MAANDBLAD NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN
JAARGANG 56 • NR 3 • MAART 2021

DE PSYCHOLOOG

EEN ODE AAN KWETSBAARHEID: OUDE MENSEN MET COMPLEXE ZORGEN • ESSAY: ERKENNEN EN WAARDEREN VAN HEDEN EN VERLEDEN • FORUM: SEKSEVERSCHILLEN IN DE HERSENEN • INSPIRATIE: MARISSA VAN DER SLUIS • GASTCOLUMN DOLPH KOHNSTAMM: GESCHIEDENIS VAN EEN IDEE • IN SPE: MARJOLEIN BUIS • NIEUWS: NARCISTEN WORDEN SNELLER CEO • COLUMN ROGIER KIEVIT: DE SMALLE VOORGEVEL VAN DE IVOREN TOREN

PRIKANGST

Pearson jaarcongres

geaccrediteerd

Intelligentie, emotie en gedrag

www.pearsonclinical.nl

ONLINE
16 april

Plenair

Autist in real life! - Jasper Wagteveld

De positieve focus: from wrong to strong - Eva Kuiper

Verleden, heden en toekomst van de GGZ branche - Jacobine Geel, Hans Spigt

Volhard, een sessie over gezonde gewoontes creëren én volhouden - Arie Boomsma

Deelsessies o.a.

Een deep-dive in de WPPSI-IV-NL en de WISC-V-NL

Faire diagnostiek binnen het HGD-traject

Identificeren van cognitief potentieel bij begaafde leerlingen

Pearson academy

Relaties met mensen

Relaties met anderen verlopen lang niet altijd zo soepel als we zouden willen. We kunnen ons niet altijd goed afstemmen op anderen, en omgekeerd voelen wij ons ook niet altijd begrepen. Dit kan zorgen voor misverstanden, onbegrip, frustratie, wrijving en eenzaamheid. Als we meer en beter mentaliseren, als we met andere woorden meer aandacht geven aan onze eigen gevoelens, behoeften en bedoelingen en aan die van anderen, dan zullen onze contacten en relaties prettiger en veiliger verlopen. Dit geldt voor elke relatie – die met onze partners, kinderen, collega's, cliënten en leerlingen.

Een betere versie van jezelf

De auteurs van dit boek maken gebruik van de rijke ontwikkelings-psychologische literatuur rond hechting, mentaliseren en epistemisch vertrouwen. Ze leggen met voorbeelden uit wat er nodig is om echt contact te maken. Bovendien dagen ze de lezer uit om ook bij zichzelf stil te staan en een nét iets betere versie van zichzelf te worden.

Boom psychologie & psychiatrie

Bestel nu op boompsychologie.nl

INHOUD

10 **EEN ODE AAN KWETSBAARHEID** – Voor goede zorg is nodig dat ouderenpsychologen blijven leren en blijven veranderen, stelt Debby Gerritsen. Het is volgens haar belangrijk dat er meer klinisch (neuro)psychologen in de langdurige zorg gaan werken. ‘Wij kunen de mensen op de werkvloer meer ondersteunen en opleiden, wij kunnen ervoor zorgen dat welbevinden centraal komt te staan.’

20 **HUID DIE BREEKT** – Terwijl velen reikhalzend uitkijken naar een vaccinatie tegen het coronavirus, is er een niet onaanzienlijke groep die de injectie met angst en beven tegemoet ziet: mensen met prikangst. Wat is prikangst eigenlijk? Welke vormen zijn er? Waar komt die angst vandaan? En: wat valt eraan te doen? ‘De prik duurt maar kort.’

34 **FORUM: SEKSEVERSCHILLEN IN DE HERSENEN** – Na het overlijden van Copernicus duurde het nog 200 jaar voordat werd geaccepeteerd dat de aarde om de zon draait en niet andersom. Mogelijk gebeurt iets vergelijkbaars met recente neurowetenschappelijke inzichten over sekeverschillen, stelt Anita Kuppens. ’Een sociale omgeving die onderscheid maakt naar sekse, produceert ook een naar sekse gedifferentieerd brein.’

Nieuwe kennis of inspiratie opdoen? Bekijk een greep uit ons opleidingsaanbod:

– Complexe scheidingen
– Hulpverlening aan kinderen en hun gescheiden ouders, mogelijkheden en valkuilen
– Vertaalslag van diagnose en behandeling naar praktisch handelen in het voortgezet onderwijs
– Gezins(systeem)behandeling bij autisme

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

RINO GROEP

Cenzo zoekt:

GZ-psychologen én A&G-psychologen

Zelfstandig gevestigd maar niet alleen!

Cenzo

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

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

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

Wij zorgen voor de zakelijke randvoorwaarden, zoals:
• deskundigheidsbevordering • contracten met zorgverzekeraars
• samenwerkingsverbanden met verwijzers, bedrijven en arbodiensten
• IT-ondersteuning • financiële afwikkeling • acquisitiemateriaal!

WIJ ZIJN LANDELIJK OP ZOEK NAAR VERSTERKING VAN ONS NETWERK! EN MET SPOED IN:
Alkmaar e.o., Almere, Amsterdam, Breda, Den Haag, Friesland, Rotterdam, Purmerend/Hoorn, Zaanstad

BENIEUWD NAAR ONS AANBOD?
Bezoek onze website **www.cenzo.nl** of bel ons voor een vrijblijvend gesprek op **020 – 344 50 47.**

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

INHOUD

RUBRIEKEN

6 NIEUWS
9 COLUMN: Rogier Kievit
26 BOEKEN & MEDIA
32 INSPIRATIE: Marissa van der Sluis
41 GASTCOLUMN: Dolph Kohnstamm
42 IN SPE: Marjolein Buis
44 ESSAY: Erkennen en waarderen van heden en verleden

Redactioneel

AU!

'Hee, dat doet een beetje au!'

Terwijl ik mijn zoontje afleidde, zette de verpleegster op het consultatiebureau snel de DKTP-vaccinatie. Zachtjes begon Pierpaulo te huilen. Voor de vorm vermoed ik, want toen die aardige verpleegster een pleister met olifantjes op zijn schouder plakte en hem zijn prikdiploma overhandigde, lachte hij alweer van oor tot oor.

Van prikangst, het onderwerp van het coververhaal dit nummer, gaat mijn zoontje waarschijnlijk geen last krijgen. Volgens psycholoog Jan van den Berg hebben aardig wat mensen dat wel. Drie tot vier procent van de bevolking heeft zelfs een naaldenfobie volgens de DSM-criteria. Die mensen hebben dus 'een duidelijke, overdreven angst voor prikken. De betrokkene is zich ervan bewust dat die angst overdreven of onredelijk is en de fobische situatie wordt vermeden of anders doorstaan met een intense angst'. In deze tijden van corona en met de start van de massavaccinatie is het een extra actueel onderwerp: van prikangst moet je juist nu geen last hebben, me dunkt.

In Nederland is ervoor gekozen om kwetsbare ouderen eerst te vaccineren. Daar is veel voor te zeggen. De quarantaine waarin veel ouderen in verpleeghuizen aan het begin van de coronacrisis werden geplaatst, was vreselijk. Doordat de quarantaine veel langer duurde dan verwacht, raakten veel bewoners eenzaam, somber en verdrietig. 'De keuzes die in die periode zijn gemaakt, werden niet vanuit een welbevinden-perspectief gemaakt en lieten zien dat het sociale welbevinden eigenlijk niet als basisbehoefte werd gezien,' schrijft ouderenpsycholoog Debby Gerritsen in een mooie bijdrage. 'De crisis legde bloot dat we ons in wezen nog niet echt richten op welbevinden. (...) Het ging niet over wat voor een individuele bewoner goed is. Er was lang geen ruimte voor mensen om zelf keuzen te maken om te leven naar hun wensen en voorkeuren.' Laten we hopen dat ouderen door de ontwikkelde vaccins niet nogmaals zo'n schrijnende quarantaine moeten doorstaan. Hoe dan ook deed het me deugd te lezen dat volgens Van den Berg prikangst afzwakt naarmate mensen ouder worden.

Zelf zie ik geenszins tegen de vaccinatie op. Mijn angst is vooral of ik wel snel genoeg aan de beurt ben. En die prik, die mag dan best een beetje au doen.

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

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**: Jeroen van Goor **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: Soumen Hazra/Shutterstock.com
Wilt u reageren op een artikel of een discussie starten naar aanleiding ervan, surf dan naar Linkedin: http://alturl.com/wz95u of op Twitter (@RedactieDP).

DE PSY-CHO-LOOG

NIEUWS WETEN

EERDERE START BEHANDELING MOGELIJK

APATHIE VROEGE VOORSPELLER VAN DEMENTIE

Apathie staat al lang bekend als risicofactor voor een slecht verloop van fronto-temporale dementie. Nu blijkt apathie ook het symptoom te zijn dat zich als eerste openbaart. Fronto-temporale dementie (FTD) is een vorm van dementie die meestal al jong, tussen het 45e en 65e levensjaar, wordt vastgesteld. Vaak is er een genetische oorzaak: bij ongeveer een derde van de patiënten komt FTD in de familie voor.

In een internationaal onderzoek waarbij ook het Radboudumc betrokken was, werden 600 mensen van midden veertig twee jaar lang gevolgd. De helft was drager van de genvariant die de kans op FTD vergroot, de andere helft bestond uit familieleden die de genvariant niet hadden. Al bij de eerste meting waren de deelnemers met de genetische mutatie apathischer dan hun familieleden zonder. De ernst van de apathie nam bij hen ook sneller toe, en voorspelde hoe snel iemand cognitief achteruitging. De mate van apathie bleek te worden veroorzaakt door hersenkrimp in gebieden aan de voorkant van het brein.

Als iemand van middelbare leeftijd plotseling blijk geeft van een verminderde interesse en motivatie, moeten eerst andere oorzaken zoals een depressie of slecht functionerende schildklier worden uitgesloten. Maar hoe eerder FTD kan worden vastgesteld, hoe langer de periode waarin het beloop van de ziekte gunstig kan worden beïnvloed. Dat kan nog niet met effectieve medicijnen, wellicht wel met interventies die iemands interesse en initiatief aanwakkeren. (AH)

Bron: Malpetti, M. et al. (2020). Apathy in presymptomatic genetic frontotemporal dementia predicts cognitive decline and is driven by structural changes. *Alzheimer's & Dementia*, doi10.1002/alz.12252

DE KIP OF HET EI?

NARCISTEN WORDEN SNELLER CEO

Mensen die meer recht menen te hebben, meer manipuleren, zekerder zijn van zichzelf en ongevoeliger voor anderen, klimmer sneller hogerop op de werkvloer. Dat blijkt uit een Italiaanse studie. Narcisme is een eigenaardige eigenschap van leiders, zo wordt verondersteld. Twee Italiaanse onderzoekers wilden weten of mensen met een narcistische persoonlijkheid sneller carrière maken en dus ook sneller CEO worden. Specifiek wilden de onderzoekers ook nagaan of bepaalde organisatiekenmerken daarop een modererende invloed konden hebben.

