integration. *Pediatrics International, 60*, 23-29.

Drost, L.M., Krieke, L. van der, Sytema, S. & Schippers, G.M. (2016). Self-expressed strengths and resources of children of parents with a mental illness: a systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing, 25*(2), 102-115.

Earley, L. & Cushway, D. (2002). The parentified child. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7*(2), 163-178.

East, P.L. (2010). Children's provision of family caregiving: benefit or burden? *Child Development Perspectives, 4*(1), 55-61.

Gehrmann, J. & Sumargo, S. (2009). Children of adults with a psychiatric condition. *Monatschrift Kinderheilkunde, 157*, 383-394.

GGD Noord-Oost Gelderland (2015). *Resultaten E-MOVO 2015*. Geraadpleegd op http://ggd-noord-en-oostgelderland.instantmagazine.com/factsheet/resultaten-e-movo-2015/.

Geissel, E.A. van (2018). Let op kinderen van ouders met psychische problemen. *Huisarts & Wetenschap, 61*(10). doi: 10.1007/s12445-018-0324-8.

Goedhart, A., Treffers, F. & Widenfelt, B. van (2003). Vragen naar psychische problemen bij kinderen en jongeren: de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 58*, 1018-1035.

Gonzales, J. E. (n.d.). Cohen's *d* for independent samples t-test in SPSS. Geraadpleegd op file:///C:/Users/Elsemieke/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/CalculatingCohensD%20(3).pdf.

Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Child and Adolescent Psychiatry, 40*(11), 1337-1345.

Goodman, A., Lamping, D.L. & Ploubidis, G.B. (2010). When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children. *Journal of Abnormal Child psychology, 38*(8), 1179-1191.

Hazel, N.A., Oppenheimer, C.W., Technow, J.R., Young, J.F. & Hankin, B.L. (2014). Parent relationship quality buffers against the effect of peer stressors on depressive symptoms from middle childhood to adolescence. *Developmental Psychology, 50*(8), 2115-2123.

Helsen, M., Vollebergh, W. & Meeus, W. (1997). Sociale steun van ouders en vrienden en emotionele problemen in de adolescentie. *Kind en Adolescent, 18*(1), 24-31.

>>

Huisman, J., Flapper, B.C.T., Kalverdijk, L J., L'Hoir, M.P.L. & Weel., E.A.F. van (2010). Gedragsproblemen bij adolescenten. In: J. Huisman, B.C.T. Flapper, L.J. Kalverdijk, M.P.L. L'Hoir & E.A.F. Van Weel (Eds.), *Gedragsproblemen bij kinderen* (pp. 19-26). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Houck, C.D., Rodrigue, J.R. & Lobato, D. (2007). Parent-adolescent communication and psychological symptoms among adolescents with chronically ill parents. *Journal of Pediatric Psychology, 32*(5), 596-604.

Hosman, C.M.H., Doesum, K.T.M. van & Santvoort, F. van (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: the scientific basis to a comprehensive approach. *Advances in Mental Health, 8* (3), 250-263.

Iacoviello, B.M. & Charney, D.S. (2014). Psychosocial facets of resilience: implications for preventing post-trauma psychopathology, treating trauma survivors, and enhancing community resilience. *European Journal of Psychotraumatology, 5* (1), doi:10.3402/ejpt.v5v23970.

Jenson, W.R., Harward, S. & Bowen, J.M. (2011). Externalizing disorders in children and adolescents: behavioural excess and behavioural deficits. In M.A. Bray & T.J. Kehle (Eds.), *The Oxford handbook of school psychology* (pp. 379-410). New York: Oxford University Press.

Kostrominaa, S.N., Gurievaa, S.D., Borisovaa, M.M. & Khomyakovaa, E.G. (2016). Trust in and perception of parents in children with different coping strategies. *Procedia – Social and Behavioural Sciences, 233*, 35-41.

Krug, S., Wittchen, H.U., Lieb, R., Beesdo-Baum, K. & Knappe, S. (2016). Family functioning mediates the association between parental depression and low self-esteem in adolescents. *Journal of Affective Disorder, 203*, 184-189.

Lee, T.Y., Cheung, C.K. & Kwong, W.M. (2012). Resilience as a positive youth development construct: a conceptual review. *The Scientific World Journal.* doi:10.1100/2012/390450.

Leijdesdorff, S., Doesum, K. van., Popma, A., Klaassen, R. & Amelsvoot, T. van. (2017). Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: an up to date narrative review. *Current Opinion in Psychiatry, 30*(4), 312-317.

McKeganey, N., Barnard, M. & McIntosh, J. (2002). Paying the price for their parent's addicton: meeting the needs of the children of drug-using parents. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 9*(3), 233-246.

Meester, W., Smit, C., Visser, J.E., Hoeven-Mulder, H.B., Star, M. van der & Rijmenam, Th.N. J. van (2015). *Onderzoeksprotocol E-MOVO 2015/2016.* Retrieved from https://docplayer.nl/67842008-Onderzoeksprotocol-e-movo-2015-2016-ggd-twente-ggd-noord-en-oost-gelderland-g-gd-gelderland-zuid-html

Meijer, A.M., Oostveen, S.J.E. van & Stams, G.J.M. (2008). Zorgen voor een zieke ouder: de relatie tussen mantelzorg, ziekte van de ouder en gedragsproblemen bij kinderen. *Kind en Adolescent, 29*(4), 208-220.

Peleg-Oren, N. & Teichman, M. (2006). Young children of parents with substance use disorders (SUD): a review of the literature and implications for social work practice. *Journal of Social Work Practice, 6*(1-2), 49-61.

Pölkki, P., Ervast, S.A. & Huupponen, M. (2008). Coping and resilience of children of a mentally ill parent. *Social Work in Health Care, 39*(1-2), 151-163.

Roos, S.A. de, Boer, A.H. de & Bot, S.M. (2017). Well-being and need for support of adolescents with a chronically ill family member. *Journal of Child and Family Studies, 26*(2), 405-415.

Sieh, D.S., Meijer, A.M., Oort, F.J., Visser-Meily, J.M.A. & Leij, D.A.V. van der (2010). Problem behaviour in children of chronically ill parents: a meta-analysis. *Clinical Child Family Psychology Review, 13*(4), 384-397.

Sieh, D.S., Visser-Meily, J.M.A., Oort, F.J. & Meijer, A.M. (2012). Risk factors for problem behaviour in adolescents of parents with a chronic medical condition. *European Child and Adolescent Psychiatry, 21*(8), 459-471.

Tillaart, J. van (2010). *Meer efficiënte ouderenzorg*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.

Visser-Meily, J.M.A., Post, M.W.M., Meijer, A.M., Port, I. van de, Maas, C.J.M. & Lindeman, E. (2005). When a parent has a stroke: clinical course and prediction of mood, behavior problems, and health status of their young children. *Stroke, 36*, 2436-2440.

White, F.A. (2014). Parent-adolescent communication and adolescent decision-making. *Journal of Family Studies, 2*(1), 41-56.

Zanden, R. van der, Meeuwissen, J., Havinga, P., Meije, D., Konijn, C. ... & Hosman, C. (2014). *Richtlijn Kinderen van Ouders met Psychische Problemen (KOPP) voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: Trimbos-instituut.

[ADVERTENTIE]

RINO • amsterdam
opleiding en inspiratie voor professionals in de GGZ

Internationale experts bij RINO amsterdam
Online: Learning Labs | www.rino.nl/learninglabs

Imaginal Exposure (IE): Boost your therapeutic IE skills online
www.rino.nl/1207 | start 29 januari

Suicide prevention
www.rino.nl/1205 | 18 maart

→ Een greep uit ons aanbod

Slaap en slaapstoornissen: introductie
www.rino.nl/971 | 10 december

Mentaliseren in behandelrelaties
www.rino.nl/493 | start 11 december

Profielopleiding Ouderenpsychologie
www.rino.nl/po-o | januari 2021

Werken met systemen
www.rino.nl/334 | 13 januari

Slaap en slaapstoornissen
www.rino.nl/1060 | start 28 januari

Leergang eetstoornissen
www.rino.nl/193 | start 14 april

www.rino.nl

VERGOED SPORTPSYCHOLOGISCHE KOSTEN

In sport ligt de focus vooral op fysieke, tactische en technische trainingen. Wanneer je sporters vraagt hoeveel procent van het uitoefenen van hun sport mentaal is, dan zeggen de meesten tachtig procent. Maar hoe trainen zij eigenlijk hun hersenen, het orgaan dat voor die mentale aspecten verantwoordelijk is? Hoe trainen topsporters hoe zij denken en voelen? Vaak doen ze dat helemaal niet. Als sporter moet je hard zijn! Je mag je emoties niet tonen.

Discipline en mentale vaardigheden worden vaak door elkaar heen gebruikt, terwijl dit echt twee totaal verschillende componenten zijn. Sporters gaan nu vaak pas naar een sportpsycholoog als zij een probleem ervaren. Het oplossen ervan kost meer inspanning dan het voorkomen van problemen.

Sporters gaan daarentegen wel preventief naar de fysiotherapeut. Zij willen hun spieren soepel en flexibel houden ter voorkoming van fysieke blessures. Deze preventieve noodzakelijke behandelingen worden volledig vergoed middels een aanvullende zorgverzekering. De fysio weet altijd wel een reden te vinden waarom het goed was dat de sporter op consult kwam.

Uit onderzoek blijkt dat heel veel sporters te maken hebben met fysieke ongemakken voor een training of wedstrijd door hun mentale gesteldheid. Klachten die naar voren komen zijn onder meer hoofdpijn, misselijkheid, kortademigheid, diarree, brandend maagzuur, opstoppingen, slecht slapen, minder eetlust en oorsuizen. Sporters nemen een pilletje tegen deze fysieke ongemakken, terwijl de mentale oorzaak niet wordt aangepakt. Deze mentale kwalen belemmeren echter een optimale sportprestatie!

Elke sporter kent zijn of haar eigen mentale valkuilen. Sportpsychologen laten topsporters evenwel beter presteren, dat durf ik keihard te stellen. Desondanks is de drempel om naar een sportpsycholoog te gaan voor veel sporters nu nog te hoog. Waarom trainen niet veel meer sporters hun mentale weerstand? Dat heeft vermoedelijk te maken met twee redenen: er lig nog een taboe op de toegevoegde waarde van sportpsychologen en de kosten van een sportpsycholoog worden niet vergoed.

Sportpsychologen hebben doorgaans een universitaire studie voltooid. Als ons brein ons in alles verder helpt, waarom vergoeden zorgverzekeraars bij een aanvullende verzekering de kosten van een mentale trainer (sportpsycholoog) dan niet? Ook een sportpsycholoog kan een consult aan een besproken valkuil koppelen. Nederland wil meer sporttalenten, maar de overheid verzuimt geld vrij te maken voor de mentale trainingen voor onze topsporters.

Klinische psychologen worden weer wel vergoed door de zorgverzekeraars. Maar een sportpsycholoog is een specialist in het coachen (behandelen heeft een negatieve associatie) van topsporters. Waarom dat onderscheid in vergoeden?

Als de regering het werkelijk ernst is met het creëren van een topsportklimaat en het mentaal fit houden van topsporters, dan moeten sporters gebruik kunnen maken van een sportpsycholoog naar eigen keuze. Dit moet niet via de sportbonden worden geregeld, want sporters willen hun eigen mentale vertrouwenspersoon kunnen kiezen. Ook de topsportsector zou zich harder moeten inzetten om de kosten voor sportpsychologen te laten vergoeden door de zorgverzekeraars.

Patrick van Bruggen
is medewerker bij YAAP: sport- en prestatiepsychologen
E-mail: patrick@yaap.eu

ANOUK BERCHT

IN SPE – MARIE STADEL

'Psychologie vond ik altijd al het interessantste dat er is. Je interacteert aldoor met andere mensen. Waarom doen zij wat ze doen? En waarom gedraag ík me eigenlijk zoals ik doe?

Mijn ouders wonen in Duitsland. Ze hebben niet gestudeerd. Ik vertel ze veel over wat ik doe, maar ik denk niet dat ze het volledig begrijpen. Ik zie vaker dat leeftijdsgenoten ouders hebben die niet studeerden.

In Duitsland kon ik geen psychologie studeren. Mijn gemiddelde cijfer was te laag. Dat was een 2, in Nederland zou dat ongeveer een 8,5 zijn (*in Duitsland loopt het cijfersysteem van 1 tot 6, waarbij een 1 staat voor 'zeer goed' en een 5 en een 6 onvoldoende zijn, red.*). Mijn gemiddelde moest voor de studie psychologie hoger zijn dan het laagste cijfer dat het voorgaande jaar door een andere student behaald was. Psychologie studeren kon ook via het leger, dus dat probeerde ik. Toch voelde het niet goed om tegelijk als soldaat te werken. Na een week stopte ik en trok naar Groningen.

Inmiddels voel ik me meer thuis in Nederland. Nederlanders zijn wat opener en relaxter. Al zijn ze wel goed georganiseerd. Ik was trouwens verbaasd over alle studie- en studentenverenigingen hier. In Duitsland zijn er, naar mijn idee, slechts een paar verenigingen voor rechtse jongens.

Mijn sociale bubbel in Nederland is compleet anders dan die in Duitsland. Dat is interessant. In Nederland ken ik enkel mensen die studeren, en ook nog eens vooral psychologiestudenten. Als ik terugkom in Duitsland ben ik haast vergeten dat er ook mensen zijn die klimaatverandering geen probleem vinden, of niet vinden dat minder vlees eten een goede zaak is.

Het studentenleven en het academische leven is soms erg stressvol. Er is veel druk. Dat merkte ik vooral toen ik aan de researchmaster begon. Druk om te publiceren, om veel te werken, om hoge cijfers te halen. In mijn meest stressvolle week werkte ik dagelijks van negen tot acht. Ik moest van alles inleveren. Thuis, in Duitsland, snappen ze dat niet zo. Daar praat ik er niet over en kan ik het loslaten.

STATISTIEK

Toen ik begon met studeren, wist ik niet dat er veel onderzoek gedaan werd aan de universiteit. Ik was een beetje onvoorbereid. Ook de nadruk op statistiek was een verrassing, maar daar bleek ik best goed in te zijn. Het honoursprogramma, dat focust op onderzoek, beviel goed. Ik was bovendien heel blij dat mijn bachelorthesis werd gepubliceerd[1], ik had dat niet verwacht. Ik hield gewoon van het onderzoek en van het werk. Mijn thesis ging over waarom mensen huilen. Ik begreep niet waarom er zout water uit onze ogen stroomt als we emotionele pijn hebben. Ik repliceerde een onderzoek, want dat is belangrijk, en ik liet ook mannelijke proefpersonen meedoen die in eerdere experimenten niet waren meegenomen.

Een van de belangrijkste dingen in het werkveld van de psychologie is de primaire bron achterhalen van wat je leest of hoort. En om echt te begrijpen waar datgene op gebaseerd is. Er is een replicatiecrisis gaande in de psychologie, dus iedere psycholoog moet zichzelf vragen stellen. Vooral over dingen die voor jou normaal lijken. Zoals het drinken van alcohol, wat bijvoorbeeld heel gewoon is in Duitsland. Het is legaal, maar dat zegt niet alles.

Tijdens mijn bachelor woonde ik een tijdje in Nottingham. Ik was teleurgesteld in de vakken die ze aan de universiteit gaven. Ze waren niet zo ingewikkeld en ik had het gevoel dat ik de halve dag niets hoefde te doen. Ik liep ook stage bij een lab dat onderzoek doet naar seksuele misdrijven. Daar voerden ze veel kwalitatief onderzoek uit door zedendelinquenten te interviewen. Dat was interessant en ik vind kwalitatief onderzoek een belangrijk onderdeel van psychologisch onderzoek, hoewel kwantitatief onderzoek toch vaak als meer juist wordt gezien. Kwalitatief onderzoek geeft misschien minder

1 Stadel, M., Daniels, J. K., Warrens, M. J., & Jeronimus, B. F. (2019). The gender-specific impact of emotional tears. *Motivation and Emotion*, *43*(4), 696-704. https://doi.org/10.1007/s11031-019-09771-z

FOTO: REYER BOXEM

'Als ik terugkom in Duitsland ben ik haast vergeten dat er ook mensen zijn die klimaatverandering geen probleem vinden, of niet vinden dat minder vlees eten een goede zaak is'

antwoorden op vragen en genereert veel hypothesen, maar de data die je verzamelt zijn heel rijk. Je begrijpt conclusies die je trekt beter. Bovendien wil je toch praten met de mensen waar je onderzoek naar doet?

Voor mijn promotieonderzoek ga ik zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden toepassen. Ik was blij dat ik voor mijn onderzoeksvoorstel de GUF-prijs (*beurs van €2500 voor studie of onderzoek die wordt toegekend aan de meest excellente student van elke faculteit, red.*) won. Ik ga persoonlijke interventies, die mensen met psychische problemen via de smartphone kunnen volgen, proberen te verbeteren. Ik wil de data die deze applicaties tegelijkertijd over cliënten verzamelen,uitbreiden en er een zogenoemde persoonlijk netwerk datacollectie van maken. Daarin staat bijvoorbeeld met wie de cliënt dagelijks interacteert en hoe die relaties zijn. Dat levert rijke data en door die te analyseren weet je veel over de context op het moment dat symptomen pieken, of juist minder zijn. Uiteindelijk kun je daarmee persoonlijke targets vinden voor behandelingen.

Hoogstwaarschijnlijk begin ik in november met mijn PhD. Eerst even pauze, in augustus rondde ik mijn master al af. Ik wandel veel en probeer zo min mogelijk achter mijn laptop te zitten. Op den duur wil ik misschien professor worden. Ik wil iets goeds doen met mijn wetenschappelijk werk. Maar nu ik de stress van de academische wereld heb ervaren, lijkt een negen-tot-vijfbaan me ook weleens aantrekkelijk. Iets met datawetenschap misschien.'