Daartoe vergeleken ze 172 Italiaanse CEO's van familiebedrijven en niet-familiebedrijven die allemaal de *Narcistic Personality Inventory* invulden. Hun scores werden afgezet tegen het verloop van hun loopbaan. Met name diegenen die hoger scoorden op extraversie, overmatig zelfvertrouwen, dominantie en autoritarisme werden sneller benoemd tot CEO binnen hun organisatie. De relatie zou volgens de Italiaanse onderzoekers zo sensitief zijn dat slechts een lichte toename in narcismescores de kans op een CEO-positie met 29 procent verhoogde, vergeleken met CEO's die gemiddeld scoorden op de narcisme-vragenlijst. Maakte de CEO deel uit van de familie die het bedrijf had opgezet, dan had de mate van narcisme minder impact op een sneller carrièreverloop.

Vraag is of narcistische trekken stabiel zijn over de tijd. De onderzoekers opperen dan ook of de onderzochte CEO's wellicht na het verkrijgen van hun positie een meer narcistische persoonlijkheid krijgen. De studie is hoe dan ook een welkome aanvulling op het doorgaans Amerikaanse onderzoek over dit onderwerp. De onderzoekers pleiten voor meer vergelijkbaar onderzoek in andere landen. (VB)

Bron: Rovelli, P. & Curnis, C. (2020). The perks of narcissism: Behaving like a star speeds up career advancement to the CEO position. *The Leadership Quarterly*, Available online 11 December 2020. https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2020.101489

SCHAP

CORONA EN PSYCHOSOCIALE GEVOLGEN

UITKOMST STANFORD PRISON EXPERIMENT GEMANIPULEERD

WREED GEDRAG VERKLAARD

In het wereldberoemde Stanford Prison Experiment zou worden aangetoond dat mensen zich automatisch wreed gaan gedragen zodra ze de rol van bewaker krijgen. Recent vrijgekomen archiefmateriaal haalt deze conclusie keihard onderuit.
Al eerder werd duidelijk dat de twaalf vrijwilligers die de rol van bewakers kregen toebedeeld in het beroemde gevangenisexperiment van Philip Zimbardo, voorafgaand aan het experiment uitgebreide instructies ontvingen over de strenge regels die ze in de gevangenis moesten handhaven. Hun gedrag was dus beslist niet spontaan of automatisch.

Nu bewijst een diepte-analyse van een gesprek tussen een van de experimentleiders en een van de twaalf vrijwillige bewakers dat de leiding in de Stanford Prison de principes van *Identity Leadership* toepaste. Mensen met deze stijl van leidinggeven zijn meesters in het cultiveren van een wij-gevoel en beschrijven de eigen doelen als belangrijk en nobel.

In het een-op-eengesprek gebruikte de betreffende experimentleider het persoonlijk voornaamwoord *wij* iedere dertig woorden; dat is ruim tweeënhalf keer zo vaak als succesvolle politici in hun verkiezingsspeeches. Met *wij* doelde de experimentleider op de gevangenisleiding, bestaande uit de experimentleiders én de twaalf bewakers. Samen hadden ze een hoger doel, dat bestond uit het blootleggen, bestuderen en bestrijden van giftige processen in totalitaire instituties.

Het nieuw opgedoken archiefmateriaal laat klip en klaar zien hoe Zimbardo en zijn medewerkers de uitkomsten van het experiment hebben gemanipuleerd. Mensen gaan zich niet spontaan wreed gedragen zodra ze voor bewaker moeten spelen. Dat doen ze alleen als hun leiders hen ervan weten te overtuigen dat wreed gedrag een hoger doel dient. (AH)

Bron: Haslam, S. A. et al. (2019). Rethinking the nature of cruelty: The role of identity leadership in the Stanford Prison Experiment. *American Psychologist*, doi.org/10.1037/amp0000443

NIEUWS
PROMOTIES

KUNNEN WE ECHT OVERAL WERKEN?

Digitale technologieën stellen ons in staat om 'anywhere, anytime' te werken. Wat nauwelijks aandacht krijgt, is het feit dat digitaal werk nog steeds wordt uitgevoerd binnen een fysieke omgeving die onze inspanningen kunnen belemmeren of ondersteunen. De huidige coronacrisis maakt onderzoek naar dit onderwerp relevanter dan ooit. Thuiswerkers komen voor verschillende uitdagingen te staan. Denk hierbij aan het verwateren van relaties met collega's en het werken op verschillende plekken. Gedragswetenschapper Julia Schlegelmilch onderzocht hoe de fysieke werkplek er in digitaal werk toe doet. Zij ontdekte dat de fysieke werkomgeving een veel belangrijkere rol speelt bij digitaal werk dan vaak wordt aangenomen. Haar onderzoek biedt managers handvaten om bewustere keuzes te maken over het waar en hoe van werken. Ze raadt aan om niet alleen werkprocessen te digitaliseren, maar ook om de hele manier van werken opnieuw in te richten. Dit kan zorgen voor meer flexibiliteit en aanpassingsvermogen voor werknemers en bedrijven..

Julia Schlegelmilch,*Where we work: Physical workplaces in a digital world.* Vrije Universiteit Amsterdam, 9 februari 2021. (Co-)promotoren prof.dr. M.H. Huysman, prof.dr. S.N. Khapova, dr. E. Lysova

IMPACT KWETSBAARHEID BIJ DEPRESSIEVE OUDEREN

Onverklaarde lichamelijke klachten bij ouderen gaan regelmatig gepaard met kwetsbaarheid, chronische ziektelast en psychiatrische problemen. De complexiteit maakt herkenning van onderliggende problemen moeilijk. Kwetsbaarheid, ziektelast, voedingstoestand, geheugenproblemen en functioneren in het dagelijks leven blijken nauwelijks meegenomen in onderzoek naar betere behandeling van depressie bij ouderen. Ouderen die acuut opgenomen zijn in de psychiatrie bleken in dit promotieonderzoek vaak kwetsbaar, ondervoed én hebben een hoge ziektelast. Kwetsbaarheid en ziektelast hebben een belangrijke invloed op het niet terug kunnen keren naar huis na de opname.

Carolien Benraad,*Geriatric syndromes and multimorbidity in older adults with psychiatric disorders. An integrated perspective.* Radboud Universiteit Nijmegen, 12 februari 2021. (Co-)promotoren prof. dr. M.G.M. Olde Rikkert, prof. dr. J. Spijker, prof. dr. R.C. Oude Voshaar, dr. R.J.F. Melis

VERTROUWEN OP SOCIALE PLATFORMEN

Dankzij het internet en peer-to-peer platformen kunnen vreemden van over de hele wereld spullen en diensten aan elkaar verkopen en verhuren. Judith Kas onderzocht waarom mensen een transactie aangaan met iemand die ze nog nooit eerder hebben gezien, en die ze later waarschijnlijk ook nooit meer zullen tegenkomen. Ook vroeg ze zich af of platformen discriminatie kunnen oplossen door mensen die gediscrimineerd worden de mogelijkheid te bieden om een goede reputatie op te bouwen. Daarnaast heeft Kas de beloftes over de kwaliteit van aangeboden producten onderzocht. Tot slot heeft Kas onderzocht waarom mensen hun spullen uit zouden lenen aan vreemden als ze daar niet voor betaald krijgen. Conclusie: dat doen ze omdat die vreemden in het verleden hetzelfde voor anderen gedaan hebben.

Judith Kas, *Trust and reputation in the peer-to-peer platform economy.* Universiteit Utrecht, 12 februari 2021. (Co-)promotoren prof. dr. prof. dr. A. Van de Rijt, dr. R. Corten

N.S. van den Berg, *Visual emotion - From input to behavioral output.* Universiteit van Amsterdam, 3 februari 2021. (Co-)promotoren prof. dr. E.H.F. de Haan, prof. dr. J.M. Spikman, dr. R.H. Huitema, dr. G.J.R. Luijckx

J.M. Dopmeijer, *Running on Empty. The impact of challenging student life on wellbeing and academic performance.* Universiteit van Amsterdam, 5 februari 2021. (Co-)promotoren prof. dr. R.W.H.J. Wiers, dr. J.M. de Jonge, mr. dr. R.H.L.M. Bovens

Elisabeth Dumont, *Exploring the potential of special music eduation in child development; a case study of special music education in the Netherlands.* Maastricht University, 12 februari 2021. (Co-) promotoren prof.dr. F.J.M. Feron, prof.dr. S.A.H. van Hooren, dr. E.V. Syurina

H.P. Stulp, *Construction and validation of the apperception test god representations: an implicit measure to assess god representations.* Universiteit Leiden, 25 februari. (Co-)promotoren prof.dr. Eurelings-Bontekoe, prof.dr. G.G.Glas

COLUMN

DE SMALLE VOORGEVEL VAN DE IVOREN TOREN

Op de Singel, nummer 7, in Amsterdam, staat het smalste huis ter wereld – nog geen meter breed. Misleidend is het wel, want achter de smalle gevel gaat een huis van normaler omvang schuil. Het huis werd zo geconstrueerd in de gouden eeuw, omdat de gemeentelijke gebouwenbelasting afhankelijk was van de breedte van het 'huis'. Waar de breedte van een huis in het verleden een redelijke indicatie van de omvang was, vervormde de belastingregel letterlijk en figuurlijk de relatie tussen de maat en het werkelijke doel – de grootte van het huis. Een tastbaar voorbeeld van wat door economen 'Goodhart's law' wordt genoemd: '*When a measure becomes a target, it ceases to be a good measure.*'

De hedendaagse academische wereld kent vele voorbeelden van Goodhart's law. Een klassiek voorbeeld is de 'impactfactor' – een numerieke indicatie van de status van een wetenschappelijk tijdschrift, gebaseerd op hoe vaak een gemiddeld artikel aangehaald wordt. Hoe hoger de impactfactor, hoe beter het tijdschrift, zo luidt de aanname.

Beurzen, banen en prijzen hangen af van de mate waarin wetenschappers hun wetenschappelijk werk gepubliceerd krijgen in deze zogenaamde 'high impact'-tijdschriften. Zo bestaan er op sommige universiteiten richtlijnen waarin staat hoeveel artikelen, met welke minimale impactfactor, er per jaar geproduceerd dienen te worden.[1] Wat erin staat, is schijnbaar van secundair belang. Er worden zelfs geldbonussen uitgereikt op basis van impactfactoren – een artikel in een blad met een hoge impactfactor kan zomaar een bonus ter omvang van een jaarsalaris betekenen.[2]

De gevolgen laten zich raden. De impactfactor veranderde al snel van een indicator naar een doel op zich. Onderzoeksresultaten worden net even iets spannender beschreven om de kans om in 'het' tijdschrift te komen te vergroten. In extreme gevallen wordt weleens net dat ene onwelgevallige datapunt, dat een perfecte bevinding in de weg staat, achterwege gelaten.

Overigens zijn niet alleen mensen vatbaar voor dergelijke 'incentives' – een dolfinarium in Mississippi beloonde dolfijnen met vis voor stukken troep die ze aan de verzorgers gaven.[3] De vindingrijke dolfijnen leerden al snel stukken troep te versnipperen om zo meer vis te krijgen.

Het is evident dat de doorgeslagen focus op deze indicatoren de wetenschap noch wetenschappers een goede dienst bewijst. Gelukkig begint het tij langzaam te keren. In 2019 publiceerde de Vereniging van Universiteiten (VSNU) het rapport *Erkennen en waarderen*.[4] Dit initiatief beoogt om de prestatiebeoordeling van wetenschappers te baseren op een veel breder scala aan bijdragen, inclusief maatschappelijke relevantie en impact, lesgeven, mentoring, kennisdeling en leiderschap. Deze verschuiving in focus moet ervoor zorgen dat een 'succesvolle wetenschapper' veel meer kan en moet zijn dan de optelsom van zijn of haar artikelen en impactfactoren.

Zodat we zorgen dat de ivoren toren geen al te rare voorgevel krijgt. Het is al zo'n merkwaardig gebouw.

Rogier Kievit

is hoogleraar Developmental Neuroscience aan het Donders Instituut van de Radboud Universiteit Nijmegen.
E-mail: Rogier.Kievit@radboudumc.nl

FOTO: STIJN RADEMAKER

1 www.dcscience.net/2012/06/29/is-queen-mary-university-of-london-trying-to-commit-scientific-suicide/
2 www.sciencemag.org/news/2017/08/cash-bonuses-peer-reviewed-papers-go-global
3 scubadiverlife.com/dolphins-captivity/
4 www.vsnu.nl/Erkennen-en-waarderen-van-wetenschappers.html

Voor goede zorg is nodig dat ouderenpsychologen blijven leren en blijven veranderen, zo stelt Debby Gerritsen. Het is volgens haar belangrijk dat er meer specialisten zoals klinisch psychologen of klinisch neuropsychologen in de langdurige zorgsector gaan werken. Tot het zover is zullen ouderenpsychologen de kar moeten trekken bij innovatie. 'Wij kunnen de mensen op de werkvloer meer ondersteunen en opleiden, wij kunnen ervoor zorgen dat welbevinden centraal komt te staan.'

OUDE MENSEN MET COMPLEXE ZORGEN

EEN ODE AAN KWETSBAARHEID

De langdurige zorg in Nederland, en met name de verpleeghuiszorg, is uniek. Deze biedt namelijk multidisciplinaire zorg en behandeling (Sanford et al., 2015). Gz-psychologen vormen vaak samen met specialisten ouderengeneeskunde en verzorgenden en verpleegkundigen een kernteam. Daarnaast hebben de meeste verpleeghuizen fysiotherapeuten, activiteitenbegeleiders, ergotherapeuten en/of psychomotorisch therapeuten in dienst. Er zijn in Nederland zo'n 2400 woonlocaties waar zorg en behandeling worden geboden aan meer dan 115.000 kwetsbare mensen: mensen met dementie, mensen met vooral ernstige lichamelijke aandoeningen, en steeds meer specifieke doelgroepen zoals mensen met niet-aangeboren hersenletsel, met gerontopsychiatrische problemen of met de ziekte van Korsakov. Mensen komen meestal naar een verpleeghuis om er te gaan wonen, soms om te revalideren. In de afgelopen jaren zijn allerlei initiatieven ontplooid om de naasten van de bewoner meer betrokken te houden bij de zorg en wordt gesproken van de zorgdriehoek: de bewoner, diens naaste en de professional. In de verpleeghuissector gaat het dan om professionals vanuit verschillende disciplines.

De langdurige zorg wordt niet alleen specialistischer door de doelgroep-specifieke zorg, maar ook steeds complexer. Sinds 2015 is het overheidsbeleid dat kwetsbare mensen zo lang mogelijk thuisblijven; degenen die uiteindelijk in een verpleeghuis komen wonen, hebben allemaal complexe zorgbehoeften (Kromhout, Kornalijnslijper & de Klerk, 2018; Rijcken et al., 2018). De gemiddelde verblijfsduur neemt sinds deze beleidswijziging af en het percentage mensen met dementie neemt toe – van 40% in 2015 naar 60% in 2017.[1]

De meeste verpleeghuisbewoners zijn 80 jaar of ouder en hebben drie of meer chronische problemen, zo'n tweederde is vrouw (Van Klaveren et al., 2017; Verbeek-Oudijk & van Campen, 2017). Gewoonlijk hebben verpleeghuisbewoners niet alleen lichamelijke, maar juist ook psychische en sociale problemen. Die beïnvloeden elkaar. Dit maakt hen kwetsbaar; als er namelijk op één gebied iets verslechtert heeft dat gevolgen voor andere gebieden. Het maakt het ook heel complex om het welbevinden op peil te houden. Daarvoor is allereerst nodig dat bekend is wat welbevinden inhoudt en, ten tweede, dat bekend is hoe dat ondersteund en verbeterd kan worden.

WELBEVINDEN

Welbevinden gaat over de lichamelijke, psychische en sociale gebieden van het leven en de interactie ervan. Bovendien is het een positief concept (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Dit betekent dat welbevinden meer inhoudt dan het oplossen van een probleem, het verlichten van lijden. Het gaat erom dat iemand positieve ervaringen heeft. Als de agitatie van een bewoner bijvoorbeeld succesvol is behandeld, is er een probleem opgelost. Maar vanuit een welbevindenperspectief is de behandeling niet per definitie klaar: het hoeft niet zo te zijn dat de bewoner zich ook goed voelt en tevreden is.

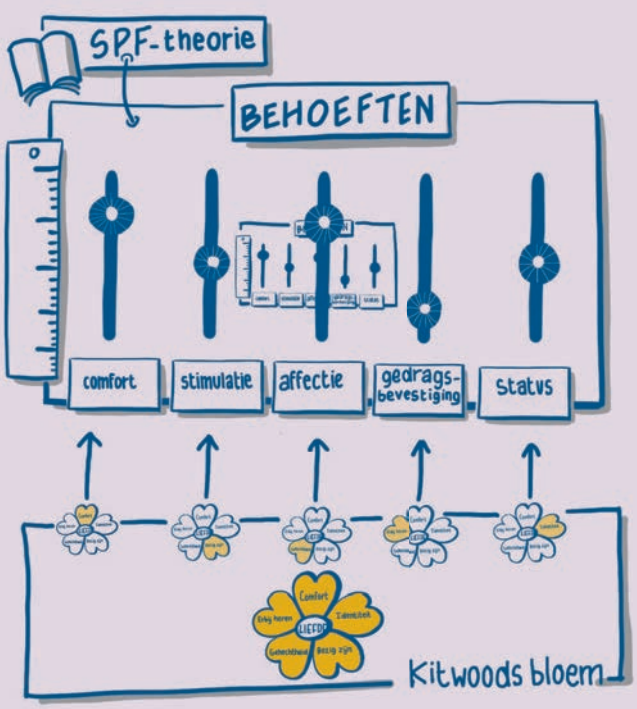
In 2017 heeft het Sociaal Cultureel Planbureau een groot interview-onderzoek gedaan onder 958 verpleeghuisbewo-

1 Zie www.verenso.nl/Factsheet-verblijfsduur.pdf

ners naar hun welbevinden (Van Campen & Verbeek-Oudijk, 2017). Van de benaderde bewoners kon bijna de helft niet worden geïnterviewd door hun dementie, maar het onderzoek leverde interessante resultaten op. Voor de tevredenheid met hun leven gaven de bewoners gemiddeld het cijfer 7.3. Toch voelden ze zich vaak niet gelukkig; de helft voelde zich eenzaam, sommigen voelden zich ongezond en hadden weinig doelen om voor te leven (Van Campen & Verbeek-Oudijk, 2017). De vraag is dan ook waar de bewoners dit cijfer op baseerden. Er is nog erg weinig bekend over de inhoud van het welbevinden van verpleeghuisbewoners, zeker van degenen die dit zelf niet kunnen aangeven.

INHOUD VAN WELBEVINDEN Welbevinden is te beschouwen als een universeel concept (Gerritsen, 2017). Hoewel het relatieve belang of de inhoud van elementen van welbevinden kan verschillen, is het welbevinden van een verpleeghuisbewoner uit dezelfde elementen opgebouwd als dat van andere mensen. Deze gelijkheid in de inhoud is bijvoorbeeld terug te zien in twee belangrijke benaderingen van welbevinden (Gerritsen, 2017).

FIGUUR 1. BEHOEFTEN VOLGENS SPF/ZMW-THEORIE EN VOLGENS KITWOOD



Illustratie Maaike Borsboom (www.aanblazer.nl)

De eerste is de SPF-theorie, de theorie van de Sociale Productie Functies, verder uitgewerkt in de theorie van ZelfManagement van Welbevinden (ZMW-theorie). Dit is een universele theorie (Nardi Steverink, 2014; Nardi Steverink, Lindenberg & Slaets, 2005; Wippler, Ganzeboom & Lindenberg, 1996). De tweede is afkomstig van de grondlegger van persoonsgerichte zorg voor mensen met dementie, Tom Kitwood. Zijn benadering is speciaal ontwikkeld voor mensen met dementie (Kitwood, 1997) en is de basis van de nieuwe zorgstandaard dementie (Huijsman et al., 2020). Kitwood's benadering kent vijf centrale behoeften van mensen met dementie: 1) comfort, 2) bezig zijn, iets om handen hebben, 3) gehechtheid, 4) erbij horen en 5) identiteit en zelfwaardering.

Het is frappant hoeveel deze vijf behoeften van mensen met dementie lijken op de vijf universele basisbehoeften van de SPF/ZMW-theorie (zie figuur 1). De SPF/ZMW-theorie kent twee basisbehoeften voor lichamelijk welbevinden: comfort en stimulatie. *Comfort* gaat over het bevredigen van lichamelijke behoeften, zoals eten, drinken, warmte, afwezigheid van pijn, vermoeidheid of andere gezondheidsklachten. *Stimulatie* gaat over een mate van activering die past bij een persoon; niet te veel en zeker niet te weinig. Sociaal welbevinden wordt bereikt door te voldoen aan drie sociale basisbehoeften: affectie, gedragsbevestiging en status. *Affectie* gaat over liefhebben, het gevoel dat er van je gehouden wordt – inclusief door jezelf. *Gedragsbevestiging* is het gevoel het juiste te doen in je eigen ogen en in de ogen van de groep mensen waar je bij hoort. *Status* gaat over het hebben van unieke kenmerken, talenten of bezittingen en kan gaan over het hebben van veel geld, maar ook over een goede zanger of een goede kok zijn. In het kwaliteitskader verpleeghuiszorg wordt dit beschreven in termen van ruimte voor 'uniek zijn' (Zorginstituut, 2017).

De SPF/ZMW-theorie combineert een theorie over wat welbevinden inhoudt met een theorie over hoe welbevinden wordt bereikt. Uitgangspunt van de SPF/ZMW-theorie is dat mensen fysiek en sociaal welbevinden ervaren als zij hun vijf basisbehoeften kunnen vervullen.

Het ervaren van lichamelijk en sociaal welbevinden leidt tot algemeen subjectief of psychologisch welbevinden. Daarnaast zegt deze theorie dat mensen welbevinden steeds bewust of onbewust nastreven en daarbij allerlei persoonlijke hulpbronnen inzetten. Die hulpbronnen kunnen extern of intern zijn. Externe bronnen zijn bijvoorbeeld dingen –

Gewoonlijk hebben verpleeghuisbewoners niet alleen lichamelijke, maar juist ook psychische en sociale problemen

zoals een huis of geld –, of mensen – zoals een partner of vrienden. Sommige bronnen kunnen op slechts één behoefte worden toegepast. Maar veel bronnen, zoals het hebben van een partner, kunnen bijdragen aan bijvoorbeeld zowel affectie, als comfort en stimulatie. De in de theorie gespecificeerde interne bronnen zijn persoonlijke zelfmanagementvaardigheden (Steverink, 2014; Steverink et al., 2020).