COVID-19 VERERGERT DWANGSTOORNIS

LISBETH UTENS, MARJOLEIN BUS, LIDEWIJ WOLTERS, BREGJA VEN BECKUM, CAROLA DE WIT, RENSKE VAN HOREN & CHAIM HUIJSER

ILLUSTRATIE: CHIARA ARKESTEIJN

FORUM

RICHTLIJN VOOR BEHANDELING AANGEPAST

COVID-19 VERERGERT DWANGSTOORNIS

Volgens een internationale werkgroep die zich bezighoudt met dwangstoornissen zou in deze tijden van corona farmacotherapie de aangewezen behandeling zijn om cliënten met smetvrees te behandelen. Lisbeth Utens en collega's van expertisecentrum Dwang, Angst en Tics (DAT) van LEVVEL verwonderen zich over dat advies en pleiten ervoor eerst Exposure en Response Interventie (ERP) toe te passen. 'Wij achten het zinvoller om met cliënten te bespreken wat verstandige maatregelen zijn (RIVM-richtlijn), en wat 'teveel van het goede' is (dwangrituelen).'

Graag willen wij reageren op de voorlopige aanbevelingen voor behandelaren van cliënten met een obsessieve compulsieve stoornis (OCS). Die zijn gegeven vanuit de internationale werkgroep van het *International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders* (ICOS) en het *Obsessive-Compulsive Research Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology*. Afgelopen juni wijdde *De Psycholoog* (p.6) er een nieuwsbericht aan.

Op grond van consensus en klinische ervaring doet deze Europese werkgroep zinvolle en voor de hand liggende aanbevelingen voor behandeling van patiënten met OCS in deze periode van COVID-19 zoals videobellen, zorgvuldige diagnostiek (inclusief suïcide-risicotaxatie), adviezen over gezonde leefregels en stressreductie alsmede het verschaffen van psycho-educatie omtrent COVID-19.

Eén advies verwonderde ons evenwel. De werkgroep doet de aanbeveling om farmacotherapie de eerste keuze behandeling te laten zijn voor cliënten met smetvrees gedurende de COVID-19-periode. Vanuit onze jarenlange klinische expertise en landelijke voortrekkersrol op het gebied van OCS bij kinderen en jeugdigen kunnen wij *niet* achter deze aanbeveling staan.

WAS- EN SCHOONMAAK-RITUELEN

De werkgroep stelt dat vanwege het COVID-19-besmettingsgevaar, exposure en response-preventie (ERP) bij behandeling van cliënten met smetvrees tot risico's voor de gezondheid leiden. De werkgroep stelt dat OCS-gerelateerde was- en schoonmaakrituelen moeilijk te onderscheiden kunnen zijn van COVID-19 gerelateerde voorschriften in deze, en dat het daarom lastig is om goede ERP-oefeningen uit te voeren. Met name kinderen met OCS zouden in verwarring kunnen raken door ERP-oefeningen omdat hun beoordelingsvermogen nog onvoldoende ontwikkeld is. Dit zou een verhoogd risico geven, omdat ze als gevolg van verkeerd uitgevoerde ERP-oefeningen besmet zouden raken met het COVID-19-virus. Om deze redenen beveelt de werkgroep aan om de ERP-oefeningen aan te passen en zo nodig zelfs te stoppen.

Het is ons inziens vanzelfsprekend dat behandelaren zich bij het opstellen van ERP-oefeningen houden aan de RIVM-richtlijnen vanuit *good clinical practice*. De gezondheid van cliënten en hun omgeving moet immers niet in gevaar komen. Dit hoeft echter niet te betekenen dat ERP niet mogelijk of onverantwoord zou zijn. Gedurende twintig seconden handen wassen conform de RIVM-richtlijn is duidelijk te onderscheiden van langere tijd achter elkaar frequent handen blijven wassen.

Wij achten het zinvoller om met cliënten te bespreken wat verstandige maatregelen zijn (RIVM-richtlijn), en wat 'teveel van het goede' is (dwangrituelen). Vervolgens kan met cliënten worden besproken welke dwanghandelingen achterwege gelaten of eventueel aangepast kunnen worden (de ERP-oefening). De stelling dat cliënten in verwarring zouden raken van ERP-oefeningen, met bijgevolg een verhoogd risico op besmetting, verbaast ons. Naar onze ervaring zijn de meeste mensen met OCS, inclusief kinderen, goed in staat hun dwangrituelen te onderscheiden van 'normale' handelingen.

META-ANALYSES

De Europese werkgroep onderschrijft hun statement door te zeggen dat er onzekerheid bestaat over welke vorm van therapie het meest effectief is. De resultaten voor behandeleffectiviteit van cognitieve gedragstherapie (CGT), specifieker gesteld ERP versus farmacotherapie, zijn niet altijd eensluidend. Voor kinderen geldt echter dat de grootste meta-analyse op dit terrein (Van Öst et al., 2016), laat zien dat de effectgroottes van zowel CGT als gecombineerde therapie (CGT + Serotonine reuptake inhibitors, SRI's) hoger waren dan voor SRI's alleen. Ook de

Gedurende twintig seconden handen wassen conform de RIVM-richtlijn is duidelijk te onderscheiden van langere tijd achter elkaar frequent handen blijven wassen

CASUÏSTIEK

Niet elke client met OCS-type smetvrees is bang voor besmetting met een virus. Dat angsten van cliënten met smetvrees vaak idiosyncratisch verschillend zijn, benoemt ook de Europese werkgroep; sommige cliënten zijn bijvoorbeeld vooral bezorgd voor seksueel overdraagbare of bacteriële infecties en zijn daarom niet meer dan gemiddeld met COVID-19 bezig.

Eén cliënt bij ons meldde dat zijn angst totaal niet in ernst was toe- of afgenomen. Hij was immers 'bang voor besmetting met een bacterie, en dat lag heel anders dan bij een virus'. De cliënt was ook heel verbaasd over de opmerking van een familielid dat 'hij het nu wel heel zwaar moest hebben' nu zijn angst ook echt bewaarheid werd. Dat was voor hem niet zo en hij voelde zich daardoor erg onbegrepen. Een andere cliënt daarentegen meldde dat er voor haar 'niets veranderd' was en dat anderen haar nu door corona en besmettingsgevaar beter begrijpen.

Weer een andere jongere met smetvrees ging in de loop van de corona-periode juist steeds minder zijn handen wassen. Helaas niet door de inzichten vanuit de ERP-therapie. Door het thuiswerken en steeds in zijn eigen omgeving te zijn, werd hij veel minder blootgesteld aan externe prikkels en besmettingsbronnen. Daardoor hoefde hij minder zijn handen te wassen. In cognitief-gedragstherapeutische termen verwoord: door vermijding neemt de dwang af. Maar continuering van het ERP-behandelcontact is ons inziens juist belangrijk om geboekte ERP-winst vast te houden en ervoor te waken dat de smetvrees en was-dwang niet ontzettend oploopt, wanneer deze cliënt weer meer naar buiten en terug naar het werk op locatie moet.

Bij een meisje nam de smetvrees toe tijdens coronaperiode, omdat er minder afleiding was waardoor de dwang meer ruimte kreeg. Desondanks zijn we tijdens coronatijd toch haar medicatie (die daarvoor al samen met ERP gegeven werd) aan het afbouwen. Zij zit nu niet meer op het medicatie-niveau van voor de corona. Een jongere meldde dat haar dwang meer toenam 'omdat ze thuis teveel op elkaars lip zaten'. Haar dwang was voor haar een middel om daar controle over te krijgen. Bovendien onderging dit meisje behandeling in onze kliniek en kwam zij door de coronamaatregelen ineens weer thuis te wonen. Daardoor waren de cognitief-gedragstherapeutische behandelcontacten en het bespreken van de thuissituatie noodzakelijk.

Sommige van onze cliënten met smetvrees meldden minder stress van school of werk te ervaren, waardoor hun klachten afnamen. Een aantal cliënten heeft na de lockdown geen sociale contacten gehad en is amper naar buiten geweest. Als je slechts thuis werkt en alleen contact hebt met één of meer huisgenoten, die ook alle regels goed in acht nemen, is het onnodig om obsessief je handen te wassen.

Ten slotte meldde een cliënt: 'Eindelijk wordt mijn handen-was-procedure als norm gehanteerd.'

succespercentages voor geslaagde behandeling waren groter voor CGT en de gecombineerde behandeling dan voor SRI's alleen. Deze recente meta-analyse bevatte *randomized controlled trials* (RCT's), waarvan 25 CGT-studies en 9 pure SRI's-studies. De resultaten van Van Öst et al. (2016) ondersteunen de resultaten van een eerdere meta-analyse van Sánchez-Meca et al. (2014), die een superioriteit van CGT ten opzichte van psychofarmacologische behandeling liet zien. Om dan nu, in tijden van COVID-19, farmacotherapie als eerste keuze aan te bevelen, is een niet correct en te ongenuanceerd advies. Daarbij kleven aan medicatie nadelen, zoals mogelijke bijwerkingen, kans op terugval bij het stoppen van de medicatie en onbekende effecten op de lange termijn.

De werkgroep stelt tevens dat cliënten met smetvrees de categorie patiënten is die door het COVID-19-virus het meest zwaar getroffen is. Wij onderschrijven deze stelling evenmin. Voor veel andere cliëntgroepen kan deze pandemie evenzeer zeer ontwrichtende en beschadigende gevolgen hebben (denk aan depressieve of zeer angstige jongeren die nu in een sociaal isolement verkeren of getraumatiseerde kinderen die mogelijk fysiek geweld thuis meemaken). En zo zijn er helaas meer schrijnende voorbeelden te noemen. Het is begrijpelijk te denken dat cliënten met smetvrees zwaar getroffen zijn. Hun gedachtegang kan immers zijn: 'Zie je wel, ik heb gelijk, er is overal besmettingsgevaar.'

Deze gedachtegang, bovengenoemde stelling en de aanbevelingen vanuit de Europese werkgroep

worden echter niet onderbouwd met harde empirische data die aantonen dat in deze tijden van corona farmacotherapie meer aangewezen is dan ERP. De werkgroep baseert zich op hun klinische ervaringen. Graag willen we daar aan de hand van casuïstiek onze klinische ervaringen tegenoverzetten en onze behandelvisie delen.

TER AFSLUITING

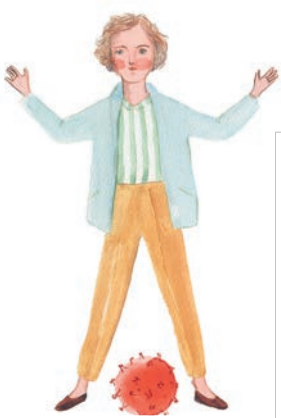
Mensen met smetvrees overschrijden met hun dwanghandelingen vaak de RIVM-richtlijn, ook in situaties waarin besmetting niet op de loer ligt, zoals thuis. Bijvoorbeeld meermaals per dag meer dan tien minuten handen wassen, zeer lang douchen met grote hoeveelheden shampoo, excessief schoonmaken terwijl er geen externen in huis zijn geweest, zijn vormen van dwang die met ERP afgebouwd kunnen worden. Thuis is ook vaak de context waarin de dwang zich afspeelt en waar er juist met ERP geoefend moet worden.

Bij toename van smetvreesklachten is het des te belangrijker niet te stoppen met ERP. Het niet opzoeken van bepaalde plekken voor exposure (zoals het openbaar vervoer of openbare toiletten) betekent niet dat ERP gestopt wordt. Juist het overmatig handen wassen en schoonmaken in de thuissituatie kan worden afgebouwd, en ook dit is behandeling middels ERP. Het advies om ERP tijdelijk stoppen is wat ons betreft zorgelijk. Naar ons inzicht kan dat de voortgang van de behandeling van cliënten met smetvrees belemmeren.

De algemene aanbeveling om cliënten met smetvrees als eerste keus farmacotherapie aan te bieden en geen ERP vinden wij onvoldoende onderbouwd. Dit gaat in tegen de richtlijnen voor de behandeling van kinderen en jongeren met een dwangstoornis (Geller et al., 2012; National Institute for Health and Care Excellence, 2005). Pas nadat ERP adequaat, voldoende intensief en voor langere tijd is toegepast, met goede inzet van cliënt, gezin en therapeut *zonder* dat er progressie wordt geboekt is, kan psychofarmaca overwogen worden. Bij de Bascule doen we dit in constructief overleg met de CGT-therapeuten van het DAT-team, de kinder- en jeugdpsychiater, en de cliënt en diens ouders, met een gedeelde visie: eerst CGT, dan pas medicatie.

OVER DE AUTEURS

Prof. dr. Lisbeth Utens is klinisch psycholoog/cognitief gedragstherapeut en verbonden aan LEVVEL/Universiteit van Amsterdam/Amsterdam UMC. Drs. Marjolein Bus is orthopedagoog/cognitief gedragstherapeut. Dr. Lidewij Wolters is gz-psycholoog/postdoc onderzoeker. Drs. Bregje van Beckum, gz-psycholoog/ cognitief gedragstherapeut. Drs.Carola de Wit, klinisch psycholoog/ cognitief gedragstherapeut. Renske van Horen, MSc, is psycholoog/ i.o. tot cognitief gedragstherapeut VGCt. Dr. Chaim Huijser is kinder- en jeugdpsychiater en postdoc onderzoeker De auteurs zijn allen werkzaam bij het multidisciplinair team van het expertisecentrum Dwang Angst en Tics (DAT) van het academische centrum kinder- en jeugdpsychiatrie LEVVEL, Amsterdam. Correspondentie aangaande dit artikel: l.utens@debascule.com.



Literatuur

Fineberg, N.A., Ameringen, M. van, Drummond, L. et al. (2020). How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) and the Obsessive-Compulsive and Related Disorders Research Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology. *Comprehensive Psychiatry. Jul; 100*: 152174.

Geller, D.A., March, J., Walter, H.J., Bukstein, O.G., Benson, R.S., Chrisman, A. & Stock, S. (2012). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51(1)*, 98–113.

National Institute for Health and Care Excellence (2005). *Obsessive–compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment. Clinical guideline [CG31]*. NICE: London.

Lars-Göran Öst , Eili N Riise , Gro Janne Wergeland , Bjarne Hansen, Gerd Kvale (2016). Cognitive Behavioral and Pharmacological Treatments of OCD in Children: A systemtatic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 43*, 58-69.

Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, I., Iniesta-Sepúlveda, M., & Rosa-Alcázar. (2014)..Differential efficacy of cognitive-behavioral therapy and pharmacologicaltreatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 28(1)*, 31–44.

WAT ONS BEZIGHOUDT

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!

Vier vragen aan... Yasmine Woudenberg

Yasmine Woudenberg (21) is netwerkcoördinator bij het landelijk bestuur van SPS-NIP. Na haar bestuursjaar gaat ze verder met de master Applied Cognitive Psychology aan de Universiteit Leiden.

Wat wilde je als kind worden?

'Advocaat. Ik wilde mensen helpen. Ik vond het vroeger bijvoorbeeld al leuk mijn moeder te helpen met koken. En als mijn oom en tante last hadden van hun rug, gaf ik ze een massage. Toen ik erachter kwam dat je als advocaat mogelijk moordenaars en zware criminelen moet vrijpleiten, besloot ik dat een baan als advocaat niet voor mij was weggelegd. Daarna twijfelde ik heel lang tussen geneeskunde en psychologie. Het interessante aan psychologie vind ik dat je niet ziet wat er in iemands hoofd omgaat. Ik interesseer me in de beweegredenen van anderen. De effecten van hormonen, neurotransmitters en voeding op gedrag vind ik ook interessant.'

Waar lig je weleens wakker van?

'Van de opwarming van de aarde. Er leven virussen in de permafrost van Tibet, als die door temperatuurstijgingen vrijkomen, kunnen er nog meer pandemieën ontstaan. Helaas maak ik me vooral zorgen over dat soort dingen, dingen waar ik zelf niet veel aan kan doen.'

Wat heb je sinds je in februari in het bestuur trad, gedaan voor (SPS-)NIP?

'Toen ik begon, wilde ik studenten graag helpen zich beter op de toekomst voor te kunnen bereiden. Bijvoorbeeld door alle richtingen van alle verschillende opleidingen met elkaar in verbinding te brengen. Dat heb ik samen met mijn bestuursgenoten gedaan door onder meer de blog The Life of a Psychologist nieuw leven in te blazen, waarin psychologen van over de hele wereld over hun werk vertellen. We hebben ook zelf de podcast Hersenkrakers opgezet.'

Wat is het meest waardevolle dat je tijdens je bestuursjaar leerde?

'Tijdens mijn studie leerde ik minder hoe je goed samenwerkt. En ook minder hoe je omgaat met verantwoordelijkheden. Tot nu toe in het bestuursjaar wel. Ik heb ook het NIP beter leren kennen. Daardoor ben ik weer beter voorbereid op de toekomst. Ik zou studenten aanraden om lid te worden van SPS-NIP omdat het goed is voor je netwerk, en omdat je binnen de psychologie breder georiënteerd raakt. Bovendien laat je zien dat je écht psychologie studeert. Tijdens mijn bestuursjaar heb ik ook geleerd dat iedereen anders is. Het is makkelijk te denken dat iedereen net zo in elkaar zit als jijzelf. Maar dat is natuurlijk niet zo. Iedereen reageert ook anders. Zelf kan ik bijvoorbeeld nogal lang van stof zijn. Inmiddels weet ik dat niet iedereen dat prettig vindt. Ik probeer daar rekening mee te houden door wat vaker eerst de conclusie van mijn verhaal te vertellen, en daarna pas allerlei zijpaden in te duiken. Het is trouwens ook inspirerend dat iedereen weer anders reageert. Daar leer je van dat je zelf ook zo kunt reageren.'