Om deze vaardigheden uit te leggen, is vriendschap een goed voorbeeld. Vriendschap is een belangrijke bron voor welbevinden, maar ontstaat niet vanzelf. De vaardigheden voor zelfmanagement zijn de interne bronnen die daarbij helpen: het nemen van *initiatief* is noodzakelijk om de stap te zetten om een vriend te maken. Verder ben je bereid te *investeren* in de vriendschap om vrienden te blijven. Om dat te doen, moet je *geloven dat je in staat bent* om vrienden te maken en een vriend te zijn. Bovendien heb je de *positieve inschatting* dat deze vriendschap potentieel heeft. Verder is het handig om meerdere vrienden te hebben (*variëteit*) of vrienden met wie meer dan één behoefte kan worden vervuld (*multifunctionaliteit* – bijvoorbeeld stimulatie en genegenheid).

Iemand heeft andere mensen nodig om zijn behoeften te vervullen, om hem bijvoorbeeld affectie of gedragsbevestiging te geven. En als zijn externe bronnen of zelfmanagementvaardigheden in het geding zijn, kunnen anderen daarbij ondersteunen.

WELBEVINDEN REALISEREN Omdat het leven van verpleeghuisbewoners in belangrijke mate wordt bepaald door de zorg die ze krijgen, bestaat er een sterke relatie tussen welbevinden en de kwaliteit van de zorg (van Campen & Verbeek-Oudijk, 2017). Kijkend naar de elementen van welbevinden valt op dat 'comfort' en 'stimulatie' de behoeften zijn waarop de verpleeghuiszorg jarenlang vooral gericht is geweest. Daarnaast is in de zorg voor mensen met dementie al lange tijd aandacht voor de behoefte aan 'affectie'. In de langdurige zorg bestaan inmiddels allerlei interventies die erop zijn gericht het welbevinden te verbeteren via stimulatie. Stimulatie door programma's voor bijvoorbeeld lichaamsbeweging (Windle et al., 2010), door gespreksinterventies die met herinneringen werken (Westerhof et al., 2018) en methoden voor plezierige activiteiten (Teri & Logsdon, 1991).

Ervan uitgaande dat welbevinden echter universeel is, verdienen de andere twee basisbehoeften meer aandacht in de komende jaren: 'gedragsbevestiging' en 'status'. Ook verpleeghuisbewoners hebben de behoefte om zich nuttig te voelen, om bij te dragen aan hun omgeving en te worden gezien als een uniek persoon met unieke kenmerken. Naasten kunnen daar een belangrijke rol bij spelen. Om helder te krijgen wat iemand kan en wie zij is en zo vorm en invulling te geven aan individuele gedragsbevestiging en status, maar ook om de manier te expliciteren waarop anderen kunnen bijdragen aan het welbevinden van een verpleeghuisbewoner.

De sector was de afgelopen jaren volop bezig met het betrekken van de naasten bij de zorg, maar de coronacrisis bracht aan het licht dat we er nog lang niet zijn (zie kader). De afgelopen maanden toonden dat belangrijk is om individueel welbevinden centraal te stellen, maar dat we moeite hebben dit te realiseren. In crisistijd zijn we teruggevallen op het medische model – met alle negatieve gevolgen voor het welbevinden van dien. Maar welbevinden is niet iets voor erbij; het kan een leidend principe zijn in de langdurige zorg. We kunnen ook problemen bekijken vanuit een perspectief van welbevinden, bijvoorbeeld probleemgedrag.

WELBEVINDEN EN PROBLEEMGEDRAG

Probleemgedrag is gedrag van een kwetsbare persoon dat gepaard gaat met lijdensdruk of gevaar voor de persoon zelf of voor mensen in zijn of haar omgeving (Zuidema et al., 2018). Van de bewoners met dementie vertoont zo'n 80% probleemgedrag (Selbaek, Engedal & Bergh, 2013), maar het komt ook onder andere groepen in de langdurige zorg voor (zie bijvoorbeeld Van den Brink et al., 2018). Recent is probleemgedrag door zorgmedewerkers in onderzoek van Vilans benoemd als hun belangrijkste kennisbehoefte: zorgprofessionals willen beter leren omgaan met probleemgedrag.[2]

2 www.kennisinfrastructuurlangdurigezorg.nl

VERPLEEGHUIZEN EN CORONA

Aanvankelijk, vlak na 20 maart jl., leek iedereen in de sector achter de maatregel te staan om de verpleeghuizen in quarantaine te plaatsen. Men vond het vreselijk, maar noodzakelijk om de besmettingen te beperken. Maar de quarantaine duurde voort en bewoners werden eenzaam, somber en verdrietig. En de naaste, de zogenaamde derde hoek van de zorgdriehoek en de hoofdrolspeler bij alle initiatieven rond familieparticipatie, die mocht niet naar binnen. Om bewoners en zorgprofessionals te beschermen, maar ook zichzelf. Ondertussen bleef de tweede hoek, de professional, wel in contact met de buitenwereld en had niet voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen ter beschikking. De keuzes die in die periode zijn gemaakt, werden niet vanuit een welbevinden-perspectief gemaakt en lieten zien dat het sociale welbevinden eigenlijk niet als basisbehoefte werd gezien. De crisis legde bloot dat we ons in wezen nog niet echt richten op welbevinden. Vanuit de SPF/ZMW-theorie gezien werd alles op comfort gericht in smalle zin: het ging over het fysieke, over overleven en medische noodzaak. Het ging niet over wat voor een individuele bewoner goed is. Er was lang geen ruimte voor mensen om zelf keuzen te maken om te leven naar hun wensen en voorkeuren.

Stimulatie was er nog enigszins. Sterker, eigen onderzoek[i] naar probleemgedrag ten tijde van corona suggereert dat stimulatie voor een aantal bewoners eigenlijk veel beter was afgestemd op hun behoeften, zeker voor bewoners met dementie. Er waren minder prikkels, meer 'rust' zogezegd, en dat leek veel bewoners goed te doen. Maar de sociale basisbehoeften aan affectie, gedragsbevestiging en status hadden sterk te lijden door een cruciale bron voor dat sociale welbevinden af te snijden: de naasten. De gevolgen zoals eenzaamheid en verdriet om gemis van dierbaren en verlies van fysiek contact, lieten zien hoe belangrijk het sociale welbevinden is.

i www.ukonnetwerk.nl/probleemgedrag covid-enquete

OORZAKEN PROBLEEMGEDRAG Probleemgedrag kan interne oorzaken hebben – bijvoorbeeld door schade aan het brein – of externe – bijvoorbeeld door te veel harde geluiden in de omgeving. Meestal is het gedrag van een bewoner een gevolg van verschillende combinaties en interacties van interne en externe oorzaken. De sleutel tot de behandeling van probleemgedrag ligt vaak in het proberen om de oorzaken van het gedrag te achterhalen (Moniz Cook et al., 2012). Zoals de inspectie[3] onlangs constateerde, is noodzakelijk dat er meer aandacht wordt besteed aan de analyse van gedrag. Er zijn de afgelopen jaren allerlei interventies voor probleemgedrag ontwikkeld (Abraha et al., 2017), maar om deze goed in te kunnen zetten is een uitgebreide functionele analyse nodig.

Een belangrijke basis voor het begrijpen van probleemgedrag is gelegd door Jiska Cohen Mansfield (2000). Volgens haar gaat probleemgedrag over onvervulde behoeften. Cohen-Mansfield benoemt drie oorzaken voor dergelijk gedrag. De eerste oorzaak is een onvervulde behoefte. Dit is bijvoorbeeld het geval als een bewoner geagiteerd raakt in een drukke omgeving en overprikkeling de oorzaak blijkt te zijn; haar behoefte aan rust is niet vervuld. Een tweede oorzaak van probleemgedrag is dat dit een manier kan zijn om behoeften te vervullen. Dit kan subtiel zijn – bijvoorbeeld dat een bewoner zich niet goed kan oriënteren in de ruimte door de schade aan het brein en probeert haar desoriëntatie op te lossen door steeds de weg te vragen. Behoeften vervullen kan er ook behoorlijk heftig aan toe gaan – bijvoorbeeld steeds roepen of voortdurend op tafel slaan om te voelen 'ik ben er'. Een derde oorzaak is gedrag als uiting van frustratie over onvervulde behoeften – bijvoorbeeld fysieke agressie omdat iets niet lukt of omdat een zorgverlener iets niet begrijpt (Cohen-Mansfield, Golander & Cohen, 2017).

De benadering van Cohen-Mansfield is te koppelen aan welbevinden. Als probleemgedrag namelijk over behoeften gaat (Cohen-Mansfield, 2000) en behoeften gaan over welbevinden (Nardi Steverink, Lindenberg, & Slaets, 2005), dan gaat probleemgedrag ook over welbevinden. Vanuit dit perspectief op welbevinden is een vierde mogelijke oorzaak toe te voegen. Bij elk van de drie zojuist genoemde oorzaken van probleemgedrag is de bewoner betrokken bij haar welbevinden: zij werkt aan haar eigen welbevinden, ook al zijn haar manieren naar ons idee niet de beste. Die vierde

3 www.igj.nl/probleemgedrag-bij-dementie

mogelijke oorzaak is dat probleemgedrag een teken kan zijn dat het universele streven naar welbevinden niet meer actief is. De bewoner is dan niet meer bezig haar eigen welbevinden te verbeteren. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij apathisch gedrag. Het hoofdprobleem bij apathie is 'gebrek aan doelgericht gedrag'. Een mogelijke vervolgconstatering is dat iemand met apathisch gedrag geen actie meer onderneemt om zijn behoeften te vervullen en dus niet werkt aan zijn eigen welbevinden. Dat doet een direct appel op de mensen om een bewoner heen; daar moeten zij bij helpen.

Deze vierde oorzaak van probleemgedrag kan wellicht ook depressieve klachten helpen verklaren. Er is veel literatuur die laat zien dat depressieve klachten negatieve gevolgen hebben voor het welbevinden of een teken zijn van laag welbevinden (Smalbrugge et al., 2006). Een interessante vraag is of depressieve klachten een teken kunnen zijn dat iemand niet meer werkt aan zijn welbevinden. Misschien zet de bewoner de hulpbronnen – die zij wel heeft – niet in. Of zijn de depressieve klachten een teken dat behoeften objectief gezien vervuld zouden 'moeten' zijn, maar dat de bewoner dit niet zo ervaart. Of wellicht zijn ze een teken van onvervulde behoeften. Bij verschillende mogelijke verklaringen van probleemgedrag horen verschillende manieren om dit te behandelen. Zoals gezegd: daarom is het zo belangrijk ons in de oorzaken van probleemgedrag te verdiepen.

Er is nog niet veel wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de relatie tussen probleemgedrag en welbevinden; de uitkomsten ervan zijn bovendien tegenstrijdig. Bij mensen met dementie is meermaals een verband gevonden tussen probleemgedrag en verminderd welbevinden (Van de Ven-Vakhteeva et al., 2013; Vogel et al., 2006; Winzelberg et al., 2005; Zimmerman et al., 2005), maar soms ook niet (bijv. Ballard et al., 2001). Bovendien werd een verband tussen probleemgedrag en verminderd welbevinden vooral gevonden als anderen een uitspraak deden over het welbevinden van de bewoner. Als de bewoner dit zelf beoordeelde, werd er geen verband gevonden (Vogel et al., 2006; Zimmerman et al., 2005).

Mogelijk zijn deze verschillende resultaten als volgt te verklaren: het is te simpel gedacht om het probleemgedrag van een groep in zijn algemeenheid in verband te brengen met het welbevinden van die groep. Het punt is juist dat de relatie van probleemgedrag met welbevinden afhankelijk is van de oorzaak van dat gedrag. Wat door de mensen om een bewoner heen als probleemgedrag wordt ervaren, kan voor een bewoner een manier zijn om het welbevinden te verbeteren. Dat hangt van diens behoeften af: als het gedrag zelf behoeften vervult, zoals het voorbeeld van op tafel slaan om te voelen dat je er bent, verwacht je geen negatieve relatie tussen dat slaan en welbevinden. Misschien wordt het welbevinden hier zelfs wel hoger van.

ROL SOCIALE OMGEVING BIJ PROBLEEMGEDRAG

Wat deze uiteenzetting eveneens laat zien, is dat naasten en professionals belangrijk zijn als er sprake is van probleemgedrag. Ten eerste kan de oorzaak van probleemgedrag direct bij hen liggen: zij begrijpen een bewoner niet en de bewoner raakt daar gefrustreerd over. Of indirect: ze hebben bijvoorbeeld te laat in de gaten dat de bewoner overprikkeld raakt. Het is dus belangrijk om te proberen de oorzaak van het gedrag te achterhalen omdat we zo een aan welbevinden gerelateerde behoefte kunnen achterhalen waarop vervolgens actie kan worden ondernomen.

Ten tweede: als er andere mensen nodig zijn om welbevinden te bereiken – status, gedragsbevestiging en affectie worden grotendeels door anderen gegeven –, dan vormt probleemgedrag hiervoor een grote bedreiging. Geef maar eens iemand die de hele dag de boel op stelten zet een knuffel, of een compliment! Dit betekent dat bij probleemgedrag een neerwaartse spiraal voor de bewoner dreigt.

Op de derde plaats, en net zo belangrijk: probleemgedrag van een bewoner kan ook inhouden dat het welbevinden van diens sociale omgeving wordt bedreigd. Het is bekend dat probleemgedrag belastend kan zijn voor zorgmedewerkers. En dat kan de omgang met bewoners weer negatief beïnvloeden: als zorgmedewerkers zich oncomfortabel en over-gestimuleerd voelen, zijn zij wellicht niet meer goed in staat om een bewoner de status, gedragsbevestiging en affectie te geven die ze nodig heeft. En dat heeft vervolgens weer een weerslag op de bewoner.

RELATIONELE ZORG

Wanneer mensen kwetsbaar worden, kunnen externe bronnen wegvallen. Mogelijk kunnen mensen hun vaardigheden niet meer goed gebruiken. De SPF/ZMW-theorie legt uit wat er met het welbevinden gebeurt bij verliezen: als verliezen

We nemen onszelf vaak onbewust mee in het uitdagende werk met kwetsbare mensen

optreden bij de ene behoefte, kan het voldoen aan de andere behoeften tot op zekere hoogte daarvoor compenseren. Iemand kan dan nog steeds fysiek of sociaal welbevinden ervaren. Dit heet substitutie. Maar als de kwetsbaarheid te veel toeneemt, of daarmee zelfs onveilige situaties ontstaan, verandert de manier waarop kwetsbare mensen anderen nodig hebben. Dan moet de omgeving vanuit die nieuwe situatie handelen. Daarbij staat de omgeving voor het vraagstuk hoe ze iemand kunnen ondersteunen, en tot op welke hoogte, voordat ze echt zaken gaan overnemen om het welbevinden positief te beïnvloeden.

De laatste jaren is er steeds meer onderbouwing voor de belangrijke rol van de kwaliteit van de *relatie* en het gedrag van verzorgenden bij het welbevinden van bewoners (Custers et al., 2010; McGilton et al., 2012; Willemse et al., 2015). De attitude (Boumans et al., 2019), positief gedrag (Van Weert et al., 2005) en persoonsgericht gedrag (Gilmore-Bykovskyi et al., 2015) van verzorgenden blijken samen te hangen met een vermindering van gedragsproblemen. Ook is gebleken dat gedrag van verzorgenden dat zich richt op mogelijkheden van bewoners het welbevinden van die bewoners kan verbeteren (Norbergh et al., 2006). Recent eigen onderzoek liet zien dat een meer hoopvolle houding van verzorgenden samenhangt met meer sociaal welbevinden en minder probleemgedrag van bewoners met dementie (Gerritsen, Van Beek, & Woods, 2019).

PRESENT ZIJN

De relatie tussen kwaliteit van zorg en welbevinden gaat voor een groot deel om de mensen die zorg verlenen en hun relatie met de bewoner en diens naaste. Om te kunnen begrijpen wat een bewoner wil, wat haar behoeften zijn – en om vervolgens te kunnen bepalen of je dat kunt en wilt bieden, en samen met collega's de beste benadering te kunnen vinden – is het belangrijk om *present* te zijn. In termen van de presentietheorie is dit het afstemmen op de ander en diens behoeften, vaardigheden en voorkeuren (Klaver & Baart, 2011; 2016). Hoewel dit complex is gezien de kwetsbare verpleeghuispopulatie, vinden zorgprofessionals dit zelf ook belangrijke aspecten voor de omgang met probleemgedrag (Mallon, Krska & Gammie, 2019). Ook is het belangrijk gebleken voor hun tevredenheid met het werk (Edvardsson et al., 2011).

Present zijn vraagt goede communicatievaardigheden in contact met de bewoner, diens naaste en als professionals onder elkaar (Kemper et al., 2008). Het betekent ook emotioneel investeren als professionals (McCarty & Drebing, 2003) en betekenisvolle interactie realiseren door onze eigen behoeften en onzekerheden in te brengen in het contact (Timmermann, 2010). Dit is bijvoorbeeld het geval als een verzorgende aan de bewoner vertelt wat diens gedrag met haar doet en vervolgens samen met de bewoner zoekt naar verbetering. Of als een zorgvraag zo complex is dat de psycholoog tegen het zorgteam zegt dat ze geen antwoord weet, en dat ze samen moeten werken vanuit onzekerheid. Dan zijn ze er niet alleen meer als vertegenwoordiger van een discipline, maar dan zijn ze er als mens. Dit gaat over relationele zorg, over de overtuiging dat goede zorg ontstaat in de wederkerige relaties van de zorgdriehoek, dat allen hun waarden en overtuigingen meebrengen en dat daar ruimte voor moet zijn (Nolan et al., 2004; Westerhof et al., 2014). Relationele zorg gaat daarbij niet alleen om de driehoek van bewoner, naasten en één professional, maar om alle professionals en bewoners die daarbij betrokken zijn, mét hun eigen welbevinden-behoeften (Nolan et al., 2004).

LEIDERSCHAP

Ons eigen gedrag is van grote invloed op een bewoner en kan zelfs probleemgedrag veroorzaken of in stand houden. Anderzijds kan ons gedrag ook een belangrijke bron zijn van status, gedragsbevestiging en affectie – en dus van welbevinden. We nemen onszelf vaak onbewust mee in het uitdagende werk met kwetsbare mensen. Maar dit kunnen we bewust inzetten. Hiervoor is persoonlijk leiderschap nodig; kritisch naar onszelf en de ander durven kijken, naar onze rol, onze communicatie en onze aanpak. En om die te durven bespreken en elkaar durven aanspreken, in plaats van lekker samen te roddelen over de ander. Om vervolgens samen te werken aan verbetering. Voor verpleegkundigen, artsen en psychologen is dit zelfbewustzijn een belangrijke competentie die hen geleerd wordt (Rasheed, Younas & Sundus, 2019). Maar dit zou ook voor verzorgenden het geval moeten zijn.

Werken vanuit relationele zorg kan ook helpen om de zorg steeds opnieuw te verbeteren. Blijven veranderen vraagt durf. Mensen worden vaak onzeker van het af moeten wijken van de manier waarop ze iets al jaren doen, of van dingen voor het eerst moeten doen (Nilsen et al., 2019). Maar voor het verlenen van optimale zorg aan onze cliënten zullen we deze continu en samen lerend (Zorginstituut, 2017) moeten verbeteren. En daarbij zullen we onze twijfels en overwegingen moeten laten zien, als professionals, maar zeker ook als leidinggevenden. De tijd van de leidinggevende als alwetende bestuurder zonder onzekerheden is voorbij. Leiderschap, of dat nu management betreft of persoonlijk leiderschap als professional, vraagt lef en kwetsbaarheid. En dat

betekent dat we de ander laten zien wie we zijn. Dit gaat niet vanzelf. Naast onderzoek naar de inhoud van welbevinden en naar hoe welbevinden werkt, is dus ook onderzoek nodig naar hoe je dit het best kunt ondersteunen op een manier die past bij relationele zorg en hoe we kwetsbaarheid en persoonlijk leiderschap in praktijk kunnen brengen in de langdurige zorg. Om dat te doen op een relevante manier voor de praktijk, is het nodig om met die praktijk samen te werken. Met professionals, de doelgroep zelf, en met instellingen voor onderwijs en opleiding.

Gelukkig werk ik bij het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen[4], waar we de kwaliteit van leven én van de zorg voor kwetsbare mensen willen verbeteren door een link te leggen tussen kennis en praktijk. We moeten er met z'n allen aan: voor goede zorg is nodig dat we blijven leren en blijven veranderen. Ik zie hierbij een mooie rol voor mijn eigen beroepsgroep: de ouderenpsycholoog. Aan deze gedragsexperts doe ik de oproep om het begeleiden van innovatie en dus van gedragsverandering in ons takenpakket op te nemen! Het is belangrijk dat er meer specialisten zoals klinisch psychologen of klinisch neuropsychologen in de langdurige zorgsector gaan werken. Zij worden ook opgeleid om veranderprocessen te begeleiden. Maar zolang er nog niet in elke zorgorganisatie meerdere specialisten rondlopen, zijn wij als ouderenpsychologen aan zet: wij kunnen kartrekkers zijn bij innovatie, wij kunnen de mensen op de werkvloer meer ondersteunen en opleiden, wij kunnen ervoor zorgen dat welbevinden centraal komt te staan. Innovatie is geen extraatje, het is een voorwaarde!

OVER DE AUTEUR

Debby Gerritsen is hoogleraar Welbevinden van kwetsbare ouderen en mensen met chronische ziekten in de langdurige zorg aan de Radboud Universiteit/het Radboudumc.
E-mail: debby.gerritsen@radboudumc.nl.
Dit artikel is een bewerking van haar oratie die ze uitsprak op 29 september 2020. De volledige tekst daarvan is te vinden via www.ukonnetwerk.nl/actueel/oratie-debby-gerritsen/

4 www.ukonnetwerk.nl

Literatuur

Abraha, I., Rimland, J.M., Trotta, F.M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., . . . Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open, 7*(3), e012759.

Ballard, C., O'Brien, J., James, I., Mynt, P., Lana, M., Potkins, D., . . . Fossey, J. (2001). Quality of life for people with dementia living in residential and nursing home care: the impact of performance on activities of daily living, behavioral and psychological symptoms, language skills, and psychotropic drugs. *Int Psychogeriatr, 13*(1), 93-106.

Boumans, J., van Boekel, L.C., Baan, C.A. & Luijkx, K.G. (2019). How Can Autonomy Be Maintained and Informal Care Improved for People With Dementia Living in Residential Care Facilities: A Systematic Literature Review. *Gerontologist, 59*(6), e709-e730.