'Het is makkelijk te denken dat iedereen net zo in elkaar zit als jijzelf'

DE WERKDAG VAN...

Astrid van Jaarsveld

GZ-psycholoog en praktijkhouder van PHHaastrecht

'Vijftien jaar geleden zag ik op de NIP-site een praktijk ter overname, in het dorp naast mijn woonplaats. Mijn passie en wens is om iedereen te helpen. Net zoals ikzelf in mijn leven hulp kreeg. Vanaf dat ik samen met mijn partner Ad praktijkhouder ben, hebben we veel gewerkt. Inmiddels is de praktijk uitgegroeid tot een instelling met twaalf locaties en 45 werknemers.

Sinds het begin werken we zonder wachtlijst. Dat kan onder meer omdat alle administratieve taken door ondersteuners gedaan worden en we cliënten direct digitale behandelprogramma's aanbieden. Daarnaast besteden we aandacht aan 'uitstroom', zodat agenda's niet vol zitten met cliënten voor wie afscheid nemen van de veiligheid van een praktijk moeilijk is.

Alleenzaam

In 2019 werkte in mee aan het tv-programma Alleenzaam dat nu op de buis is. Dat was leuk en uitdagend. Ik had zin om te laten zien hoe psychologen écht werken. Vaak komt ons werk niet goed uit de verf op televisie.

Het werk op de praktijk houdt nooit op, er staan altijd weer nieuwe cliënten op ons deurtje te kloppen. Momenteel neem ik wat meer tijd voor mezelf. Mijn dagen beginnen met het screenen van ingevulde vragenlijsten van nieuwe cliënten. Vervolgens stuur ik ze een uitgebreid bericht met uitleg over het begin van hun behandeling. 's Middags probeer ik vaker te beeldhouwen, dat doe ik in harde steen. Maandag lukte dat niet helemaal want we hadden een afspraak met de bank.

Beeldende therapie

Beeldhouwen doe ik graag op de Hartenmakerij. Dat ligt op een melkveebedrijf en er lopen koeien, kalfjes en jonge katten rond, en de boerderijhond Sammy. Op woensdagen zijn daar groepen beeldende therapie, dus dan werk ik thuis of op kantoor. De cliënten in die groepen worden voorbereid op uitstroom uit de ggz. Ze werken er individueel, in de groep, aan het verinnerlijken van hetgeen ze leerden in de meer verbale therapieën. Beeldend werken boort een emotionele laag aan, die verbaal niet voor iedereen is aan te raken. Cliënten zoeken tijdens de groepstherapie ook contact met elkaar.

Ik heb mijn hart verloren aan kunstzinnige therapie, met name het beeldhouwen in steen. Het laat ons terug naar de basis keren. Ik ben blij dat er een stroom wetenschappelijk onderzoek naar kunstzinnige therapie op gang is gekomen in Nederland. De combinatie van praten en met je handen werken is echt een kwaliteitsverbetering in therapie. EMDR is trouwens mijn favoriete verbale therapie. Invoelen en afstand houden; het is een hele kunst!

'Ik heb mijn hart verloren aan kunstzinnige therapie, met name het beeldhouwen in steen. Het laat ons terug naar de basis keren.'

Woensdag, donderdag en vrijdag had ik een aantal gesprekken met (potentieel toekomstige) collega's. Contact met onze collega's vind ik belangrijk. Eén gesprek ging over talentontwikkeling. De centrale vraag bij dat soort gesprekken is of de collega het gevoel heeft dat zijn of haar talenten binnen PHHaastrecht genoeg tot uiting komen. Het ging ook over wat goed gaat en wat nog verfijnd kan worden. Tot slot spraken we dankbaarheid naar elkaar uit.'

Psychologen werken overal: van de gezondheidszorg tot het onderwijs en het bedrijfsleven. In deze rubriek geven vakgenoten een kijkje achter de schermen. Wil je ook vertellen over je werkdag? Mail naar **communicatie@psynip.nl**

Scriptieprijs gaat naar onderzoek over vluchtelingen

Eind september ontving Therese Wong de scriptieprijs Psychotrauma van de sectie GGZ. Uit haar onderzoek blijkt dat *7ROSES* niet altijd werkt. *7ROSES* is een interventie om de self-efficacy, 'het geloof in eigen kunnen', van vluchtelingen te verbeteren en stress gelinkt aan de migratie te verminderen.

'In 2019 waren er meer mensen op de vlucht dan ooit,' vertelt Therese Wong. 'Ruim een derde van hen ontwikkelt een depressie, PTSS of een angststoornis. De geestelijke gezondheidszorg is in veel landen niet toereikend. En taal-, en cultuurbarrières zijn belemmerend tijdens behandelingen,' legt ze uit.

7ROSES

Daarom is er 7ROSES: *Seven Recovery Oriented Survivor Empowerment Strategies*, een transdiagnostische interventie die zich richt op het verbeteren van de zogeheten self-efficacy. Dat is het vertrouwen dat mensen hebben in hun eigen vermogen om specifiek gedrag in verschillende omstandigheden uit te voeren. *7ROSES* richt zich daarnaast op het verminderen van actuele stress, die vaak gelinkt is aan het migreren. De interventie beoogt onder meer brede inzetbaarheid. Wong onderzocht in haar masteronderzoek bij ARQ Centrum '45 of dat daadwerkelijk het geval is. Daarvoor testte ze het effect van de interventie op vluchtelingen die niet in behandeling zijn voor psychische problemen, en waarvan onduidelijk is of ze psychische klachten hebben. Uit eerder onderzoek blijkt de algemene mentale gezondheid en de self-efficacy van vluchtelingen die wel in behandeling zijn te verbeteren.

Geen effect

Maar uit de resultaten blijkt dat *7ROSES* geen effect heeft op de mentale gezondheid en de self-efficacy van de deelnemers. 'Mijn resultaten lijken aan te tonen dat *7ROSES* niet zomaar in verschillende doelgroepen gegeven kan worden. Vervolgonderzoek moet in kaart brengen welke factoren allemaal van invloed zijn op de effectiviteit van de interventie' aldus Wong.

Volgens jury-, en NIP-lid, Rolf Kleber, emeritus hoogleraar Psychotraumatologie (Universiteit Utrecht), heeft Wong de prijs gewonnen vanwege haar interessante en originele onderwerp. 'Het is een maatschappelijk relevant thema,' zegt hij. 'En verklaringen voor waarom de methode niet in een niet-klinische populatie werkt, worden in de discussie goed uitgelegd.'

Aanmoedigen

Kleber vindt het belangrijk om op deze manier aandacht te besteden aan het onderzoek van masterstudenten. 'Het zijn doorgaans leuke, enthousiasmerende onderwerpen, en het niveau van scripties is vaak hoog. De meeste scripties verdwijnen toch ergens in een lade en worden niet meer gelezen. Dat is zonde.' Kleber vindt het bovendien belangrijk studenten aan te moedigen in de wetenschap te gaan werken. 'Binnen universiteiten en onderzoeksinstellingen zijn er niet zoveel junior-posities. En studenten psychologie, met name in de richting van de klinische psychologie, zijn geneigd naar de hulpverlening te kijken. Terwijl Nederland in verhouding erg goed is in wetenschappelijk onderzoek. Het in zinvol studenten daarop te wijzen.'

Eerste DSM

Met haar prijs, van €350,- aan opleidingsbudget, gaat Wong een DSM-5 aanschaffen. 'Ik heb nog geen eigen exemplaar en dat kan natuurlijk niet als bijna-afgestudeerd psycholoog!' Na het afronden van haar master klinische psychologie aan de Universiteit van Amsterdam volgt waarschijnlijk een tweede master: Conflict Studies and Human Rights. 'Ik heb een sterke affiniteit met psychotrauma en het lijkt me bijzonder om als psycholoog in de humanitaire hulpverlening te werken. En onderzoek doen sluit ik zeker niet uit.'

Hoe het NIP kan bijdragen aan toegankelijke psychische zorg voor vluchtelingen? 'Het NIP kan een sleutelrol spelen in voorlichting over psychotrauma, en hierbij ook actief de nieuwe generatie psychologen betrekken,' zegt Wong. 'Daarnaast kan het NIP inzetten op deskundigheidsbevordering door aandacht te creëren voor interculturele psychodiagnostiek, het ontwikkelen van een breed expertisenetwerk, of door het organiseren van themadagen en webinars.'

ETHISCH SPREEKUUR

Hebben ouders altijd recht op inzage in het dossier van hun kind?

Tijdens het wekelijkse spreekuur Beroepsethiek leggen NIP-leden allerlei ethische kwesties rond het werk voor aan Rosalinde Visser, senior stafmedewerker beroepsethiek. IN DEZE RUBRIEK STELLEN WE HAAR EEN VEELVOORKOMENDE VRAAG.

'De behandeling van minderjarigen roept altijd veel vragen op. Het kan voor jou als psycholoog namelijk een complexe situatie opleveren waarin zowel de ouders als de minderjarigen bepaalde rechten hebben. Ouders met gezag over hun kind hebben als wettelijk vertegenwoordigers in principe recht op informatie over hun kind. In ieder geval voor zover dat nodig is om toestemming te geven voor behandeling en/of onderzoek. Het is belangrijk dat ouders betrokken zijn. De ouder zonder gezag heeft, wanneer deze daar zelf om vraagt, alleen recht op informatie op hoofdlijnen. Voor inzage is de toestemming van de ouder met gezag en /of de minderjarige nodig. De verschillende leeftijdscategorieën zijn daarbij van groot belang (artikel 7 Beroepscode). Bij minderjarigen tot 12 jaar hebben ouders in principe recht op volledige informatie en inzage in het dossier. Tenzij je als psycholoog oordeelt dat de inzage van ouders ernstige schade aan het belang van de minderjarige toebrengt. Dat kan bijvoorbeeld doordat bepaalde letterlijke uitspraken van de minderjarige over (een van) de ouders het kind in een kwetsbare of zelfs onveilige situatie zou kunnen brengen. Als goed hulpverlener kan je als psycholoog dan besluiten om de inzage te beperken, bijvoorbeeld tot de hoofzaken. Dat geldt ook voor een kopie. Het is dan belangrijk om je afwegingen zo concreet mogelijk te maken, zorgvuldig te onderbouwen en vast te leggen in het dossier.

De categorie minderjarigen tussen 12 en 16 jaar is in de praktijk een ingewikkelde, waarbij ook het onderscheid speelt tussen het recht op informatie en het recht op inzage in het dossier. Als het gaat om het informeren van ouders speelt de mening van de minderjarige zelf met het stijgen van de leeftijd, en de toenemende zelfbeschikking, een steeds belangrijker rol. Die mening dien je als psycholoog nadrukkelijk bij de eigen afwegingen te betrekken, al is het uiteindelijk je eigen professionele oordeel om de informatie te beperken. Als het gaat om het dossier hebben ouders echter geen recht op inzage. Bespreek het verzoek eerst met de minderjarige en vraag om toestemming. Bij de leeftijd vanaf 16 jaar is het klip en klaar: daar beslist de minderjarige geheel zelfstandig, zowel over de informatie aan ouders als over de inzage in het dossier.

Maar toestemming van de minderjarige houdt geen verplichting in om de inzage ook daadwerkelijk (volledig) te geven. Dat is en blijft de verantwoordelijkheid van de psycholoog als goed hulpverlener.'

Heb je zelf een vraag over de ethische aspecten van het beroepsmatig handelen als psycholoog?
Het spreekuur Beroepsethiek vindt altijd op dinsdag plaats van 09:30 uur – 12:30 uur. Via **030 – 820 15 00** (keuze 1) kom je via het informatiecentrum in contact met Rosalinde. Is het (te) druk? Neem dan via het contactformulier contact op: **psynip.nl/contactformulier**

COLOFON DIT KATERN IS IN OPDRACHT VAN HET NIP SAMENGESTELD DOOR ANOUK BERCHT, REDACTEUR NIP EN RENSKE VERMEIJDEN, COMMUNICATIEADVISEUR NIP. VORMGEVING: STUDIO JORRIT VAN RIJT. MAIL VOOR SUGGESTIES OVER ONDERWERPEN: COMMUNICATIE@PSYNIP.NL.

VRAAG & AANBOD

GA NAAR WWW.PSYNIP.NL/ADVERTENTIES OM ONDERSTAANDE ADVERTENTIES TE BEKIJKEN OF SCAN DE QR-CODE

VACATURES

GZ-psycholoog Volwassenen Autisme Kenniscentrum
UTRECHT

dokter bosman psychologie van nu

GZ Psycholoog
VELUWE

WZU Veluwe

Psycholoog CGT
EINDHOVEN

PHI terug in balans komen

Psycholoog Psychosomatiek
EINDHOVEN

PHI terug in balans komen

Basispsycholoog
BORNE EN NIJVERDAL

Praktijk Rongen

CURSUSSEN / WORKSHOPS

WISC-V-NL Verdiepingstraining
DIVERSE LOCATIES

Pearson academy

GZ-Psycholoog
ARNHEM OF NIJMEGEN

progress

GZ-Psycholoog
NOORDWIJK

's Heeren Loo

PRAKTIJKRUIMTES

Praktijkovername
SOEST

GZ-psycholoog
DEN HAAG, LEIDEN, GOUDA

basalt

VRAAG & AANBOD

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

De rubriek Vraag & Aanbod sluit één op één aan op uw online advertentie. De titel, keuze van rubriek en plaatsnaam worden in het blad overgenomen. Daarnaast kunt u in het blad uw (bedrijfs)logo toevoegen. Verder wordt er bij uw plaatsing een QR code geplaatst die linkt naar uw eigen website of naar uw advertentie op www.psynip.nl.

Voor meer informatie kijk op www.psynip.nl/advertenties. Hier vindt u het digitale aanvraagformulier om een reservering te maken.

INSPIRATIE – IK ZIT NIET STIL

Patricia Mazairac, *arbeids- & organisatiepsycholoog, relatietherapeut, coach & radiopsycholoog bij Mazairac Psychologie.*

Ik ben afgestudeerd in zowel ontwikkelings- en onderwijspsychologie als in arbeids- en organisatiepsychologie. Aanvankelijk hield ik me bezig met werving en selectie van hoge managementfuncties in de publieke sector. Dan ga je intensief met iemand aan de slag, vaak gedurende een paar maanden. Je bouwt een band met iemand op, maar als je hem eenmaal op zo'n stoel hebt gekregen, dan houdt het verder op. Ik had behoefte mensen iets mee te geven, bijvoorbeeld hoe ze zich verder konden ontwikkelen, maar dat was niet mijn rol. Omdat ik aanvankelijk niet in de zorg wilde werken, was mijn plan om voor mezelf te beginnen als trainer en coach.

GEEN PLAN, GEEN KLANTEN

In het begin had ik nog geen klanten en zelfs nog geen plan. Ik had alleen een sterk gevoel dat ik het kon. Ik ging me verdiepen in bruikbare methodes, zoals de *Analytical Competence Tool*. Dat is een methode op psychoanalytische basis en gaat over onbewuste drijfveren. Leidende vragen in die methode zijn onder meer: wat is de rode draad in jouw leven? Wat zijn jouw patronen? Waar komen ze vandaan en hoe werken ze door in het hier en nu? Wat belemmert je?

Op een dag ging ik naar een netwerkontbijt van ondernemers en raakte ik aan de praat met een directeur van een grote bank. Het was zo'n prettig gesprek dat hij me uitnodigde om er op zijn werk verder over te praten. Dat leidde tot mijn eerste klus: ik heb zijn team mogen coachen en heb met alle directeuren van de regio een coachgesprek gevoerd. Gedurende dat traject wist ik dat dit precies was waarmee ik me bezig wilde houden. En zo ben ik doorgegaan met het coachen van teams en individuen in de werksituatie.

De methode waarmee ik werkte, hielp me om precies datgene op tafel te krijgen waar het volgens mij om draait. Alleen ging ik aanvankelijk te snel, mensen waren er zelf vaak nog niet aan toe. Ik heb in de loop van de jaren geleerd mijn inzichten beter te doseren.

Mijn behandeling pakte vaak goed uit. Zo heb ik een meneer in behandeling gehad die kwam met agressieproblemen. Hij had er al heel wat hulp voor gehad, maar hij bleef er last van houden. Inmiddels had hij een gezin gekregen en zijn vrouw en kinderen begonnen zich te roeren. Ik zei tegen hem: "We gaan het niet meer hebben over jouw probleem en wat er steeds misgaat, laten we het hebben over het patroon dat erachter ligt. Hoe is het zover gekomen?" Hij bleek een groot minderwaardigheidsgevoel te hebben.

ZIN IN PARTICULIEREN

Ik was afgestudeerd psycholoog, werkte al tien jaar in het bedrijfsleven en wat ik daar deed, was echt psychologisch. Toch durfde ik me nog niet goed als psycholoog te profileren. Dat werd tijd. Bovendien dacht ik: waarom ga ik mijn diensten niet ook aan particulieren buiten bedrijven aanbieden? Ik begon er inmiddels zin in te krijgen om meer in de ggz te gaan werken. De vraag was er, er liepen veel mensen rond met psychische problemen en er zijn lange wachtlijsten binnen de zorg. Dus ik waagde de stap. Per 1 maart zou ik beginnen met mijn praktijk voor particulieren. Maar toen brak de coronacrisis uit. Toch ben ik doorgegaan en kreeg ik al snel mijn eerste cliënten in behandeling.

Hoe ik dat gedaan heb? Ik zit niet stil, ben gaan flyeren in de buurt en heb alle huisartsen in mijn stad benaderd. Daarnaast schreef ik een verhaal voor *De Heraut Lansingerland*, de lokale krant over hoe je mentaal fit blijft tijdens de coronacrisis. Ook benaderde ik de regionale zender *RTV Lansingerland*. Ik mocht daar wel iets in het radioprogramma *Het Magazine* vertellen. Daaruit ontstond het idee om een terugkerend item in dat programma te maken.

FOTO: MONIQUE TIMMER-PRINS

RADIOPSYCHOLOOG

Nu kom ik elke vrijdagavond op RTV Lansingerland en geregeld op zaterdagmiddag voor RTV *Rijnmond* op de radio. Aanvankelijk ging het over de coronacrisis en probeerde ik het gedrag van mensen te verklaren vanuit de psychologie of gaf ik een tip. Waarom hebben mensen weerstand tegen verandering? Waarom is het zo moeilijk om je aan te passen? Ik duik in de psychologische literatuur, pak er modellen of een theorie bij en leg die uit.

Voor de radio werken was helemaal nieuw voor mij en het beviel me goed. Inmiddels werk ik als – zelfbenoemde – radiopsycholoog elke week een onderwerp uit. Het onderwerp is vaak breed waarbij ik aanhaak bij de actualiteit. Waarom zijn mensen zo bang voor onweer, is bijvoorbeeld een van de onderwerpen. Of we hebben het over risicogedrag. Het is mooi om psychologie laagdrempelig en begrijpelijk over te brengen via een medium als de radio. Ik maak inmiddels ook reportages. Zo interview ik bijzondere mensen zoals recent een manager van een hogeschool die een *serious game* ontwikkelde voor de introductieweek van studenten. Ik vind het onwijs leuk om radio te maken naast mijn praktijk als psycholoog en relatietherapeut. Hoe de toekomst eruitziet, weet ik niet. Ik doe wat ik leuk vind en grijp mijn kansen, zo heb ik het altijd gedaan.'

‘Het is mooi om psychologie laagdrempelig en begrijpelijk te mogen overbrengen op zoiets als de radio’

Radiofragmenten zijn te beluisteren via www.radiopsycholoog.nl.

INTERVIEW FRENK VAN HARREVELD, HOOGLERAAR GEDRAGSBEÏNVLOEDING

ONZEKERE TIJDEN

Als we één gevoel delen tijdens deze pandemie, dan is het waarschijnlijk onzekerheid. Wat als de ziekte toeslaat? Hoe zal het economisch gaan? Hoe lang gaat het allemaal nog duren? Sociaal psycholoog Frenk van Harreveld doet onderzoek naar onzekerheid. 'In onzekere tijden hebben mensen behoefte aan orde, structuur en voorspelbaarheid.'

FOTO: PETER VALCKX

In de zomer leek het even de goede kant op te gaan, maar veel eerder dan verwacht nam het aantal coronabesmettingen weer toe. Mensen zijn het moe om afstand te houden, er waren mensen die 'niet meer meededen', maar inmiddels is het coronavirus weer opgevlamd. We leven in exreem onzekere tijden. Hoe gaan we daarmee om? Wat kan de overheid doen om ons gedrag bij te sturen? Een gesprek met Frenk Harreveld, hoogleraar Gedragsbeïnvloeding aan de Universiteit van Amsterdam[1] over onzekerheid en hoe we daarmee omgaan.

IS DEZE TIJD NIET HEEL INSPIREREND VOOR EEN ONDERZOEKER VAN ONZEKERHEID?

'Ik ben op geen enkele manier gelukkig met een pandemie. Maar op een bepaalde manier ben ik wel blij dat de huidige crisis het belang van de gedragswetenschap benadrukt. De crisis is evenzeer een gedragswetenschappelijk probleem als een virologisch of epidemiologisch vraagstuk. Zolang er geen medicijn of vaccin is, is ons gedrag onze bescherming. Daarom zijn de inzichten uit de gedragswetenschappen van groot belang.'

'De presentaties van Jaap van Dissel in de Tweede Kamer waren bijna dataporno'

MAAR IK BEDOEL: IS DIT VOOR EEN ONDERZOEKER NAAR ONZEKERHEID NIET HÉT MOMENT OM EXPERIMENTEN OP TE ZETTEN?

'Het meeste onderzoek naar de huidige pandemie heeft geen betrekking op onzekerheid. Iedereen is onzeker, er is geen controlegroep denkbaar. We onderzoeken wel hoe we kunnen helpen het gedrag een betere kant op te sturen. En wat kunnen we zeggen over het vertrouwen in overheden als ze gedragsaanbevelingen communiceren? Los daarvan heb ik wel ideeën over wat onzekerheid doet met mensen in de huidige context en wat voor negatieve en soms positieve consequenties dat heeft.'

OM MET DAT LAATSTE TE BEGINNEN: HOE BEÏNVLOEDT DE ONZEKERHEID ONS LEVEN?

'In tijden van onzekerheid kun je direct proberen controle te herwinnen. Een vriend van mij heeft een slechte gezondheid. Hij bleef van maart tot eind september binnen, liet al zijn boodschappen bezorgen. Zo had hij controle. Pas in september kwam hij voor het eerst naar buiten. Inmiddels blijft hij weer binnen.

Als we niet direct controle kunnen uitoefenen, gaan we op zoek naar een ander houvast. Dat kan door orde en structuur aan te brengen in de dag, maar ook door geloof in sterke anderen, zoals een God, een sterke leider of een sterke overheid. Tijdens deze pandemie moet de overheid goed communiceren om mensen het vertrouwen te bieden waar ze zo'n behoefte aan hebben.'

HOE DOE JE DAT, GOED COMMUNICEREN?

'We hebben behoefte aan kundigheid. Als een autoriteit onzekerheid communiceert, wordt hij gezien als integer, maar niet als kundig, terwijl daar juist zo'n behoefte aan is. Dit is onderzocht bij artsen en hoe ze met hun patiënten communiceren. Bij pandemieën is het nog niet onderzocht, maar ik denk dat het een basaal proces is. Op grond van wat we weten over vertrouwen, kun je voorspellen dat als het beleid minder eenduidig wordt, je niet meer die zekerheid biedt waar mensen zo'n behoefte aan hebben. De eerste fase van de pandemie was akelig, maar wel lekker duidelijk als het gaat om wat er van je verwacht wordt: blijf binnen! Dat biedt meer dat houvast dan die complexe set aan maatregelen die we later kregen.'

IN HET GEVAL VAN ARTSEN WETEN WE DAT ZE OPEN EN EERLIJK MOETEN ZIJN, ZE MOETEN ALLE INFORMATIE GEVEN EN OOK VERTELLEN WAT ZE NIET WETEN, DAT IS NIET LEKKER DUIDELIJK...

'Je moet geen zekerheid communiceren als je die niet hebt. Als je zegt iets zeker te weten en later blijkt dat dit niet het geval is, heb je een probleem. Vertrouwen

1 Frenk van Harreveld is hoogleraar sociale cognitie en gedragsbeïnvloeding in relatie tot duurzaamheid en veiligheid aan de Universiteit van Amsterdam (UvA). De leerstoel is deels mogelijk gemaakt door het Rijksinstituut van Volksgezondheid en Milieu, RIVM.

komt te voet en gaat te paard. Dat hebben we bij het mondkapjesbeleid gezien: in eerste instantie heeft men zekerheid geboden: mondkapjes hebben geen zin. Nu moet men erop terugkomen – men adviseert dringend ze toch te dragen – is dat lastig. Bied dus zekerheid waar mogelijk en wees transparant waarover je niet zeker bent. In onzekere tijden hebben mensen veel behoefte aan orde, structuur en voorspelbaarheid.'

HOE HEBBEN RUTTE EN HET RIVM HET GEDAAN?

'Vooral de persconferenties in het begin vond ik goed en de presentaties van Van Dissel in de Tweede Kamer waren bijna dataporno, voor een wetenschapper is dat geweldig. Maar zodra het beleid ingewikkelder wordt en de regels onduidelijker, wordt de communicatie ook ingewikkelder.'

HET LIGT TOCH NIET ALLEEN AAN DE INGEWIKKELDE REGELS? U BRACHT HET MONDKAPJESBELEID AL TER SPRAKE. MAAR OOK DE REGEL DAT MENSEN IN DE BUS NIET NAAST ELKAAR MOCHTEN ZITTEN, MAAR IN HET VLIEGTUIG INEENS WEL... EN HET VENTILATIESYSTEEM IN VERPLEEGTEHUIZEN DAT AANVANKELIJK GEEN ROL SPEELDE EN LATER WEL...

'Ik weet onvoldoende van deze cases af om daar uitspraken over te kunnen doen. Dat wil ik niet eens weten, om eerlijk te zijn. Maar in algemene zin moet je consistent en helder communiceren. Aan de andere kant hoort veranderende communicatie door voortschrijdend inzicht bij de wetenschap.'

TOCH LEEK HET ER IN DIT GEVAL OP DAT MEN NIET EERLIJK WAS OVER DE OVERWEGINGEN OM TOT BEPAALD BELEID TE KOMEN...

'Nogmaals: daar kan ik niets over zeggen omdat ik de cases niet ken. Ik weet niet of er achter de schermen andere kennis was of niet. Ik weet alleen dat je in communicatie over zoiets als de pandemie zo transparant mogelijk moet zijn, anders verlies je het vertrouwen. Vertrouwen heeft drie componenten: als eerste competentie: kan de ander over de informatie beschikken waar die behoefte aan heeft? Daarnaast is welwillendheid van belang: is de overheid gemotiveerd om jou te beschermen? En de derde component is integriteit. Vooral die laatste staat op het spel als je niet eerlijk bent.'

EN DE CASUS GRAPPERHAUS? ER KWAMEN FOTO'S NAAR BUITEN VAN ZIJN BRUILOFT WAAROP DE 1,5-METERMAATREGEL GESCHONDEN WERD. HOE GELOOFWAARDIG WAS HIJ DAARNA NOG? EN WAT IS HET EFFECT VAN ZO'N AFFAIRE OP DE NEIGING VAN MENSEN OM DE REGELS TE VOLGEN?

'Tja, je hoeft geen psycholoog te zijn om te begrijpen dat een minister die in woorden het belang van regels propageert, dat niet vertaalt in zijn eigen gedrag, dit niet bevorderlijk is voor het vertrouwen in die minister. Ik weet niet of het ook negatieve gevolgen heeft voor het waargenomen belang van die regels.'

JE ZEI AL DAT MENSEN BEHOEFTE HEBBEN AAN ZEKERHEID, VERKLAART DAT DE VELE COMPLOTTHEORIEËN DIE RONDGAAN?

'Absoluut. Voor onderzoek[2] hebben we mensen in een situatie gebracht waarin ze twijfel ervoeren over een onderwerp. Daarna legden we een scenario voor die ze al dan niet konden toeschrijven aan een complot tegen henzelf. Als mensen al twijfel ervoeren, waren ze meer geneigd in het complot te geloven. Collega's in de vs hebben iets vergelijkbaars[3] gedaan, alleen lieten ze proefpersonen geen twijfel, maar controlegebrek ervaren. Zij vonden een vergelijkbaar effect. Ik kan me dus heel goed voorstellen dat onzekerheid tot meer geloof in complottheorieën leidt. Dat is ook goed te verklaren, omdat complottheorieën ook orde, structuur en houvast bieden, net als religie, allerlei ideologieën, en niet te vergeten het wetenschappelijk wereldbeeld.'

JULLIE DOEN ONDERZOEK NAAR AMBIVALENTIE IN ATTITUDE, ZOALS BIJ ROKEN EN DRINKEN...

'Ambivalentie in persoonlijke gedragskeuzes, maar ook bij meer maatschappelijke onderwerpen als kernenergie en het coronabeleid. Daarom is orde en structuur aanbrengen in je dag van belang. Als je de hele dag noodgedwongen thuis zit, moet je proberen de dag een duidelijke indeling te geven, zodat je dingen doet waar je wel controle over hebt. Maak op vaste mo-

2 van Harreveld, F., Rutjens, B. T., Schneider, I. K., Nohlen, H. U., & Keskinis, K. (2014). In doubt and disorderly: Ambivalence promotes compensatory perceptions of order. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143(4), 1666–1676. https://doi.org/10.1037/a0036099

3 Whitson, J. A., & Galinksy, A. D. (2008). Lacking control increases illusory pattern perception. *Science*, 322, 115–117.

FOTO: PETER VALCKX

menten een wandeling, drink koffie of thee met elkaar. Want als de dag zich als een eindeloze woestijn voor je uitstrekt, versterkt dat je gevoel van onzekerheid. Overigens zijn er ook paralellen tussen het volgen van de coronamaatregelen en dat roken en drinken, want in al die gevallen gaat het om een conflict tussen kortetermijnbehoeftebevrediging en langetermijndoelen, zoals gezondheid. Gezond gedrag vertonen is vaak lastig vol te houden, juist door dat conflict.'

HET VERKLAART MISSCHIEN OOK DAT JE HET RISICO BAGATELLISEERT ALS JE IETS PER SE WILT? JE WILT NAAR EEN FEESTJE, DAN DENK JE: HET ZAL WEL MEEVALLEN MET DIE PANDEMIE...

'Dat doen mensen voortdurend, dat raakt aan cognitieve dissonantie: bepaalde gedragingen rechtpraten, waarvan je ook wel weet dat het niet helemaal klopt. Maar je kunt jezelf niet altijd uit de ambivalentie praten. En dan moet je anders omgaan met je onzekerheid. Met onderzoekers van het RIVM doe ik onderzoek naar risicoperceptie. Dat moet nog worden gepubliceerd, maar we weten dat er vaak een discrepantie is tussen objectieve risico's – het aantal ongelukken dat plaatsvindt en de ernst ervan – en hoe mensen de risico's beleven. Veel mensen zijn bang voor vliegtuigen, maar niet voor keukentrapjes. Maar als je naar het aantal – zelfs dodelijke – ongelukken kijkt, dan zijn keukentrapjes veel gevaarlijker. Dat komt onder meer omdat we controlegebrek heel erg vinden. En in een vliegtuig heb je geen controle. Mensen hebben de neiging om hun controle te overschatten. Zo denken de meeste mensen dat de kans dat ze een ongeluk krijgen, kleiner is als ze zelf achter het stuur zitten. Maar als iedereen dat denkt, dan klopt dat natuurlijk niet.'

WE VERWACHTEN VAN JONGEREN DAT ZE ZICH GEDRAGEN OM EEN VIRUS IN TE DAMMEN DAT VOORAL GEVAARLIJK IS VOOR ANDEREN DAN HENZELF. KUNNEN WE DAT WEL VAN HEN VRAGEN?

'Daar heb ik verschillende associaties bij. Om te beginnen is het virus ook voor jongeren niet ongevaarlijk. Een van mijn promovendi is gezond en sporter, maar die is er heel erg en heel lang ziek van geworden. Aan de andere kant wordt er een beroep gedaan op de solidariteit van jongeren met ouderen. En het is inderdaad zo dat het virus bij hen op grotere psychologische afstand staat. Dat maakt het lastig. Het is te vergelijken met klimaatverandering waar ik veel onderzoek naar heb gedaan. Als mensen met elkaar aan de keukentafel zitten, vinden ze het klimaat heel belangrijk. Maar als mensen boodschappen doen, moet het snel, goedkoop en gemakkelijk. Dat maakt het moeilijker om een duurzame keuze te maken, want je moet er langer over nadenken en het is duurder, terwijl je nog niet veel van de klimaatverandering merkt. Om dezelfde reden kan het voor jongeren lastiger zijn om zich aan de maatregelen te houden. Het gaat vooral over opa en oma, maar hoe vaak zie je die? Dan houd je gewoon afstand en kan je nu naar een feestje. Er wordt trouwens een beroep gedaan op de solidariteit van jongeren, terwijl je je kunt afvragen of dat wederzijds is. Want hoe solidair zijn de babyboomers met de jonge generatie? Jongeren kunnen geen huis kopen, moeten lenen voor hun studie en beginnen hun leven met hoge schulden.'

EN JONGEREN HEBBEN MEER LAST VAN DE LOCKDOWN...

'Ja, hun sociale leven lijdt er meer onder. Ik zit hier met mijn vrouw en kinderen in een naar Amsterdamse begrippen vrij groot huis, ik hoef er niet zo nodig uit om iedere avond mijn vrienden te zien. Niet voor niets hebben jongeren in deze tijd meer last van depressieve klachten en eenzaamheid. Dat is overigens niet helemaal toe te schrijven aan het feit dat hun leven meer beknot wordt door de maatregelen. We hebben ook coping en resilience – veerkracht – gemeten en daaruit blijkt dat jongeren minder gebruik maken van verschillende copingtrategieën en dat ze minder veerkracht hebben.'

IS DAT OMDAT ZE DEZE VAARDIGHEDEN NOG NIET GELEERD HEBBEN OF HEEFT HET TE MAKEN MET DE GENERATIE?

'Geen idee.' Lachend: 'Daar kan ik wel mijn persoonlijke mening over geven, maar daar zit niemand op te wachten.'

JULLIE DEDEN GEEN ONDERZOEK NAAR ONZEKERHEID TIJDENS DE CORONACRISIS, WELK ONDERZOEK IS ER WEL GEDAAN?

'Ik ben betrokken bij een studie naar social distancing in het smart distance lab, dat het NOS journaal heeft gehaald[4]. We zijn de data nog aan het analyseren. We hebben vooraf vragenlijsten afgenomen waarin we de risicoperceptie en relevante attitudes hebben gemeten. We wilden daar vooral onderzoeken of bepaalde maatregelen tijdens een evenement een positieve invloed hebben op het afstand houden. Mensen kregen een zender om hun nek zodat we de afstand konden meten die ze tot elkaar hielden. Zo konden we kwantificeren hoe vaak er sprake was van een overtreding. We pasten op verschillende timeslots verschillende interventies toe. Een dagdeel was er eenrichtingsverkeer, een ander dagdeel niet. Tijdens een timeslot lieten we iedereen een mondkapje dragen, tijdens een ander timeslot niet. Ook hebben we de zender gedurende een timeslot laten trillen als mensen te dichtbij te komen, bij een ander timeslot niet. Het is nog te vroeg om te weten wat eruit komt. Nee, ik kan ook geen tipje van de sluier geven. Wat ik wel wil benadrukken is dat het belangrijk is om naar echt gedrag te kijken.'