Cohen-Mansfield. (2000). Theoretical Frameworks for Behavioral Problems in Dementia. *Alzheimer's Care Quarterly, 1*(4), 8-21.

Cohen-Mansfield, J., Golander, H. & Cohen, R. (2017). Rethinking Psychosis in Dementia: An Analysis of Antecedents and Explanations. *Am J Alzheimers Dis Other Demen, 32*(5), 265-271.

Custers, A.F., Westerhof, G. J., Kuin, Y. & Riksen-Walraven, M. (2010). Need fulfillment in caring relationships: Its relation with well-being of residents in somatic nursing homes. *Aging Ment Health, 14*(6), 731-739.

Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., McAuliffe, L., Nay, R. & Chenco, C. (2011). Job satisfaction amongst aged care staff: exploring the influence of person-centered care provision. *Int Psychogeriatr, 23*(8), 1205-1212.

Gerritsen, D.L. (2017). Mensen zoals wij. *Tijdschr Gerontol Geriatr, 48*(3), 97-99.

Gerritsen, D.L., Steverink, N., Ooms, M.E. & Ribbe, M.W. (2004). Finding a useful conceptual basis for enhancing the quality of life of nursing home residents. *Qual Life Res, 13*(3), 611-624.

Gerritsen, D.L., van Beek, A.P.A. & Woods, R.T. (2019). Relationship of care staff attitudes with social well-being and challenging behavior of nursing home residents with dementia: a cross sectional study. *Aging Ment Health, 23*(11), 1517-1523.

Gilmore-Bykovskyi, A.L., Roberts, T.J. Bowers, B.J. & Brown, R.L. (2015). Caregiver Person-Centeredness and Behavioral Symptoms in Nursing Home Residents With Dementia: A Timed-Event Sequential Analysis. *Gerontologist, 55 Suppl 1*, S61-66.

Huijsman, R., Boomstra, R., Veerbeek, M.,& Döpp, C. (2020). *Zorgstandaard Dementie: Samenwerken op maat voor personen met dementie en mantelzorgers*.

Kemper, P., Heier, B., Barry, T., Brannon, D., Angelelli, J., Vasey, J. & Anderson-Knott, M. (2008). What do direct care workers say would improve their jobs? Differences across settings. *Gerontologist, 48 Spec No 1*, 17-25.

Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered, the Person Comes First.* . Maidenhead: Open University Press.

Klaver, K. & Baart, A. (2011). Attentiveness in care: towards a theoretical framework. *Nurs Ethics, 18*(5), 686-693.

Klaver, K. & Baart, A. (2016). Managing socio-institutional enclosure: A grounded theory of caregivers' attentiveness in hospital care. *Eur J Oncol Nurs, 22*, 95-102.

Kromhout, M., Kornalijnslijper, N. & de Klerk, M. (2018). *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg* Retrieved from Den Haag:

Mallon, C., Krska, J., & Gammie, S. (2019). Views and experiences of care home staff on managing behaviours that challenge in dementia: a national survey in England. *Aging Ment Health, 23*(6), 698-705.

McCarty, E.F. & Drebing, C. (2003). Exploring professional caregivers' perceptions. Balancing self-care with care for patients with Alzheimer's disease. *J Gerontol Nurs, 29*(9), 42-48.

>>

McGilton, K.S., Sidani, S., Boscart, V.M., Guruge, S. & Brown, M. (2012). The relationship between care providers' relational behaviors and residents mood and behavior in long-term care settings. *Aging Ment Health, 16*(4), 507-515.

Moniz Cook, E.D., Swift, K., James, I., Malouf, R., De Vugt, M. & Verhey, F. (2012). Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia. *Cochrane Database Syst Rev*(2), CD006929.

Nilsen, P., Schildmeijer, K., Ericsson, C., Seing, I. & Birken, S. (2019). Implementation of change in health care in Sweden: a qualitative study of professionals' change responses. *Implement Sci, 14*(1), 51.

Nolan, M.R., Davies, S., Brown, J., Keady, J. & Nolan, J. (2004). Beyond person-centred care: a new vision for gerontological nursing. *J Clin Nurs, 13*(3a), 45-53.

Norbergh, K.G., Helin, Y., Dahl, A., Hellzen, O. & Asplund, K. (2006). Nurses' attitudes towards people with dementia: the semantic differential technique. *Nurs Ethics, 13*(3), 264-274.

Rasheed, S.P., Younas, A. & Sundus, A. (2019). Self-awareness in nursing: A scoping review. *J Clin Nurs, 28*(5-6), 762-774.

Rijcken, S., Halfens, R.J.G., Schols, M.G.A. & Everink, I. (2018). *Care Dependency of Nursing Home Residents in the Netherlands: 2010-2017*.

Sanford, A.M., Orrell, M., Tolson, D., Abbatecola, A.M., Arai, H., Bauer, J.M., . . . Vellas, B. (2015). An international definition for "nursing home". *J Am Med Dir Assoc, 16*(3), 181-184.

Selbaek, G., Engedal, K. & Bergh, S. (2013). The prevalence and course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc, 14*(3), 161-169.

Seligman, M.E. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *Am Psychol, 55*(1), 5-14.

Sloane, P.D., Zimmerman, S., Williams, C.S., Reed, P.S., Gill, K.S. & Preisser, J.S. (2005). Evaluating the quality of life of long-term care residents with dementia. *Gerontologist, 45 Spec No 1*(1), 37-49.

Smalbrugge, M., Pot, A. M., Jongenelis, L., Gundy, C.M., Beekman, A.T. & Eefsting, J. A. (2006). The impact of depression and anxiety on well being, disability and use of health care services in nursing home patients. *Int J Geriatr Psychiatry, 21*(4), 325-332.

Steverink, N. (2014). Chapter: Successful development and ageing: Theory and intervention. In *The Oxford handbook of clinical geropsychology* (pp. 84-103). New York, NY: Oxford University Press; US.

Steverink, N., Lindenberg, S. & Slaets, J. P. J. (2005). How to understand and improve older people's self-management of wellbeing. *Eur J Ageing, .2*(4), pp.

Steverink, N., Lindenberg, S., Spiegel, T. & Nieboer, A. P. (2020). The Associations of Different Social Needs with Psychological Strengths and Subjective Well-Being: An Empirical Investigation Based on Social Production Function Theory. *Journal of Happiness Studies, 21*(3), 799-824.

Tatsumi, H., Nakaaki, S., Torii, K., Shinagawa, Y., Watanabe, N., Murata, Y., . . . Furukawa, T.A. (2009). Neuropsychiatric symptoms predict change in quality of life of Alzheimer disease patients: a two-year follow-up study. *Psychiatry Clin Neurosci, 63*(3), 374-384.

Teri, L., & Logsdon, R. G. (1991). Identifying pleasant activities for Alzheimer's disease patients: the pleasant events schedule-AD. *Gerontologist, 31*(1), 124-127.

Timmermann, M. (2010). *Relationele afstemming. Presentieverrijkte verpleeghuiszorg voor mensen met dementie*. Tilburg University,

van Campen, C., & Verbeek-Oudijk, D. (2017). *Gelukkig in een verpleeghuis? Ervaren kwaliteit van leven en zorg van ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.*

van de Ven-Vakhteeva, J., Bor, H., Wetzels, R.B., Koopmans, R.T., & Zuidema, S.U. (2013). The impact of antipsychotics and neuropsychiatric symptoms on the quality of life of people with dementia living in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry, 28*(5), 530-538.

Van den Brink, A., Gerritsen, D.L., Oude Voshaar, R., Koopmans, R.T.C.M. (2018). Natural course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with mental-physical multimorbidity in the first eight months after admission. *Aging Ment Health, 24*, 1-7.

van Klaveren, S., van de Werfhorst, K.J., Meys, N., Brouwer, L., van der Harg, A. & Cazemier, G. (2017). *Toegang tot zorg vanuit de Wet langdurige zorg: Ervaringen van aanvragers en professionals*.

van Weert, J.C., van Dulmen, A.M., Spreeuwenberg, P.M., Ribbe, M.W., & Bensing, J.M. (2005). Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse-patient communication during morning care. *Patient Educ Couns, 58*(3), 312-326.

Verbeek-Oudijk, D. & van Campen, C. (2017). *Ouderen in verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Landelijk overzicht van hun leefsituatie in 2015/2016*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Vogel, A., Mortensen, E.L., Hasselbalch, S.G., Andersen, B.B. & Waldemar, G. (2006). Patient versus informant reported quality of life in the earliest phases of Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry, 21*(12), 1132-1138.

Westerhof, G.J., Korte, J., Eshuis, S. & Bohlmeijer, E. T. (2018). Precious memories: a randomized controlled trial on the effects of an autobiographical memory intervention delivered by trained volunteers in residential care homes. *Aging Ment Health, 22*(11), 1494-1501.

Westerhof, G.J., van Vuuren, M., Brummans, B.H. & Custers, A. F. (2014). A Buberian approach to the co-construction of relationships between professional caregivers and residents in nursing homes. *Gerontologist, 54*(3), 354-362.

Willemse, B.M., Downs, M., Arnold, L., Smit, D., de Lange, J. & Pot, A.M. (2015). Staff-resident interactions in long-term care for people with dementia: the role of meeting psychological needs in achieving residents' well-being. *Aging Ment Health, 19*(5), 444-452.

Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I. & Woods, B. (2010). Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. *Aging Ment Health, 14*(6), 652-669.

Winzelberg, G.S., Williams, C.S., Preisser, J.S., Zimmerman, S. & Sloane, P. D. (2005). Factors associated with nursing assistant quality-of-life ratings for residents with dementia in long-term care facilities. *Gerontologist, 45 Spec No 1*(1), 106-114.

Wippler, R., Ganzeboom, H.B.G. & Lindenberg, S. (1996). *Verklarende sociologie : opstellen voor Reinhard Wippler*. Amsterdam: Thesis Publishers.

Zimmerman, S., Sloane, P.D., Williams, C.S., Reed, P.S., Preisser, J.S., Eckert, J.K., . . . Dobbs, D. (2005). Dementia care and quality of life in assisted living and nursing homes. *Gerontologist, 45 Spec No 1*(1), 133-146.

Zorginstituut. (2017). *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg: Samen leren en verbeteren*.

Zuidema, S.U., Smalbrugge, M., Bil, W.M.E., Geelen, R., Kok, R.M., Luijendijk, H.J., . . . Vreeken, H. L. (2018). *Multidisciplinaire Richtlijn probleemgedrag bij dementie*. Utrecht: Verenso, NIP.

WEBINARREEKS KIDS@RISK

Een webinarreeks van de Viersprong over preventie en vroege interventie bij kinderen en jongeren met psychische kwetsbaarheid.

In de periode van 18 maart t/m 10 juni 2021, elke donderdagavond van 20.30-21.30 uur.

www.deviersprongacademy.nl

RINO • amsterdam
opleiding en inspiratie voor professionals in de GGZ

Wanhoop en hoop; hand in hand
10 september 2021 | www.suicidepreventiecongres.nl

Cognitief Gedragstherapeutisch Werker VGCt ®
www.rino.nl/459 | start 22 maart

Sensorische informatieverwerking bij kinderen
www.rino.nl/235 | start 22 maart

Kinderen met onbegrepen lichamelijke klachten (SOLK)
www.rino.nl/286 | start 30 maart

Gedragstherapie en cognitieve therapie: inleiding
www.rino.nl/421 | start 10 april

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

Oplossingsgerichte korte psychotherapie
www.rino.nl/432 | start 29 mei

Tot 15 maart kunnen BIG opleidingsplaatsen aangevraagd worden voor 2022. Kijk op www.rino.nl voor meer informatie

Zelfstandig psycholoog? Jij behandelt, wij doen de rest.