IS NOG ANDER ONDERZOEK LEUK OM TE VERMELDEN?

'We doen ook onderzoek naar perceptie. Sinds april hebben we een groot panel van ongeveer 6500 Nederlanders gedurende een aantal maanden gevolgd. We vroegen hen onder andere naar 'risico-perceptie', 'waargenomen sociale norm', 'vertrouwen in de overheid', 'waargenomen eigen gezondheid' en 'de mening over de gedragsregels'. We maken van al die percepties en meningen een netwerk volgens de complexe-systeembenadering van Denny Borsboom[5]. Veel attitudemodellen voorspellen bepaalde relaties, maar onze complexe-systemenbenadering is agnostisch: we kijken alleen hoe variabelen met elkaar samenhangen en welke clusters er worden gevormd. Als we een knoop 'nalevingsgedrag' hebben, dan zien we dat dit samenhangt met de 'sociale norm' van mensen, maar ook met 'vertrouwen in de overheid'. Een ander cluster vormt 'waargenomen gezondheid', 'psychosomatische klachten' en 'eenzaamheid'. Dat heeft te maken met emoties en zorgen die mensen hebben, zoals angst voor het virus. En dat tweede cluster staat relatief los van het nalevings-cluster.'

ER ZIT GEEN 5G-KNOOP IN?

'Nee, maar wel vertrouwen in de wetenschap. In ander onderzoek worden wel samenzweringstheorieën meegenomen. Ook hierbij is het te vroeg om te zeggen wat eruit komt. We hopen dat het de krant haalt, maar dat hangt onder meer af van de resultaten.'

DANK VOOR HET GESPREK.

'Wacht, er is nog een onderzoek wat leuk is om te noemen. We nemen wel aan dat onzekerheid vervelend is en dat is ook zo. Maar het is ook slecht voor de gezondheid, het leidt tot een lager niveau van lichamelijk en geestelijk welzijn. We weten nog niet hoe stevig deze data zijn, maar er is onderzoek gedaan in een bejaardentehuis. Doorgaans is de mate van controle die bewoners over hun leven hebben gering. In een experiment gaven we een deel van de bewoners meer controle . Zo kregen ze een plant om te verzorgen en ze kregen meer invloed op wanneer ze wat te eten kregen. Mensen voelden zich niet alleen beter, maar tijdens de looptijd van het onderzoek overleden er ook minder mensen in vergelijking met de controlegroep. Er is nog geen replicatie van gedaan, maar het zou verklaren waarom we zoveel doen om weer controle te krijgen over ons leven als die ons is afgenomen.'

4 https://tinyurl.com/y2uhrtdz

5 De netwerktheorie stelt dat psychische stoornissen geen ziektes zijn waarbij een onderliggende proces alle symptomen veroorzaakt, maar dat stoornissen bestaan uit complexe netwerken van symptomen die elkaar beïnvloeden. Zie onder andere ook: Borsboom, D., (2016). Bodemschatten. Wat grondslagenonderzoek de psychologie te bieden heeft. *De Psycholoog*, 4, 10-20. Zie ook interview met Marije van der Lee elders in dit nummer.

ESSAY

KWALITEIT VAN ZORG VERBETEREN DOOR PROFESSIONALS TE VERSTEVIGEN

ONDERHOUD LOONT

Marije Eijgendaal en Aurelie Lange bespreken wat er nodig is om optimale zorg te leveren middels een evidence-based practice (EBP), waarbij wetenschappelijke kennis gecombineerd wordt met klinische ervaring en cliënt-specifieke behoeften. Ze vergelijken een EBP met een brug, bestaande uit drie bouwstenen: een bouwplan, een onderhoudsteam en verkeersregelaars. 'Deze bouwstenen bieden de nodige ondersteuning aan professionals om optimale zorg te leveren.'

Wat is er nodig om optimale zorg te leveren? Optimale zorg definiëren we als zorg volgens de evidence-based practice (EBP). EBP verwijst hierbij niet naar het rigide of eenzijdig gebruiken van bewezen effectieve behandelprogramma's, maar naar een werkwijze waarbij wetenschappelijke kennis gecombineerd wordt met klinische ervaring en cliënt-specifieke behoeften (Bouman, Raes & de Jong, 2018). Deze drie elementen zorgen ervoor dat de huidige wetenschappelijke kennis en ervaringskennis wordt vertaald naar de situatie van

een specifieke cliënt, zodat deze cliënt de optimale, bij hem/haar passende zorg ontvangt.

Het optimaal combineren van deze drie elementen vraagt echter ondersteuning middels een borgingssysteem; een kritisch zorgend systeem, met oog voor patiënt, behandeling, de professional zelf en het team als geheel, binnen de invloedrijke context van het zorglandschap. In dit artikel leveren wij een blauwdruk die professionals tegen hun afdeling kunnen leggen, in de wens tot borging van kwaliteit van zorg.

DE BRUG ALS METAFOOR VOOR EVIDENCE-BASED WERKEN

Om een EBP op te bouwen en te borgen middels een borgingssysteem zijn drie bouwstenen nodig: 1) een bouwplan voor de brug, 2) een onderhoudsteam rond de brug en 3) verkeersregelaars op de brug. We hebben dat uitgetekend in de illustratie in respectievelijk de kleuren geel, blauw en oranje.

De eerste bouwsteen is het bouwplan. Een behandelaar moet bepalen welk type brug nodig is. Oftewel, welke hulpvraag er ligt vanuit welke cliëntengroep en welke interventie daarop aansluit. Hierbij kan bijvoorbeeld gekozen worden voor een effectief bevonden interventie (evidence-based treatment, EBT) of voor een aantal generieke behandelprincipes of werkzame elementen. Het bouwplan wordt afgestemd op de problematiek.

Bouwsteen twee bestaat uit het onderhoudsteam. Dat draagt zorg voor de implementatie van een interventie en opvolging op het niveau van het team en de organisatie. Bij het bouwen van de brug begint men met het bouwklaar maken van de grond (implementatie binnen een organisatie of team voorbereiden), bijvoorbeeld door een gedegen basistraining voor behandelaren in de effectief bevonden methodiek. Na een gedegen implementatie richt het onderhoudsteam zich op het onderhoud van de opgebouwde kennis met behulp van monitoring en feedbacksystemen en voortdurende training. De brug wordt ook beïnvloed door klimaat- en weersomstandigheden (contextuele en organisatorische invloeden). Gedegen onderhoud helpt voorkomen dat de brug na verloop van tijd instort. Dit is het onderhoud dat borging en holding biedt op team-, afdelings- of organisatieniveau. Ook verandering van beleid op landelijk niveau valt onder het takenpakket van het onderhoudsteam.

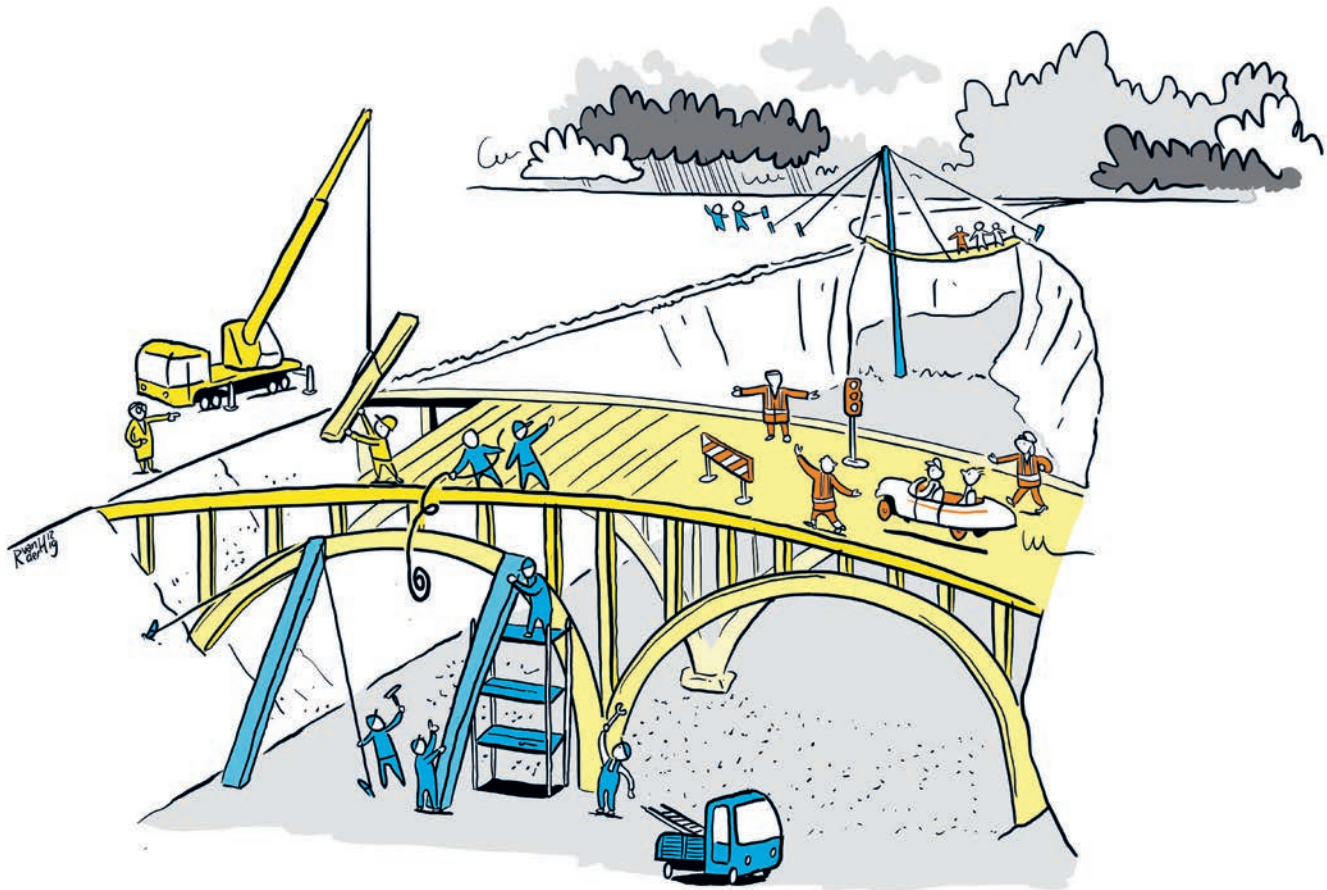
De derde bouwsteen, de verkeersregelaars, gaat over sturing en ondersteuning van de individuele behandelrelatie tussen de professional en de cliënt. Er moet hierbij ondersteuning zijn om therapeutische dwaling te voorkomen (zodat therapeuten niet meer doen dan wat bewezen effectief is) en tegelijkertijd aan te blijven sluiten bij de behoeftes van deze specifieke cliënt. Verkeersregelaars ondersteunen hierbij.

BOUWSTEEN 1: HET BOUWPLAN

Allereerst moet duidelijk zijn welk type brug nodig is. Welke interventie of methodiek gaat ingezet worden? Elke methodiek, elke geprotocolleerde behandeling of elke op principes gebouwde interventie, kan gezien worden als bouwplan voor de brug. Zonder enige vorm van bouwplan – zonder focus op een specifieke interventie, handleiding of richtlijn – is het lastig om goede zorg te leveren.

De meeste mensen zullen bij een bouwplan eerst aan handleidingen van een EBP denken. Om alle verkregen kennis goed toe te kunnen passen, moet er immers tenminste een document zijn waarin deze kennis vermeld en gebundeld staat (Perepletchikova, Treat & Kadzin, 2007). Dat wil echter niet zeggen dat een handleiding *alleen* voldoende is om een EBP te borgen. Kritiek op handleidingen is terecht als een handleiding wordt gepresenteerd als een afdoende wondermiddel om een EBP te realiseren.

Onderzoek toont aan dat een handleiding op zichzelf niet effectiever is dan een niet-geprotocolleerde behandeling (Truijens, Zühlke-van Hulzen, Vanheule, 2018). EBP gaat immers uit van de wisselwerking tussen wetenschappelijke kennis, klinische expertise en cliënt-specifieke behoeftes. Te getrouw een handleiding opvolgen kan daarom averechts werken (Barber et al., 2006) en zelfs experts wijken regelmatig af van een handleiding (Regan, Park, & Chorpita, 2016). Een handleiding is immers een versimpeling van de werkelijkheid. Waar in een fabriek een handleiding noodzakelijk is om te zorgen voor telkens dezelfde output, is dit in een therapeutische context heel anders. Niet alleen de input (de patiënt) is telkens anders, ook de weg naar verandering is dynamisch en onderhevig



ILLUSTRATIE: R. VAN DER HEIDE

Zonder enige vorm van bouwplan – zonder focus op een specifieke interventie, handleiding of richtlijn – is het lastig om goede zorg te leveren

aan verandering (Grady & Keenan, 2014). Verkeersregelaars zijn nodig om de behandelaar te helpen samen met deze specifieke cliënt de brug veilig over te steken.

Handleidingen hoeven zich overigens niet alleen te richten op specifieke interventies. Er gaan steeds meer geluiden op om vooral gebruik te maken van werkzame elementen in plaats van geprotocolleerde pakketten. Een voorbeeld is een onderzoek naar werkzame generieke elementen in psychotherapie voor complexe persoonlijkheidsproblematiek. Dit onderzoek wijst uit dat er vijf werkzame elementen zijn in specialistische psychotherapeutische behandelmethodieken (Weinberg et al., 2011). Juist het borgen van deze elementen, ongeacht de methodiek, lijkt effectief te zijn in de behandeling van persoonlijkheidsproblematiek (Hutsebaut et al., ingediend). Ook deze generieke beschrijving van werkzame elementen vormt een bouwplan en geeft de behandelaar houvast.

BOUWSTEEN 2: HET ONDERHOUDSTEAM Een onderhoudsteam heeft twee taken: implementatie en onderhoud (Fixsen et al., 2009). Ten eerste hebben ze een rol bij de implementatie, het bouwen van een nieuwe brug (oftewel het introduceren van een nieuwe behandelmethodiek).

Het onderhoudsteam moet dan zorgen voor 1) selectie van de juiste medewerkers en 2) training bieden om te zorgen dat alle medewerkers weten hoe deze behandeling goed uitgevoerd moet worden. Het is hierbij belangrijk dat de interventie, de nieuwe brug, goed aansluit bij deze omgeving. Zo kan het nodig zijn bij interventies die ergens anders ontwikkeld zijn (kleine) veranderingen door te voeren in de procedures, het trainingsmateriaal of de uitvoering van de interventie (Schoenwald et al., 2008).

De tweede taak van het onderhoudsteam is structureel onderhoud en evaluatie van bestaande bruggen door 3) coaching en training van medewerkers, 4) het gebruik van data (bijvoorbeeld routine outcome measurement, ofwel ROM-data) om de stevigheid en het succes van de brug te evalueren, en 5) continue samenwerking met alle betrokken partijen (op uitvoerend, aansturend en beleidsmatig niveau) om de interventie blijvend goed te laten functioneren. Onderzoek laat zien dat de effectiviteit van een behandelprogramma kan verslechteren bij het wegvallen van het onderhoudsteam (Smith-Boydston, Holtzman, & Roberts, 2014).

Het is hierbij belangrijk te beseffen dat een onderhoudsteam niet een fysiek team hoeft te zijn. Deze taken kunnen ook bij één persoon of juist verschillende partijen ondergebracht worden. Verder lijkt het belangrijk dat een onderhoudsteam de verbinding kan maken tussen alle niveaus, zodat op professioneel niveau, op organisatie- en systeemniveau (organisatie overstijgend beleid en financiering) de aandacht op het onderhouden van de gekozen brug of bruggen gericht blijft.

Deze evaluatie en bijsturing zijn van belang omdat de zorgcontext nooit stilstaat. Financiering verandert, medewerkers wisselen, beleidsveranderingen of organisatorische veranderingen worden doorgevoerd, of er komen veranderingen in de verwijsstromen. Al deze zaken kunnen invloed hebben op de uitvoer van behandelingen. Het onderhoudsteam werkt als een weerstation dat zowel de professional informeert over het huidige weer, waarschuwt bij aankomende weersveranderingen (zie bijvoorbeeld de donderwolken zoals in figuur 1) en zelfs klimaatverandering kan constateren. Hiermee ondersteunt het onderhoudsteam in het vertalen van weersomstandigheden naar het zo goed mogelijk uitvoeren van het gekozen bouwplan.

BOUWSTEEN 3: DE VERKEERSREGELAARS Bouwsteen 3, de verkeersregelaars, richt zich op het borgen van de kwaliteit van de zorg op het niveau van de cliënt-behandelaar relatie. Verkeersregelaars zorgen ervoor dat het verkeer op de brug soepel verloopt, oftewel dat individuele cliënten optimaal profiteren van de voor en door hen gekozen behandeling.

De meest voorkomende manifestatie van verkeersregelaars is supervisie. Onderzoek laat zien dat supervisie van belang is om te borgen dat de nieuw aangeleerde vaardigheden van behandelaren behouden blijven (Miller et al., 2004). Bovendien zorgt supervisie ervoor dat de toe te passen elementen daadwerkelijk door de behandelaren worden ingezet in daaropvolgende sessies (Bearman et al., 2013). Dit effect lijkt het sterkst als supervisoren gebruik maken van 'modelling' (het trainen van vaardigheden aan de hand van een goed voorbeeld) of rollenspellen (Bearman et al., 2013). Daarnaast biedt supervisie ruimte voor reflectie en evaluatie (Berger, 2010; Van Yperen & Gorissen, 2018). Dit alles leidt tot betere uitkomsten voor cliënten, zoals een sterkere afname van de symptomen (bijv. Bambling et al., 2006).

De zorgcontext staat nooit stil

Supervisie wordt veel ingezet bij EBP's en wordt als ondersteunend ervaren door behandelaren die met EBP's moeten werken. Het toepassen van EBP's *zonder* gebruik te kunnen maken van supervisie kan ervaren worden als een uitdaging (Barnett et al., 2017). Supervisoren kunnen behandelaren namelijk ondersteunen in modeltrouw werken, het uitvoeren van de behandeling zoals bedoeld (McLeod et al., 2013). Modeltrouw handelen borgt dat de effectieve elementen uit een interventie ingezet worden. Dat leidt ertoe dat de goede behandeluitkomsten ook in de dagelijkse praktijk gerepliceerd kunnen worden. Modeltrouw speelt echter niet alleen waar het gaat over het borgen van bewezen effectieve behandelinterventies, maar is juist ook van belang voor het borgen van consistent gebruik van algemene psychotherapeutische elementen.

Verschillende studies laten zien dat modeltrouw samenhangt met betere behandeluitkomsten (Goense et al., 2014) en dat dwaling, het afwijken van het behandelprotocol, juist negatieve gevolgen kan hebben voor de behandeling (Durlak & Dupre, 2008; Sexton & Turner, 2010).

Desondanks bestaat er soms huiver onder behandelaren om modeltrouw te werken. Het (strikt) opvolgen van een behandeling zou een goede werkrelatie met de cliënt in de weg kunnen staan (Gyani et al., 2015). Onderzoek laat echter zien dat modeltrouw handelen de werkrelatie juist ook kan versterken (Lange et al., 2019). Dit kan echter alleen bewerkstelligd worden als de modeltrouw flexibel wordt toegepast. EBP betekent immers dat er een continue wisselwerking is tussen wetenschappelijke evidentie, klinische ervaring en de specifieke situatie. Recent onderzoek onderbouwt het belang van flexibele modeltrouw: therapeuten die meer variatie in modeltrouw laten zien, behalen betere resultaten. Deze therapeuten kunnen beter aansluiten bij hun specifieke cliënten (Owen & Hilsenroth, 2014). Flexibele modeltrouw betekent dat er gehandeld wordt naar de achterliggende principes om optimale zorg te leveren in deze specifieke situatie (Mazzuchelli & Sanders, 2010). Kortom, zij handelen beredeneerd en onderbouwd, met ruimte voor reflectie en evaluatie (Van Yperen en Gorissen, 2018). Supervisoren kunnen een belangrijke rol spelen bij het vormgeven van deze flexibele modeltrouw.

ROM is een andere manier om het verkeer op de brug te regelen. ROM kan gebruikt worden als feedback om evaluatie en reflectie binnen een behandeltraject mogelijk te maken. ROM kan met name effectief kan zijn als cliënten *not on track* zijn, doordat behandelaren tijdig zicht krijgen op het stagneren van de behandeling en kunnen bijsturen (Delgadillo et al., 2018). Ook lijken behandelingen die gebruik maken van ROM in een kortere tijd hetzelfde effect te kunnen behalen (Janse et al. 2017).

Uiteraard kunnen diverse vormen van verkeersregeling gecombineerd worden. Zo beschrijven Goldberg et al. (2016) hoe behandelaren betere resultaten behaalden na het implementeren van een nieuw feedback- en leersysteem, waarbij gebruik gemaakt werd van ROM en consultatie op cliënten die weinig vooruitgang boekten. Van Hennik en Hillewaere (2017) beschrijven het behandelprogramma Feedback Informed Integrative Therapy within Systems (FITS) waarbij er elke sessie vragenlijsten afgenomen en besproken worden met de cliënt (Van Hennik & Hillewaere, 2017). Ook zijn er steeds meer mogelijkheden om gebruik te maken van gecomputeriseerde vormen van feedback, zoals met FITT (Fidelity through Informed Technical assistance and Training). Hierbij wordt de mate van modeltrouw werken gevolgd met logboeken en krijgen docenten in real time feedback. Dit leidt tot hogere modeltrouwscores (Kershner et al., 2014).

CONCLUSIES EN VERVOLG

In dit essay hebben we de focus gelegd op het vormgeven van een evidence-based practice in de klinische praktijk door het gebruik van een borgingssysteem, bestaande uit bouwplan, onderhoudsteam en verkeersregelaars. Een brug heeft stevige planken nodig, ankerpunten in de te verbinden zijdes, een leuning die valpartijen voorkomt, onderhoud als er een plank slijt of touw is verdund, en een onderhoudsteam om nieuwe materialen aan te dragen of bij nieuwe bouwinzichten nieuwe soorten materiaal te suggereren. En als laatste maar niet minste de garantie dat het onderhoudsteam en de materialen ook betaald (blijven) worden. Dit alles heeft een behandelaar ook nodig om goede zorg te leveren. Pas als voor alle onderdelen gezorgd wordt, kan betrouwbaar en continu gebruik gemaakt worden van de brug.

Natuurlijk is niet iedere ggz-instelling hetzelfde en behoeft niet iedere doelgroep dezelfde brug. Soms is een touwbrug de best passende, soms is een stalen zwaan nodig. Materialen en de grootte van het onderhoudsteam en het team van verkeersregelaars worden dan aangepast aan de gegeven situatie. Daarnaast hoeven niet alle bouwstenen in één keer of tegelijkertijd opgetuigd te worden.

Met dit artikel leveren we een blauwdruk voor geïnteresseerde professionals die hun werk onder een kritische loep willen leggen. Geen enkele professional kan voortdurend goede zorg leveren zonder een vorm van ondersteuning. Laten we zorgen voor

onderhoud van ons vakgebied en de professionals, zodat we door middel van stevige en flexibele bruggen cliënten efficiënter en effectiever van zorg kunnen laten profiteren.

OVER DE AUTEURS

Marije Eijgendaal is systeemtherapeut, GZ-psycholoog i.o. Klinisch Psycholoog Ke-J, werkzaam bij de Viersprong te Rotterdam en Den Haag. Dr. Aurelie Lange is senior onderzoeker bij de Viersprong, waar ze onderzoek doet naar de uitkomsten en de kwaliteit van systeeminterventies voor gezinnen met ernstige problemen. Correspondentie over dit artikel: marije.eijgendaal@deviersprong.nl.

Literatuur

Barber, J.P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M.E., Weiss, R.D. & Gibbons, M. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the national institute drug abuse collaborative cocaine treatment study. *Psychotherapy Research, 16*, 229-240.

Barnett, M., Brookman-Frazee, L., Regan, J., Saifan, D., Stadnick, N. & Lau, A. (2017). How intervention and implementation characteristics relate to community therapists' attitudes toward evidence-based practices: A mixed methods study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 44*, 824-837.

Bearman, S.K., Weisz, J.R., Chorpita, B.F., Hoagwood, K., Ward, A., ... & The Research Network on Youth Mental Health (2013). More practice, less preach? The role of supervision processes and therapist characteristics in EBP implementation. *Administration and Policy Mental Health, 40*, 518-529.

Bouman, T., Raes, F., de Jong, K. (2018) Evidence-based practice; De verhouding tussen clinicus, patient en wetenschap. *Tijdschrift voor Gedragstherapie, 51*,64-71.

Delgadillo, J., de Jong, K., Lucock, M., Lutz, W., Rubel, J. ... & McMillan, D. (2018). Feedback-informed treatment versus usual psychological treatment for depression and anxiety: A multisite open-label, cluster randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry, 5*, 564-572.

Fixsen, D.L., Blase, K.A., Naoom, S.F. & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice, 19*, 531-540.

Goense, P., Assink, M., Stams, G.-J., Boendermaker, L. & Hoeve, M. (2016). Making 'what works' work: A meta-analytic study of the effect of treatment integrity on outcomes of evidence-based interventions for juveniles with antisocial behavior. *Aggression and Violent Behavior, 31*, 106-115.

Grady, M.D. & Keenan, E.K. (2014). Beyond the manual: Using research and evidence in social work practice. *Clinical Social Work Journal, 42*, 101-106.

Gyani, A., Shafran, R., Rose, S. & Lee, M.J. (2015). A qualitative investigation of therapists' attitudes towards research: Horses for courses? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 43*, 436-448.

Hutsebaut, J., Willemsen, E., Bachrach, N. & Van, R. (ingediend). Improving access and effectiveness of mental health care for personality disorders: The Guideline-Informed Treatment for Personality disorders (GIT-PD) initiative in the Netherlands.

Janse, P.D., De Jong, D., Van Dijk, M.K., Hutschemaekers, G.J.M. & Verbraak, M.J.P.M. (2017). Improving the efficiency of cognitive behavioural therapy by using formal client feedback. *Psychotherapy Research, 27*, 525-538.

Kershner, S., Flynn, S., Prince, M., Potter, S.C., Craft, L. & Alton, F. (2014). Using data to improve fidelity when implementing evidence-based programs. *Journal of Adolescent Health, 54*, 29-36.

Lange, A.M.C., van der Rijken, R.E.A., Delsing, M.J.M.H., Busschbach, J.J.V., van Horn, J.E. & Scholte, R.H.J. (2019). Alliantie en modeltrouw: Een goede match? *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk, 58*, 250-2662.

Mazzuchelli, T.G. & Sanders, M.R. (2010). Facilitating practitioner flexibility within an empirically supported intervention: Lessons from a system of parenting support. *Clinical Psychology: Science & Practice, 17*, 238-252.

McLeod, B.D., Southam-Gerow, M.A., Tully, C.B., Rodriguez, A. & Smith, M.M. (2013). Making a case for treatment integrity as a psychosocial treatment quality indicator for youth mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice, 20*, 14-32.

Miller, W.R., Yahne, C.E., Moyers, T.B., Martinez, J. & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 1050-1062.

Owen, J. & Hilsenroth, M.J. (2014). Treatment adherence: The importance of therapist flexibility in relation to therapy outcomes. *Journal of Counseling Psychology, 61*, 280-288.

Perepletchikova, F., Treat, T.A. & Kazdin, A.E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 829-841.

Regan, J., Park, A.L. & Chorpita, B.F. (2016). Choices in treatment integrity: Considering the protocol and consultant recommendations in child and adolescent therapy.*Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 48*, S79-S89.

Schoenwald, S.K., Heiblum, N., Saldana, L. & Henggeler, S.W. (2008). The international implementation of Multisystemic Therapy. *Evaluation & the Health Professions, 31*, 211-225.

Smith-Boydston, J.M., Holtzman, R.J. & Roberts, M.C. (2014). Transportability of Multisystemic Therapy to community settings: Can a program sustain outcomes without MST Services oversight? *Child and Youth Care Forum, 43*, 596-605.

Truijens, F., Zühlke-van Hulzen, L. & Vanheule, S. (2018). To manualize, or not to manualize: Is that still the question. A systematic review of empirical evidence for manual superiority in psychological treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 1-15.

Van Hennik, R.,& Hillewaere, B. (2017). Practice based evidence based practice: Navigating based on coordinated improvisation, collaborative learning and multi-methods research in feedback informed system therapy. *Journal of family therapy, 39*, 288-309.

GEERTJE KINDERMANS

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

HET HOE-WE-DEPRESSIEF-WORDEN-MODEL

Laura Bringmann, universitair docent aan de Rijksuniversiteit Groningen, ontving in 2019 een Veni-subsidie om een statistisch model te ontwikkelen waarmee ze kan nagaan hoe netwerken van symptomen van psychische stoornissen zich over de tijd ontwikkelen.

De theorie is er, de data zijn er ook al. Laura Bringmann wil zich in haar Veni-project wijden aan het ontwikkelen van een statistisch model waarmee ze, met behulp van de data, de theorie kan testen. Dat is kort gezegd hoe het zit.

Uitgangspunt van haar Veni-project is de netwerktheorie van Denny Borsboom. Die beschouwt een depressie niet als een opzichzelfstaande stoornis, maar als een cluster van symptomen die elkaar beïnvloeden. Bringmann legt uit: 'Als je slecht slaapt, word je moe en kun je je minder goed concentreren, vervolgens word je somber. En zo kom je in een vicieuze cirkel terecht, die we op een gegeven moment depressie noemen. Een belangrijk inzicht van deze theorie is dus dat symptomen elkaar veroorzaken, en dat je daardoor verder in de put kunt raken, maar ook op kunt knappen. Dat zal bij verschillende individuen op verschillende manieren gaan.'

Wie gezond is, zal na een slechte nacht niet zoveel negatieve gevolgen ondervinden. Maar als een aantal symptomen in het netwerk sterk met elkaar verbonden is, kan een slechte nacht er juist ook voor zorgen dat iemand in een neerwaartse spiraal belandt. Symptomen kunnen elkaar dus zowel opwekken als versterken. Bringmann is vooral geïnteresseerd in de overgang van een gezonde toestand naar een mentale stoornis zoals depressie.

BESTAANDE DATA

Bringmann krijgt de beschikking over data van Marieke Wichers, hoogleraar aan het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), die zich bezighoudt met onderzoek naar mechanismen van psychopathologie. Voor een onderzoek heeft Wichers cliënten gedurende vier maanden een aantal keer per dag gevraagd hoe het met hen ging, door hen een vragenlijst in te laten vullen op hun smartphone (volgens de zogeheten Experience Sampling Methode, ESM[i]). Die cliënten leden aan een depressie en waren gestopt met hun medicatie. Wichers is daarnaast nagegaan of mensen terugvielen in een depressie. Met behulp van die data gaat Bringmann de netwerktheorie testen. Zo test ze onder meer of iemand daadwerkelijk depressief wordt wanneer iemands symptomen elkaar over de tijd versterken.

Bringmann: 'Ik wil een statistisch model ontwikkelen om dat proces in kaart kan brengen. Dat model verandert steeds, symptomen worden sterker of zwakker en symptomen raken sterker of zwakker met elkaar verbonden. Dus: hoe een symptoom op één moment – iemand slaapt niet meer – een ander symptoom een dag later – iemand krijgt suïcidale gedachten – voorspelt. Ik hoop dat mijn model voor ieder persoon zulke patronen kan vinden en kan voorspellen of iemand weer depressief aan het worden is.'

i ESM is een onderzoeksmethode waarmee de ervaringen van mensen in hun dagelijkse leven bestudeerd kunnen worden. Dit gebeurt vaak via korte vragenlijsten die ze meerdere keren per dag via de smartphone worden afgenomen. Zo wordt menselijk gedrag in een natuurlijke omgeving bestudeerd zonder experimentele manipulatie.

FOTO: MAARTEN DE KOK

'Ik kijk niet alleen naar een symptoom als lusteloosheid, maar naar gedragingen als: iemand doet geen boodschappen meer'

Bringmann wil in haar model niet alleen naar abstracte symptomen kijken, maar ze wil weten hoe die op zichzelf abstracte symptomen zich bij patiënten vertalen in concrete gedragingen. Ze kijkt dus niet alleen naar een symptoom als lusteloosheid, maar naar gedragingen zoals: iemand doet geen boodschappen meer, gaat slechter eten, blijft op bed liggen en neemt de telefoon niet meer op.

Om haar model verder te ontwikkelen, zal Bringmann eerst gebruikmaken van simulaties. Hiermee kan ze nagaan wat wel en niet goed werkt. Bringmann: 'Hoeveel gegevens moet je in het model stoppen, om er een resultaat uit te krijgen? Hoe groot moet de verandering zijn in het netwerk om die te kunnen vinden? Vind je al heel kleine veranderingen (bijvoorbeeld na een onrustige nacht) of vind je alleen grote verschillen (bijvoorbeeld na een maand slecht slapen)? Als het model werkt, ga ik het toepassen op de echte data.'

KNOOP OF INTERACTIE?

Dat Bringmann niet alleen naar abstracte symptomen kijkt, maar de variabelen specifieker wil maken, is uniek aan haar project. Want hoe zal ze deze variabelen in het model invoeren? Als – in modeljargon - extra knoop in het netwerk of als interactie, of nog op een andere manier? Daarnaast, hoe ze aan de concrete gedragingen komt, is ook ingewikkeld. Dit gebeurt op basis van open vragen, die cliënten invullen naast de vragenlijst. Daarin staan frases als: "Ik was met mijn moeder en toen deed ik dit en kwam ik op de praktijk en dat vond ik niet fijn..." Uit die informatie moet duidelijk worden dat contact met de moeder belangrijk is en ervoor zorgt dat iemand al dan niet in de problemen raakt. Het moet dan gaan om zaken die vaker voorkomen. Dus niet een keer ruzie met de moeder, maar contact met de moeder moet vaker positieve of negatieve gevolgen hebben voor symptomen in het netwerk als wakker liggen of wel of geen sombere gedachten hebben. Dan kan 'contact met moeder' onderdeel van het model worden. Bringmann: 'Ik moet nadenken over vragen als: moet ik het hele sociale netwerk als één variabele opnemen of moet ik verschillende vrienden los in het model opnemen?

De vragenlijsten worden eerst samengevat in beeld. Bringmann: 'Ik begin met datavisualisaties van de speciale grafieken, waarin ik data die positief zijn blauw kleur, en roze als ze negatief zijn. Dan zie je grofweg of een cliënt in een positieve of negatieve fase zit. Misschien zie je al veel aan die visualisaties.'
Als laatste stap zal Bringmann weer op zoek gaan naar clusters. 'Iedereen is anders, daarom willen we de items aanvankelijk specifiek maken. Maar daarna willen we kijken of er meer algemene patronen te vinden zijn. Dus niet dat iedereen op zijn eigen manier depressief wordt, maar dat er misschien verschillende patronen zijn waarop mensen een depressie ontwikkelen. Bij de ene persoon gaat het vooral via gedachten en bij een andere persoon vooral via het terugtrekken uit sociaal verkeer.'