- MEER CLIËNTEN, MINDER ADMINISTRATIE
- EIGEN PRAKTIJKASSISTENTEN
- WORKSHOPS & OPLEIDINGEN
- CONTACT MET PSYCHOLOGEN

Hoe zorg jij voor een volle en goedlopende praktijk? Wij helpen je hierbij. Doordat wij de communicatie met cliënten, administratie en algemene promotie verzorgen, kan jij je volledig op de kwaliteit van je behandelingen richten.

Al 12 jaar dé behandel-organisatie in onvergoede zorg

Wie zijn wij
Psyned is de landelijke zorgaanbieder in onvergoede zorg en gespecialiseerd in het matchen van cliënt en psycholoog. Hierbij triageren we, adviseren we elke cliënt persoonlijk en behandelen met meer dan 250 psychologen altijd op maat.

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

psychologen nederland

We leggen graag uit hoe we werken
www.psyned.nl/zorgaanbieder
085 401 7363 / zorgaanbieder@psyned.nl

Heeft u de website van De Psycholoog al ontdekt?

Zoek en vind snel het juiste artikel
Bekijk complete nummers in de kiosk
Raadpleeg vakinhoudelijke dossiers

WWW.TIJDSCHRIFTDEPSYCHOLOOG.NL

DE PSYCHOLOOG

Nederlands Instituut van Psychologen NIP

DE PRIKANGSTPSYCHOLOOG, PRIKCOACH EN CLIËNT

HUID DIE BREEKT

Terwijl velen reikhalzend uitkijken naar een vaccinatie tegen het coronavirus, is er een niet onaanzienlijke groep die de injectie met angst en beven tegemoet ziet: mensen met prikangst. Wat is prikangst eigenlijk? Welke vormen zijn er? Waar komt die angst vandaan? En: wat valt eraan te doen? We spreken een in prikangst gespecialiseerde psycholoog, een cliënt met prikangst en een prikangstcoach. ‘Bij exposure moet je zo lang mogelijk in de situatie tot de angst uitdooft. Maar de prik duurt maar kort.’ *Op de foto: psycholoog Jan van den Berg*

FOTO: STIJN RADEMAKER

‘Mijn eerste herinnering van een prik was traumatisch. Toen ik zes jaar was, viel ik van mijn fiets. Bij de EHBO hebben ze een diepe wond moeten hechten. De verdoving was verschrikkelijk, ik was zo aan het spartelen dat ze me met een aantal man moesten vasthouden.’

Aan het woord is Elliot (20). Hij vervolgt: ‘Hoewel dat mijn eerste herinnering aan een prik is, was het zeker niet de eerste keer dat ik geprikt ben. Mijn geboorte was heftig, ik was te laat, maar te klein. Ik heb twee weken in een couveuse gelegen met naalden in mijn armen, hoofd en nek. Maar dat heb ik natuurlijk van horen zeggen.’

Zijn negenjaarsprik (*alle kinderen krijgen in het rijksvaccinatieprogramma van het RIVM op hun negende een vaccinatie aangeboden tegen difterie, tetanus en polio, red.*) ging redelijk. Maar op zijn elfde ging het weer mis. ‘Ze moesten bloed afnemen om te kijken of ik een erfelijke ziekte had,’ vertelt Elliot. ‘Mijn moeder zei dat het echt zou meevallen, maar de prik deed pijn. En ik voelde vooral het moment dat mijn huid brak. Ik raakte in paniek, begon te hyperventileren, terwijl de naald erin moest blijven. Uiteindelijk viel ik flauw. Daarna heb ik elke mogelijke prik vermeden.’

NAGOLF

Elliot is een van de velen. Psycholoog Jan van den Berg werkt voor het angstbehandelcentrum IPZO (Instituut voor Psychologische Zelfhulp en Ondersteuning), dat gespecialiseerd is in prikangst. Kreeg Van den Berg voorheen eens per week een hulpverzoek, inmiddels wordt hij bijna dagelijks gebeld en gemaild.

Overigens zullen er niet alleen problemen zijn naarmate het vaccineren voor mensen dichterbij komt, ook achteraf verwacht Van den Berg problemen. ‘In 2009, in de tijd van de Mexicaanse griep, zijn in Nederland in totaal negen miljoen vaccinaties gezet. Kinderen werden in grote sporthallen geprikt, op het Jeugdjournaal kwamen veel huilende kinderen voorbij. Het wakkerde veel angst aan. Veel kinderen kregen er achteraf problemen mee. Ook nu met corona verwacht ik zo’n nagolf.’

‘Van ‘slachtoffer dat geprikt wordt’, veranderde ik ‘een bioloog die gefascineerd is”

Prikangst staat op een soort continuüm, legt Van den Berg uit. ‘De een is er geen liefhebber van, anderen worden benauwd van prikken. En een kleine groep is echt panisch voor de naald.’

De schattingen om hoeveel mensen het gaat, variëren van een paar tot zo’n tien procent. Van den Berg houdt het erop dat rond de 3,5 procent van de mensen een intense angst ervaren bij prikken. Zij voldoen volgens de DSM aan een echte naaldenfobie, en hebben ‘een duidelijke aanhoudende, overdreven angst voor prikken. De betrokkene is zich ervan bewust dat die angst overdreven of onredelijk is en de fobische situatie wordt vermeden of alleen doorstaan met een intense angst’. ‘Zo’n 3,5 procent lijkt geen hoog percentage, maar bij elkaar genomen gaat het om aardig wat mensen,’ zegt Van den Berg. Bovendien kan in een tijd van massavaccinatie zelfs een minder ernstige vorm van prikangst – het duurt even voor iemand zich durft te laten prikken – al lastig zijn. Over het algemeen is prikangst het sterkst aanwezig bij kinderen en jongeren, naarmate mensen ouder worden zwakt de angst af.

Er zijn een aantal vormen van prikangst. De meest voorkomende is die waarin mensen bang zijn om flauw te vallen. Zij kunnen vaak ook niet goed tegen de medische situatie en zijn ook angstig voor bloed of letsel. De precieze vorm verschilt, de een wordt onpasselijk van zijn eigen bloed, de ander kan niet tegen wonden of bloed van een ander, maar een zogeheten walgingsgevoeligheid is een veel voorkomende onderliggende factor bij deze vorm van prikangst, zo is in wetenschappelijk onderzoek aangetoond. Deze mensen hebben een wat sterkere neiging dingen vies te vinden. De insula is een hersengebied dat in verband wordt gebracht met deze walgingsgevoeligheid.

De nabijgelegen amygdala zorgt voor panische reacties zoals die ook naar voren komen bij een geïsoleerde naaldenangst, en dat is een andere vorm van prikangst. Dan zijn mensen vooral fobisch voor een naald en voor het doorboren van de huid, niet zozeer voor bloed en flauwvallen. Ze zijn bang voor controleverlies, hetgeen zich kan uiten in de vorm van slaan, schoppen, gillen, agressief worden of ander sociaal onwenselijk gedrag. Soms is dat zo heftig dat

iemand onwillekeurige spiercontracties krijgt bij het zien van een naald.

Er zijn nog meer vormen van prikangst te onderscheiden, vervolgt Van den Berg. Sommige mensen durven zichzelf niet te injecteren, maar als een ander het doet, lukt het wel. Vooral voor mensen met suikerziekte is dat lastig. Omgekeerd zijn er ook mensen die nooit de controle durven over te geven aan een arts of verpleegkundige, maar die zichzelf wel durven te prikken.

Tot slot is er een wat minder bekende vorm die prikweerstand wordt genoemd. Dan gaat het om mensen met chronische aandoeningen waarbij ze regelmatig moeten prikken. Aanvankelijk hebben ze er geen problemen mee, maar na verloop van tijd lukt het niet meer. Van den Berg: 'Ik dacht aanvankelijk dat dit fenomeen weinig voorkwam, maar het komt juist regelmatig voor en bij thuisbehandelingen kan het een drama zijn. Het lijkt een soort aanpassingsstoornis, vermengd met angst die je ook "prik-burn-out" zou kunnen noemen.'

We worden niet geboren met prikangst, de angst ontstaat door negatieve ervaringen met prikken. Van den Berg: 'Als baby al worden we in het consultatiebureau met prikken geconfronteerd. Het kan beginnen met een pijnlijke prik. Of het begint bij een ouder die zijn eigen prikangst op het kind overbrengt. Net als angst voor honden is prikangst als het ware besmettelijk, verbaal of non-verbaal. Vervolgens kan prikangst verergeren door nieuwe negatieve ervaringen. Uit onderzoek blijkt bovendien dat couveusekindjes oververtegenwoordigd zijn, zij zijn vaker overgevoelig voor pijn en bang voor de naald.'

AFLEIDING

Hoe kom je van prikangst af? Van den Berg beheert de site hulpbijprikken.nl. Hij kan tips geven en bij angstbehandelcentrum IPZO geven psychologen ook therapie als de prikangst hardnekkiger is. Om het prikken minder onaangenaam te maken kan je zorgen voor sensorische afleiding die incompatibel is met de pijnbeleving en de prik. De arts op een YouTube-filmpje illustreert dit op een mooie manier. Hij leidt de baby zo af met zingen en aanrakingen, dat die in eerste instantie niets in de gaten heeft.[1]

1 www.tinyurl.com/y22swz34

DE PRIKANGSTCOACH

Jolanda Nieuwveld geeft in het IJsselandziekenhuis leiding aan de afdeling bloedafname en is een door de wol geverfde prikker. Sinds een paar jaar is ze ook prikangstcoach.

Vanaf het moment dat ze het prikken onder de knie kreeg, nu veertig jaar geleden bij bloedbank Sanquin, was ze verkocht. Lachend vertelt ze: 'Het is niet alleen mijn werk, het is ook mijn hobby! Ik kan me geen leven zonder prikken meer voorstellen.'

Vooral als mensen bij haar in de stoel komen zitten en zeggen dat ze 'moeilijke vaten' hebben, veert ze op. 'Dan moet ik er moeite voor doen. Negen van de tien keer lukt het en dat vind ik geweldig.'

Niet vreemd dat ze reageerde op de oproep van psycholoog Jan van den Berg om mensen over hun prikangst heen te helpen. Met prikangstigen kwam ze bij Sanquin nauwelijks in aanraking, want het is geen groep die vrijwillig bloed doneert.

De cliënten doorlopen eerst met hun psycholoog een traject. Daarna wordt de hulp van Nieuwveld ingeroepen. De psycholoog heeft dan al contact met Nieuwveld gehad om de cliënt te introduceren, zodat Nieuwveld weet waar de angst vandaan komt en of mensen vooral bang zijn voor de naald of voor bloed en flauwvallen. 'Dan ga ik de naaldjes laten zien, ik leg het verschil uit en vertel waarom er met welke naald geprikt wordt. En we passen bij de flauwvalgroep spierspanningsoefeningen toe. Daar hebben ze al mee geoefend, maar als ze daadwerkelijk geprikt worden, vergeten mensen toch wat ze geleerd hebben. Nadat de naald uit de arm is gehaald, moeten mensen het aanspannen nog even volhouden, anders gaan ze alsnog onderuit.'