FOTO: STIJN RADEMAKER

MARIJE VAN DER LEE OVER PSYCHOLOGISCHE HULP BIJ KANKER

COPEN MET KANKER

De diagnose kanker is hoe dan ook ingrijpend. Daarbij verhoogt kanker het risico op psychische problemen. Niet alleen voor en tijdens de behandeling, vooral ook daarna. Bijzonder hoogleraar en gz-psycholoog Marije van der Lee is verbonden aan het Helen Dowling Instituut (HDI)[i] en bekleedt sinds juni de leerstoel 'Wat werkt voor wie in de psycho-oncologie' aan Tilburg University. 'Angstgevoelens bij kankerpatiënten zijn deels reëel. De ziekte kán terugkomen.'

i Het Helen Dowling Instituut (HDI) is een ggz-instelling die psychologische zorg biedt aan mensen met kanker en hun naasten. Ook voert het instituut psycho-oncologisch onderzoek uit.

EEN KWART VAN DE KANKERPATIËNTEN KAMPT MET PSYCHISCHE PROBLEMEN, ZOALS SOMBERHEID, ANGST EN ERNSTIGE VERMOEIDHEID. HEBBEN ZIJ ANDERE ZORG NODIG DAN MENSEN ZONDER KANKER?

'Een kankerdiagnose heeft invloed op een hoop dingen. Hoe je normaal gezien omgaat met somberheid werkt bijvoorbeeld misschien niet meer. Sporten kan niet meer. Erover praten werkt niet. Het verschilt natuurlijk per persoon, maar vaak willen patiënten niet te veel van hun angsten en somberheden delen met hun omgeving, want ze willen hen niet nog verdrietiger maken. Ze vinden het vooral lastig als naasten hen al door de behandeling sleepten. Ik vind het trouwens wel belangrijk de psychische klachten niet te veel te problematiseren. Niet iedereen met kanker krijgt er last van. En het is bovendien heel normaal om moe of angstig te zijn na een kankerdiagnose.'

WELKE VOORDELEN HEEFT PSYCHO-ONCOLOGISCHE ZORG VERDER TEGENOVER 'NORMALE' PSYCHISCHE HULP?

'Cliënten vinden het fijn dat behandelaren van het hdi weten wat er allemaal bij kanker komt kijken. Dan hoeven ze dat niet, voor de zoveelste keer, uit te leggen. Op het HDI werkt een psychiater die weet dat je bij bepaalde hormoon- en chemotherapie sommige antidepressiva niet mag slikken. Zij heeft ook verstand van de specifieke klachten die bijvoorbeeld bij hersentumoren horen, of bij zeldzame neuro-endocrine tumoren die hormonen afscheiden. Cliënten willen ook weten dat zij niet de enigen zijn met psychische problemen, en ook hoe lotgenoten met die problemen omgaan. Dat kan tijdens groepstherapie bijvoorbeeld. Zeker de wat jongere patiënten hebben daar behoefte aan. Zij kennen doorgaans niemand die iets soortgelijks meemaakte. Hetzelfde geldt voor naasten. De aandacht van het ziekenhuis, de omgeving en doorgaans ook van de patiënt zelf gaat vaak lange tijd volledig naar de patiënt. Naasten kunnen daardoor psychische problemen hebben die ze niet durven delen. Daar voelen ze zich soms heel schuldig over. Het helpt dan te weten dat ze niet de enigen zijn.'

HOE BEHANDEL JE EEN DEPRESSIE BIJ CLIËNTEN DIE KANKER HEBBEN OF HEBBEN GEHAD?

'Het behandelprotocol van een depressie passen we

WANHOOP, ANGST, ONZEKERHEID EN MACHTELOOSHEID BIJ KANKER

Ex-cliënt Sandra van Woudenberg kreeg acht jaar geleden de diagnose bloedkanker: een latente vorm van non-hodgkin die elk moment weer kan opduiken. Zes jaar lang zocht ze hulp om te verwerken wat ze meemaakte. Totdat ze bij het Helen Dowling Instituut aanklopte (HDI), kon ze nergens terecht voor psychologische ondersteuning. 'Vanaf het moment dat ik dat knobbeltje had, zette mijn huisarts medisch gezien van alles in gang: een echo, een biopt... Ik leefde van afspraak naar afspraak, maar had geen idee wat er allemaal ging gebeuren.'

Zowel haar huisarts als de artsen in het ziekenhuis waren niet betrokken bij hoe het mentaal met haar ging. 'Op de uitslag van het biopt moest ik bijvoorbeeld twee weken wachten. Ik wist toen dát ik kanker had, maar nog niet welke vorm. Ik had behoefte aan een professional die me wat begeleiding kon geven in hoe ik daarmee om moest gaan. En ik wilde graag praten over wat er op die momenten allemaal door me heen ging. Toen ik uiteindelijk chemo kreeg sprak ik kort met een ondersteuner. Ik moest als eerste maar de voogdij regelen, zie die. Daar schrok ik heel erg van.'

Na ruim twee jaar chemo en immunotherapie begon de ellende voor Van Woudenberg pas echt. 'De structuur die de behandelingen nog enigszins boden, viel weg. Dan moet je maar zien hoe je het leven weer oppakt. Ik voelde me aan mijn lot overgelaten, alsof ik van een rots afsprong. Niemand kon me helpen, psychologisch gezien moest ik ook genezen.'

Vooral de stress werd Van Woudenberg uiteindelijk teveel. 'Ik wist steeds niet of en wanneer de ziekte terug zou komen, en hoe ik met die angst voor terugkeer om moest gaan. Ik wilde zo graag van al die stress af, want stress is niet goed voor je. Al helemaal niet als je kanker hebt. Ik had ook stress omdat ik geen hulp kreeg.'

Om de paar maanden moest Van Woudenberg op controle in het ziekenhuis, om te kijken of ze nog gezond was. 'Op een gegeven moment ging ik niet meer naar het ziekenhuis, zoveel stress had ik daarvan. Ik kon het niet aan en wilde, uitgaande van een gunstige uitslag, niet voor niets stressen. Dan maar het risico lopen dat de ziekte weer was opgedoken. Ik moest eerst de zaken op orde krijgen. Als alleenstaande moeder wilde ik balans voor mijn jonge kind creëren en alles regelen rond mijn overlijden. Ik begon ook weer met werken, maar ben heel vaak uitgevallen en bezig geweest met re-integreren. Inmiddels ben ik volledig afgekeurd.'

Na zes jaar hulp zoeken, en van alles te proberen (massages, haptonomie, sporten, fysiotherapie...) kwam Van Woudenberg met een angst- en paniekstoornis en een depressie, bij het HDI terecht. Door zelf nog maar eens te googelen. 'Al die jaren was ik puur aan het óverleven, mijn copingmechanismen waren op. Wanhoop, angst, onzekerheid en machteloosheid hielden me zes jaar lang in hun greep.'

Ze raakte in crisis, werd door een vriendin opgevangen, en kreeg uiteindelijk met voorrang hulp. Twee jaar volgde ze therapie en leerde ze, naar eigen zeggen, weer te leven. 'Ik was al die jaren enkel bezig met het regelen van zaken in het geval ik zou overlijden. Mijn therapeut leerde me dat niemand precies weet wanneer dat gebeurt, en dat ik in de tussentijd gewoon mág leven. Al die emoties die er bovendien sinds de diagnose waren, heb ik alsmaar weggestopt. In therapie mocht ik die toelaten. Dat heeft me heel erg geholpen. En ik leerde omgaan met mijn nieuwe ik. Ik heb minder energie, mijn concentratie is slechter en ik heb geen baan meer. Allemaal heel wat. De ziekte zelf vond ik lang niet zo erg als de mentale problematiek die ik erbij kreeg.'

'Stress is niet goed voor je. Helemaal niet als je kanker hebt. Ik had ook stress omdat ik geen hulp kreeg'

doorgaans niet volledig toe. We proberen het wel, maar bij kanker moet je rekening houden met een aantal specifieke problemen. Het is sowieso belangrijk te snappen waarop een protocol gebaseerd is, dan kun je ook alternatieven onderzoeken als iets niet lukt. Bij een depressie is het bijvoorbeeld belangrijk de cliënt dingen te laten ondernemen, zoals sporten of hobby's beoefenen. Als je somber bent, heb je geen zin om dingen te doen, waardoor je minder positieve ervaringen hebt. Dat versterkt de somberheid weer en zo kom je in een negatieve spiraal. Maar bij vrouwen met borstkanker zijn vaak de okselklieren weggehaald, waardoor lymfoedeem (een abnormale ophoping van eiwitten en vocht, red.) in de arm ontstaat. Daardoor is het bijvoorbeeld gevaarlijk in de tuin te werken of te sporten. Acceptatie van de situatie speelt dan een belangrijke rol in de behandeling, naast het zoeken naar andere manieren waarop de cliënt weer actief kan worden.'

HOE BEHANDEL JE EEN DEPRESSIE VERDER?

'Wij geven bijvoorbeeld *Mindfulness Based Cognitieve Therapie* (MBCT). Deze behandeling richt zich vooral op het accepteren van de situatie. Deze behandeling werkt anders bij mensen met kanker dan bijvoorbeeld bij mensen met een terugkerende depressie. Uit onderzoek blijkt dat als mensen zonder kanker met de therapie vorderen, ze meer positieve emoties ervaren. Bij mensen met kanker zie je juist meer negatieve emoties, waaronder angst en somberheid. Dat komt waarschijnlijk omdat patiënten tijdens de medische behandelingen, die vaak zwaar zijn, de kaken op elkaar zetten. Ze proberen het te door-

staan en zo min mogelijk te voelen. Als de medische behandeling achter de rug is, komt er ruimte om die ervaringen te verwerken. Dat gebeurt dan tijdens MBCT. Aanvankelijk zijn cliënten dan vooral verdrietig, angstig, of vermoeid. Door die gevoelens tijdens de therapie toe te laten, gaat het uiteindelijk beter met ze. Het is belangrijk dat behandelaren dit weten. Dan kunnen ze hun cliënten hierop voorbereiden.'

HOE BEHANDEL JE ANGST?

'Het verhoogde risico op angst is langer aanwezig dan het verhoogde risico op depressie, dat vooral vlak na de diagnose verhoogd is. Het is van belang te zorgen dat de angst het leven van de patiënt niet gaat beheersen, maar dat die ermee leert leven. Vaak neemt de angst pas na vijf jaar af, maar die leeft voor elk controlemoment weer op. Het is wel zinvol te checken hoe reëel de angsten van de patiënt zijn. Misschien denkt de patiënt dat de kans op terugkeer tachtig procent is, terwijl die in werkelijkheid veel lager is. Of je nu wel of geen kanker hebt, angst roept altijd vermijding op. Als psycholoog moet je dus altijd doorvragen om te komen bij datgene waar ze bang voor zijn. Als je dat doet met de zogeheten neerwaartse pijltechniek (steeds doorvragen, red.), kom je erachter dat patiënten vaak bang zijn voor de dood. Waarom iemand angst heeft voor de dood is ook weer per persoon verschillend. Het is daarom belangrijk nog verder door te vragen naar hoe die angst er uitziet en wat er precies beangstigend is aan de dood. Die exposure, de confrontatie, helpt vaak beter met de angst om te gaan.'

MET UW LEERSTOEL HOOPT U MEER BEKENDHEID VOOR PSYCHO-ONCOLOGISCHE ZORG TE GENEREREN, ZOWEL IN DE PRAKTIJK ALS IN HET ONDERZOEK. HOE GAAT U DAT DOEN?

'De medische behandelingen van kanker zijn het laatste decennium enorm verbeterd. Daardoor is er meer aandacht voor de psychische effecten van kanker en de kwaliteit van leven. Ik zie nog wel een kloof tussen wetenschap en praktijk in de psycho-oncologie. Onderzoekers testen regelmatig interventies die de weg naar de praktijk uiteindelijk niet vinden. Wetenschappers kunnen onderzoek beter vanuit de praktijk opzetten. Waar lopen cliënten tegenaan? Waar ontbreekt kennis? Het helpt ook als meer behandelaren onderzoek gaan doen. Door mijn leerstoel hoop ik 'beide kanten' te inspireren van elkaar te leren. Aan de universiteit werken clinici die graag wetenschap bedrijven en onderzoekers met interesse in de kliniek. Samen met mijn collega's hoop ik studenten veel te leren over de psycho-oncologie, en zo ook de brug te slaan tussen wetenschap en praktijk.'

MOMENTEEL ONDERZOEKT U ONDER MEER WAAROM DE EEN WEL LAST KRIJGT VAN PSYCHISCHE PROBLEMEN NA EEN KANKERDIAGNOSE EN DE ANDER NIET. HOE DOET U DAT?

'In de praktijk schatten ze dat risico nu meestal in met een zogenoemde Lastmeter, een vragenlijst waar patiënten aan de hand van een soort thermometer aangeven hoeveel last ze ervaren. Het afnemen van deze vragenlijst is zinnig, maar niet de juiste manier om patiënten op te sporen die echt professionele psychische hulp nodig hebben. De Lastmeter maakt geen onderscheid tussen een normale tijdelijke angstreactie en een angststoornis. Iemand die gevoelig is voor het ontwikkelen van een angststoornis geeft mogelijk ook vermijdende antwoorden bij het invullen van die Lastmeter, en geeft aan nergens last van te hebben. Dat moet dus anders. Een mogelijke manier is kijken naar wat mensen kwetsbaar maakt.'

HOE WERKT DAT?

'Als een patiënt bijvoorbeeld vroeg in het leven iemand is verloren, maar toen geen steun van naasten kreeg, kan diegene nu mogelijk niet goed omgaan met heftige emoties. Die mogen er niet zijn, of hij of zij praat er niet over en heeft weinig vertrouwen in anderen. Als compensatie gaat iemand soms hard werken. Als je dan als arts of verpleegkundige een hardwerkend iemand met kanker voor je hebt, die verder weinig emoties laat zien, verwacht je niet dat diegene kwetsbaar is voor psychische problemen. Terwijl hard werken een manier kan zijn om controle te hebben. Die controle verlies je als je ziek wordt en allerlei behandelingen ondergaat. Een patiënt kan proberen controle terug te krijgen door heel veel informatie te zoeken, of steeds weer een *second opinion* aan te vragen. Het is nuttig die kwetsbaarheden te snappen.'

HEEFT U DAAR EEN VOORBEELD VAN?

'Ik sprak ooit een man in een hospice, volgens mij een wiskundige, die heel angstig was en veel behoefte had

FOTO: STIJN RADEMAKER

'Wetenschappers kunnen onderzoek beter vanuit de praktijk opzetten'

aan controle. Hij ging heel claimend gedrag vertonen en wilde zelf alles in de hand hebben. Zijn gedrag was voor de verpleegkundigen heel vervelend, die reageerden daar afwerend op. Als je als hulpverlener het mechanisme erachter snapt, kun je zijn verblijf zo veel mogelijk voorspelbaar maken. Door een structuur te handhaven bijvoorbeeld, of hem waar mogelijk zelf inspraak te geven. Tegenwoordig kan je patiënten bijvoorbeeld zelf laten bepalen hoeveel pijnmedicatie ze nodig hebben.'

U ZOEKT OOK UIT OF BEGELEIDING VANUIT HUISARTSENPRAKTIJKEN (EX-)PATIENTEN MET ANGST VOOR TERUGKEER KAN HELPEN.

'Angst voor terugkeer komt veel voor. Mensen die bang zijn, gaan vaak googelen op hun klachten. Doorgaans vinden ze dan informatie die ze alleen nog maar ongeruster maakt. Dus ik vroeg me af of we (ex-) patiënten daarbij kunnen ondersteunen. Ik legde dat idee voor aan patiëntenverenigingen en die voelden wel iets voor online zelfhulpmethodes. Daarop ont-

wikkelden we een speciale module voor vrouwen met borstkanker. We onderzochten de module en daaruit bleek dat een deel van de vrouwen er wel behoefte aan had. Maar ze wilden het niet alleen doen. Ze hadden behoefte aan begeleiding. Als je angstig bent, vermijd je liefst alles wat met die angst te maken heeft, mogelijk speelde dat een rol. Uit het onderzoek rolde vervolgens het idee om op een laagdrempelige manier, via de huisarts, begeleiding aan te bieden. De huisarts kent de patiënt bovendien goed, in ieder geval beter dan psychologen in ggz-instellingen of artsen in het ziekenhuis. Daarom is het logischer om dit soort ondersteuning via de huisarts aan te bieden.'

HOE ZIET DIE MODULE ERUIT?

'Die is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. Het eerste deel bestaat uit psycho-educatie. Er wordt uitgelegd wat angst is en wat je dan voelt. Angstklachten lijken namelijk soms op lichamelijke klachten. Verder geeft de module informatie over hoe gedrag en gedachten de angst beïnvloeden, hoe je stopt met piekeren en hoe je ontspant.'

VEEL (EX-)PATIËNTEN KAMPEN MET CHRONISCHE VERMOEIDHEID. U GEBRUIKT DE NETWERKTHEORIE VAN DENNY BORSBOOM[1] OM BETER TE VOORSPELLEN WELKE THERAPIE VOOR WELKE PATIËNT MET VERMOEIDHEIDSKLACHTEN WERKT.

'Vermoeidheid is een dynamisch en complex probleem, de netwerkbenadering is daar bij uitstek geschikt voor. Vermoeidheid wordt vaak door verschillende zaken beïnvloed, en die hebben onderling ook weer invloed op elkaar. Denk aan na-effecten van behandelingen, verlies van conditie, stress en niet goed slapen. Hoe je met de vermoeidheid omgaat, heeft ook invloed op de vermoeidheid. Soms spelen lichamelijke aspecten, zoals hart- of nierschade mee. Voor de een helpt therapie, voor een ander meer bewegen, en voor weer iemand anders juist een combinatie van die twee. Maar we weten nog niet goed wat voor wie werkt. Met de netwerkbenadering hebben we eerst onderzocht welke factoren allemaal precies een rol spelen in het complexe netwerk van vermoeidheid. Die informatie gebruiken we nu om individuele netwerken in kaart te brengen. Die moeten duidelijk maken wat bij die ene patiënt de vermoeidheid uitlokt, in stand houdt, of vermindert. Op dit momenten testen we een applicatie. Cliënten beantwoorden via die app een paar keer per dag wat vragen over hun energieniveau, vermoeidheid, piekergedachten en activiteiten. We willen bijvoorbeeld weten waar iemand is, en met wie. Mogelijk is iemand vooral moe na beweging, of als hij of zij alleen thuis is.'

WELKE ROL SPEELT STRESS BIJ VEMOEIDHEID

'Door stress komen cytokines, ontstekingsstoffen, vrij. Dat gebeurt ook als je ziek bent. Daarom voel je je door stress soms zo belabberd. Kanker hebben is een enorm stressvol live-event. Daarnaast hebben (ex-)patiënten soms ook stress omdat ze weer moeten werken, of door relatieproblemen die door de kankerdiagnose zijn aangewakkerd. Stress maakt vermoeider, mogelijk zonder dat je het zelf doorhebt. Als je geen kanker meer hebt, wil je terug naar je oude leven. Lukt dat niet, ook al probeer je het nog zo hard, dan is dat mogelijk stressvol. Behandelingen tegen vermoeidheid zijn daarom soms gericht op het verminderen van stress.'

WAT KUNNEN PSYCHOLOGEN ZELF DOEN ALS ZE CLIËNTEN MET KANKER BEHANDELEN?

'Er zijn allerlei handleidingen en cursussen[2] beschikbaar om meer informatie op te doen over psychische problemen en kanker. Als je al een goede band hebt met je cliënt, kan je gewoon vragen naar hoe het voor diegene is. Je hoeft er niet perse alles van af te weten. Psychologen vinden het misschien soms eng, of aarzelen om door te vragen naar waar iemand bang voor is als hij kanker heeft of heeft gehad. Die blootstelling aan datgene waar iemand bang voor is, helpt denk ik wel.'

1 De netwerktheorie veronderstelt dat psychische stoornissen geen ziektes zijn waarbij een onderliggende proces alle symptomen veroorzaakt, maar dat stoornissen bestaan uit complexe netwerken van symptomen die elkaar beïnvloeden.

2 https://fitterbijziekte.nl/, https://www.kanker.nl/overig/doe-mee-aan-fitknip-gratis-gezondheidsapps-uitproberen of https://www.hdi.nl/2020/zorgen-over-terugkeer-van-kanker/

Vrije wetenschap

Geloof in de wetenschap: reflecties over wetenschap, religie en moraal
Door Pieter J.D. Drenth (2020)
Zwaag: Pumbo.nl, 151 p.

Recensent: Karel Soudijn

In 1952 ging Pieter Drenth psychologie studeren aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Hij promoveerde daar, en werd lector, hoogleraar, decaan en rector magnificus. Van 1990 tot 1996 was hij president van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen. In het boekje dat hij nu op 85-jarige leeftijd publiceert, vat hij zijn opvattingen samen over vrijheid van wetenschap, religie, evolutie, 'intelligent design', moraal (in algemene zin) en wetenschappelijk bedrog.

In een intermezzo van negen bladzijden bespreekt Drenth de geschiedenis van zijn eigen universiteit. Bij de stichting van de VU in 1880 gold het orthodox-protestantse uitgangspunt dat wetenschap onderschikt behoort te zijn aan de Bijbel. Dit idee werd vrij snel aangevochten, maar lang niet door iedereen. Pas in 1930 ging de faculteit der natuurwetenschappen van start. De hoogleraar natuurkunde verklaarde 'onomwonden' dat dit vak aan de VU niet anders onderwezen zou worden dan elders. Men durfde in 1930 echter nog niet met biologie te beginnen, want de toenmalige kandidaat voor het professoraat hing Darwins evolutieleer aan, en die leer zou teveel in strijd zijn met de orthodoxie. Na de Tweede Wereldoorlog kwam er tóch ruimte voor biologie, maar dan wel met behoud van Bijbelse dogma's. Tijdens het rectoraat van Drenth, in de tachtiger jaren, bleek het steeds moeilijker om aan de VU hoogleraren en andere docenten aan te trekken 'die van harte en oprecht' de (inmiddels iets ruimere) doelstelling van de VU konden onderschrijven. Drenth zelf ziet in dit boek de relatie van wetenschap en religie als een neven-schikking. Zijn eigen religieuze opvattingen, zoals hij deze nu formuleert, lijken mij allesbehalve orthodox. Eigenlijk is het jammer dat hij niet wat meer vertelt over hoe ze in vrijzinnige richting zijn geëvolueerd.

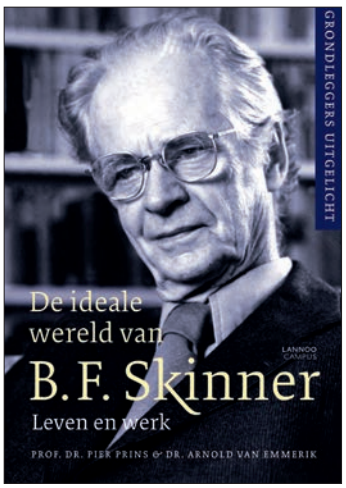
Duidelijk is dat dit boek te lezen valt als een sterk pleidooi voor vrijheid van wetenschappelijk denken. Religie en wetenschap ziet Drenth als twee aparte werelden 'die ook strikt gescheiden moeten worden gehouden.' Wetenschap is voor hem 'een wereld van falsificeerbare kennis, logische consistentie, verifieerbaarheid en toetsing aan de feiten.

Om het conflict tussen wereldbeelden nader te illustreren, besteedt Drenth een hoofdstuk aan het conflict tussen evolutionair denken (waar men indertijd aan de VU zo bang voor was) en het denken in termen van 'intelligent ontwerp' (ID). De uitkomst van deze vergelijking is voor Drenth helder. Hij schrijft: 'Het lijkt duidelijk dat ID als wetenschappelijk paradigma geen stand houdt.' Dit in tegenstelling tot de evolutieleer, ondanks de beperkingen ervan.

Psychologie komt heel even aan de orde bij een discussie over pseudowetenschap. Drenth bespreekt het Neuro Linguïstisch Programmeren (NLP) hier als een afschrikwekkend voorbeeld. Over de theorie van NLP is geen onderzoek in 'de erkende literatuur' gerapporteerd. Evaluatieonderzoek, voor zover uitgevoerd, kwam 'tot een vernietigend oordeel'. Verderop treffen we in een voetnoot nog enkele vakgenoten aan, waarover Drenth zich kwaad maakt: ze ondermijnen het vertrouwen in de wetenschap.

U mag nu raden wie dit zijn.

BOEKEN



– VOORPUBLICATIE –

Radicaal behavorisme

De ideale wereld van B.F. Skinner
Pier Prins en Arnold van Emmerik
Uitgever: Lannoo Campus, Amsterdam

Zonder overdrijving is Burrhus Frederick Skinner (1904-1990) – behaviorist, schrijver, utopist, uitvinder en hoogleraar psychologie – de meest invloedrijke én de meest verkeerd begrepen, de meest geprezen én de meest verguisde psycholoog van de twintigste eeuw. Sigmund Freud en Jean Piaget mogen bekender zijn bij het grote publiek, Skinner is de door vakgenoten meest geciteerde psycholoog van de twintigste eeuw. Meer dan een halve eeuw speelde hij een hoofdrol in de psychologie. Hij is de grondlegger van het radicaal behaviorisme, ontdekte een nieuwe vorm van leren en ontwikkelde een daarvan afgeleide gedragstechnologie, en ontwierp een blauwdruk voor een meer harmonieuze en duurzame samenleving. Op deze drie terreinen bracht Skinner het nodige teweeg onder vakgenoten en bij het grote publiek. Des te opmerkelijker is het dat van die revolutionaire invloed en bekendheid weinig meer over is, terwijl zijn werk direct betrekking heeft op de problemen waar onze huidige wereld mee te kampen heeft.

Volgens Skinner zijn we wat we doen, en is wat we doen het gevolg van onze evolutionaire ontwikkeling, onze leergeschiedenis en de omgeving waarin we ons bevinden. Ons gedrag staat altijd en overal onder invloed van die omgeving. Van belang, want vaak verkeerd begrepen, is dat Skinner 'doen' en 'gedrag' breed opvat. Hij erkent het bestaan van voelen, denken en andere private events, maar ontkent dat deze een speciale status hebben of aan fundamenteel andere wetmatigheden onderhevig zijn dan direct observeerbaar gedrag. Het is beter om dit onder ogen te zien en ook van dit gedrag de controlerende omgevingsfactoren te kennen, zodat we deze kunnen veranderen. Onder ogen zien dat we onderhevig zijn aan onze omgeving is beter dan ons gedrag proberen te begrijpen door te verwijzen naar onze individuele vrijheid en de vrije wil. Die zijn immers een illusie, aldus Skinner.

De omgeving heeft meer invloed op ons dan wij willen erkennen. Bijna niemand ziet zichzelf graag als een geconditioneerd organisme, maar de omgeving heeft vele subtiele invloeden waarvan wij ons dikwijls niet bewust zijn. Grote sociale-mediabedrijven bijvoorbeeld, ontwerpen zonder dat we het weten (of wisten, want het bewustzijn hierover neemt steeds meer toe) een digitale omgeving op basis van informatie over ons (keuze)gedrag. We leveren hun de 'grondstof' waarmee ze hun enorme winsten maken (Zuboff, 2019) en bekrachtigen zo hun gedrag. Dezelfde strategie volgen nieuwsdiensten, Spotify, Netflix en andere streamingsdiensten. Kijk je veel reisprogramma's, dan krijg je en kijk je nog meer reisprogramma's, en reclame voor avontuurlijke vakanties op de koop toe. Ons gedrag wordt voortdurend gemonitord en staat voortdurend onder sterke omgevingscontrole. Dit is echter niet wat Skinner voor ogen had met omgevingscontrole.

RADICAAL BEHAVIORISME

Skinner heeft boeiend over de psychologie en het menselijk gedrag geschreven. Zijn radicaal behaviorisme is behalve een filosofie van de gedragswetenschap, ook een ideologie die hij tot op hoge leeftijd onvermoeibaar uitdroeg. In de moderne psychologie

spelen Skinners behaviorisme en gedragswetenschap echter een ondergeschikte rol. De meeste studenten en zelfs docenten en onderzoekers aan universiteiten kennen Skinners werk nauwelijks. Ook in het huidige maatschappelijke debat over bijvoorbeeld de vervuiling van het milieu of de volksgezondheid speelt Skinners gedachtegoed vreemd genoeg geen rol van betekenis. Hij wordt nergens geciteerd of aangehaald, terwijl hij deze kwesties herhaaldelijk aan de orde heeft gesteld. Zelfs in de Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve Therapieën wordt de naam van Skinner zelden nog genoemd, terwijl de klassieke gedragstherapie voor een belangrijk deel rust op zijn operante conditioneringsprincipes en de daaruit afgeleide technieken voor gedragsverandering.

HYPERINDIVIDUELE VRIJHEID

Er bestaan veel misverstanden over Skinner. Daarom alleen al is het zinvol om zijn werk opnieuw onder de aandacht te brengen. Zijn ideeën over leren, beloning en straf, keuzevrijheid en vrije wil, de rol van de omgeving, zelfcontrole en gezondheidsgedrag, effectief onderwijs, en een meer harmonieuze samenleving, zijn buitengewoon actueel en kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan het huidige maatschappelijke debat hierover. Wellicht bevatten zij zelfs de sleutel voor de gedragsverandering die op deze en andere gebieden zo nodig is.

Bij psychologen is Skinner vooral bekend van zijn operante leerprincipes en ingenieuze gedragsexperimenten. Buiten de psychologie is hij waarschijnlijk bekender, maar misschien ook beruchter om zijn stelling dat de gedragswetten die hij op grond van onderzoek met dieren formuleerde, ook op het complexe gedrag van de mens van toepassing zijn. Zijn overtuiging dat de mens zich ten behoeve van het algemeen belang geen individuele vrijheid kan veroorloven, deed een storm van kritiek opsteken en bezorgde hem een omstreden reputatie. De situatie van de planeet aarde is alarmerend, schreef Skinner in zijn bestseller *Beyond Freedom and Dignity* (1971). Natuurlijke hulpbronnen raken uitgeput, overbevolking dreigt, en het milieu vervuilt in hoog tempo. Dit zou de mens ertoe moeten bewegen om af te zien van zijn hyperindividuele vrijheid en morele autonomie ('waardigheid'). Immers, als ieder individu de vrijheid blijft claimen om te doen waar hij of zij zin in heeft en wat hem of haar goeddunkt, dan zal dat uiteindelijk ten koste gaan van het voortbestaan van het menselijk leven op onze planeet. *Beyond Freedom and Dignity* maakte destijds veel los en heeft een wereldwijd debat uitgelokt over de vraag of en hoe een betere samenleving ontworpen en gerealiseerd zou kunnen worden. Skinner was er heilig van overtuigd dat de toepassing van zijn gedragswetenschap tot zo'n betere samenleving zou leiden.

ADVERTENTIE

Onzichtbaar onvermogen
Evelien Tersteeg, 2020, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam 152p., €20,-.
Dit is het verhaal van een vrouw die op haar veertigste de diagnose ASS krijgt. Het laat zien tegen welke problemen ze aanloopt en wat het betekent als die dingen plots een naam krijgen. Een indrukwekkend, persoonlijk, openhartig en inspirerend relaas.

ASSIP Een programma van kortdurende interventies bij suïcidepogingen
Konrad Michel & Anja Gysin-Maillart, 2020, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam, 160p., €30,-.
Een innovatieve, kortdurende, bewezen effectieve therapie om het risico op suïcidepogingen te verminderen. Geschikt als aanvullende therapie bij elke gebruikelijke klinische behandeling. Uiterst praktisch boek voor gebruik door hulpverleners in verschillende klinische omgevingen.

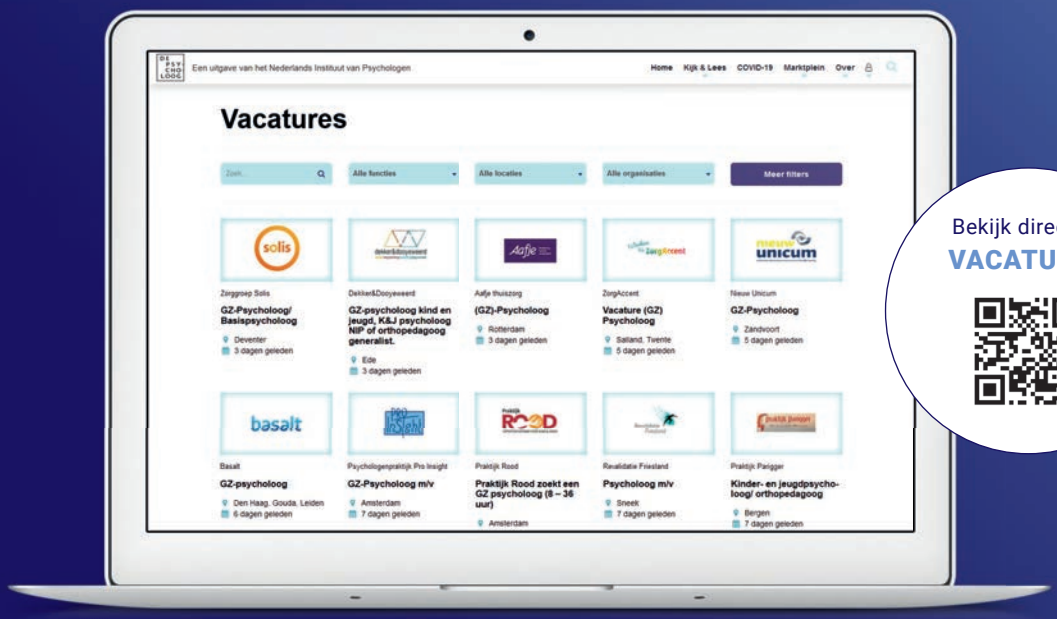
Positieve supervisie en intervisie, 4de geactualiseerde druk
Fredrike Bannink, 2020, Hogrefe Uitgevers, Amsterdam 248p., €30,-.
Wat werkt? Hoe lukt dat? Deze vernieuwende visie, gebaseerd op positieve psychologie en oplossingsgerichte therapie, versterkt de competenties en vaardigheden van super- en intervisanten. En dat nu is precies het doel van supervisie en intervisie.

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

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

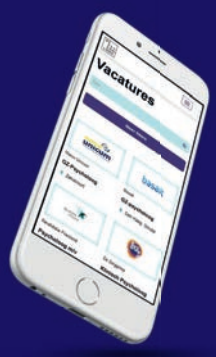
Zoekt uw organisatie personeel of bent u zelf op zoek naar een

NIEUWE UITDAGING?



Bekijk direct de
VACATURES

De **Vraag & Aanbod** omgeving van ***De Psycholoog*** brengt alle vacatures in beeld uit de **betrouwbare omgeving** van het NIP, met **handige filteropties** om snel de **passende functie** te vinden.



Alle vacatures verwijzen direct door naar
WWW.PSYNIP.NL

DE PSY-CHO-LOOG

Nederlands Instituut van Psychologen NIP

Kijk voor meer informatie op

WWW.TIJDSCHRIFTDEPSYCHOLOOG.NL/VACATURES