Als het goed is komen cliënten de tweede keer zonder psycholoog naar haar praktijk en daarna moeten ze naar het ziekenhuis komen. 'De entourage van een ziekenhuis met de ziekenhuisgeur, de uniformen, dat geeft een extra dimensie aan de angst. Dus ik nodig hen daar uit, om binnen die omgeving ook te oefenen.'

En wat ze doet als iemand flauwvalt? Nieuwveld: 'Je ziet wel dat collega's mensen in hun gezicht slaan en een natte doek op het voorhoofd leggen. Maar dat is frustrerend en onprettig. Ik leer mijn prikkers het volgende: als iemand flauwvalt, rustig laten gaan. Je gooit de stoel plat, gaat ervoor staan, pakt de benen en legt ze op je schouders. Dan stroomt het bloed naar beneden, naar het hoofd. Je ziet de kleur terugkomen en mensen komen vanzelf weer bij. Dan praat je ze bij: "U was even weg, maar u bent er weer." Dat helpt. En als je dan gewoon rustig blijft is er niet zoveel aan de hand.'

Nu loopt het storm, er is inmiddels een lange wachtlijst ontstaan omdat veel mensen het vaccin tegen corona willen. Daarom wil Nieuwveld het liefst een prikangstpoli starten. 'Die is bedoeld voor mensen die angstig zijn. Maar niet zo erg dat ze daarvoor naar de psycholoog moeten.'

Oudere kinderen en volwassenen kunnen zulke trucs bij zichzelf toepassen en daarbij kan iedereen uitzoeken wat hem of haar het meeste helpt, legt Van den Berg uit. ‘Sommige mensen willen controle houden en willen erbij betrokken worden: wanneer mag er geprikt worden? In welke arm? Ze krijgen zelf de controle door tot drie te tellen en bij nul mag er geprikt worden. Anderen zijn juist gebaat bij afleiding en spelen liever een spelletje op hun telefoon, die willen er zo min mogelijk van meekrijgen.’

Eventueel de huid verdoven met een ijsklontje kan helpen, of het gebruik van een verdovingszalf. Soms wordt er in een medische setting angstdempende medicatie of lachgas ingezet.

Iemand met een naaldfobie kan volgens Van den Berg vaak het beste proberen te ontspannen of zich proberen af te leiden tijdens het prikken. ‘Het tegenovergestelde geldt voor mensen die flauwvalgevoelig zijn. Zij moeten juist leren hun spieren aan te spannen rondom het moment van prikken.’

SPIEREN SPANNEN

Als de prikangst hardnekkiger of heviger is, kan therapie uitkomst bieden. Dan gaat het doorgaans om een kortdurende behandeling, zegt Van den Berg. ‘Behalve gesprekken voeren moeten mensen die flauwvalgevoelig zijn een paar dingen leren. Je valt flauw als de bloeddruk opeens zakt en dus is het zaak de bloeddruk op peil te houden. Dat doe je door enerzijds te zorgen voor een hoog vochtvolume. Veel drinken dus. Drink zo’n tien tot vijftien minuten voor de prik meer dan een halve liter water of eet een zoute soep. Dat maakt de kans om flauw te vallen een stuk lager.’

Daarnaast is het volgens Van den Berg zaak de spieren krachtig aan te spannen, zodat de bloedtoevoer naar de hersenen toeneemt. ‘Dat moet je doen zolang je gevaar loopt om flauw te vallen, dus voor de prik, maar ook net erna. Het is een krachtig middel om flauwvallen tegen te gaan.

Van den Berg leert mensen aan om hun spieren in bovenbenen, billen, buik en armen stevig aan te spannen: ‘Aanspannen, vasthouden, even loslaten en dan weer aanspannen. En dat moeten ze op elk moment kunnen doen. Als er een uitlokker is – een naald, bloed, een medische setting – kunnen mensen in vijf seconden onderuit gaan. Als ze het flauwvallen voelen aankomen, moeten ze hun spieren kunnen spannen. En verder is een goede houding belangrijk, zodat als mensen onderuit gaan, ze niet op een nare manier vallen.’

Ook voert Van den Berg gesprekken over de prikangst, dan gaat het over waar het vandaan komt. Hij maakt daarnaast gebruik van exposure-therapie, een bewezen effectieve therapie bij diverse fobieën. ‘Als mensen niet tegen bepaalde dingen kunnen, oefenen we daarmee. Bijvoorbeeld met het verdragen van bloederige plaatjes, filmpjes van letsel en akelige verhalen.’ Voorheen deed hij dat soms ook via beeldbellen, maar sinds iemand na het zien van een bloederige foto uit beeld gleed, doet hij het alleen nog op locatie.

Verder is het een kwestie van exposure van het echte prikken. Het lastige daarbij is, zo vertelt Van den Berg, dat bij exposure iemand het liefst zo lang mogelijk in de situatie moet blijven waarin hij angstig is. ‘Zo kan de angst uitdoven. Maar de prik duurt maar kort. Je kunt een naald laten zien, de naald dichterbij leggen, hem vastpakken, in een sinaasappel steken en op het lichaam leggen. Dat kan allemaal lastig zijn, maar op een gegeven moment zal dat lukken en dan is je laten prikken toch nog lastig. Maar als psycholoog kun je niet meer doen. Dan sturen wij mensen door naar onze prikangstcoach.’ (Zie kader.)

In bovenstaande beschrijving gaat het om flauwvalgevoelige mensen. De tweede groep met echte naaldenangst moet geen spierspanoefeningen krijgen, maar juist ontspanningsoefeningen. Bij hen begint Van den Berg vrij snel met het confronteren met een naald en manieren om dat te leren verdragen – bijvoorbeeld door afleiding. ‘We gaan op zoek naar een goede copingmethode. Vakantiefoto’s meenemen en over vakantie praten terwijl er geprikt wordt. Of sensorische afleiding zoeken, een stressbal, een papiertje verfrommelen, naar muziek luisteren. Sommige mensen willen controle houden en blijven kijken, die vragen we om te ontspannen. En we zetten ze eerst zelf aan het stuur. Prikken, ja nu. Maar als ze het proces blijven frustreren, dan zoeken we naar alternatieve manieren, zoals toch afleiding zoeken.’

Het meest schrijnende geval dat Van den Berg meemaakte, was iemand met zware diabetes die behandeling weigerde. Toen ze zich uiteindelijk toch voor prikangst liet behandelen, was ze na drie maanden van haar angst af. Maar enkele maanden

FOTO: STIJN RADEMAKER

'Panisch van de spuit of vies van bloed'

later stierf ze aan de suikerziekte, omdat ze te laat aan de behandeling was begonnen.

Meestal is de angst te verhelpen, besluit Van den Berg. 'Toch kan het lastig blijven. Je moet ergens ja op zeggen, terwijl het gevoel 'nee' zegt. Dan is het toch een beetje of je aan een kalkoen vraag of hij met Kerst geslacht wil worden.'

PRIKANGSTTHERAPIE

Elliot slaagde er lange tijd in om alle prikken te vermijden. Maar op een gegeven moment liep hij tegen een probleem aan. Hij vertelt: 'Ik ben transgender, ik ben geboren als vrouw en ben in transitie om fysiek ook man te worden. Bij mijn intake bij de transgenderkliniek in Amsterdam had ik een gesprek met een huisarts. Na dat gesprek zei de huisarts tussen neus en lippen: ga nog even langs bij de prikkliniek om bloed te laten afnemen.'

Wegrennen was geen optie. Twee vrienden die Elliot vergezelden, hielpen hem kalm te blijven. 'Ik heb doorgezet en het bloed afnemen is gelukt. Na afloop heb ik nog twintig minuten in de stoel gelegen omdat ik zo hyperventileerde.'

De psycholoog die bij het transitieproces betrokken

'Bij exposure moet iemand het liefst zo lang mogelijk in de gevreesde situatie, maar de prik duurt kort'

was, maakte duidelijk dat Elliot iets aan zijn prikangst moest doen voor hij aan hormonen kon beginnen. 'Ze moeten regelmatig bloedonderzoek doen om in de gaten te houden of je goed op testosteron reageert en als je in dat traject zit, moet je niet halverwege afhaken vanwege de prikangst. Het was dé stok achter de deur om hulp te gaan zoeken.'

GROTE POSTER

Over zijn therapie vertelt Elliot: 'Ik kwam bij een instelling voor angstbehandeling terecht, waar ze ook prikangst behandelen. Voor de intake heb ik eerst gevraagd wat de bedoeling van dat gesprek was. Ik was bang dat ik gelijk al iets met naalden moest doen. Of dat ik meteen filmpjes moest bekijken, of dat er in de wachtkamer een grote poster zou hangen van iemand met een naald in zijn arm. De psycholoog stelde me gerust, ze wilde eerst kennismaken en meer over mijn fobie weten.'

De therapie verliep heel vlot. Elliot: 'De spierspanningsoefeningen die ik als huiswerkoefening meekreeg, had ik al snel onder de knie. Na het filmpjes kijken ging de sessie erop oké. Elke keer ontdekte ik een nieuwe tool die ik kon inzetten. Afleiding werkt, aan andere dingen denken, zoals het weer of een vakantie.'

Daarna ontdekte Elliot iets beters. 'Op school werd biologie mijn lievelingsvak. Ik kon tijdens het prikken ook juist over bloed gaan nadenken. Wat is het eigenlijk? Wat voor soort cellen zitten erin? Witte bloedcellen bijvoorbeeld, waar zijn die voor? Wat kunnen ze allemaal aan bloed aflezen? Dat werkte nog beter. Ik kon blijkbaar een knopje in mijn hoofd omzetten zodat ik van "slachtoffer die geprikt wordt" veranderde in een "bioloog die er gefascineerd door is". Daardoor verdween de angst en de misselijkheid.'

Na sessie twee of drie konden ze al met naalden werken, vervolgt Elliot. 'Ik vroeg of ik er een mocht uitpakken en ging hem bekijken. Er zit een gat in. Natuurlijk, dacht ik, anders kan er geen bloed doorheen! Mijn nieuwsgierigheid won het van mijn angst.'

Vervolgens is Elliot naar een prikangstcoach gegaan. 'Met een naald over mijn arm strijken, deed me niets meer. En exposuretherapie heeft geen zin als je er niets bij voelt. Het was wel weer spannend, maar het ging goed. Nadat we gebabbeld hadden, zei de prikangstcoach opeens: "Gaan we vandaag nog prikken of wat is de bedoeling?" Toen ben ik ervoor gegaan. Ik kreeg twee vingerprikken en daarna nam ze een beetje bloed af uit beide armen. Het was een grote stap, maar het ging goed. Ik werd er heel optimistisch van. Daarna hebben we nog een paar keer geoefend, onder andere met het afnemen van meerdere buisjes bloed. Dat wisselen van het buisje is heel onprettig, maar het ging.'

Het is nog steeds niet zijn hobby, de spanning is niet volledig weg, maar Elliot weet wat hij moet doen om het goed te laten gaan. 'De laatste keer op de transgenderpoli ging prima, ik moest alleen na afloop nog even blijven liggen. Het lukt nu en als het toch weer erger wordt, kan ik de prikangstcoach bellen om nog wat te oefenen.'

En het coronavaccin straks? Vol overtuiging: 'Geen probleem! Dat is toch een fijne bijkomstigheid.'

WAT ONS BEZIGHOUDT

Nederlands Instituut van Psychologen NIP

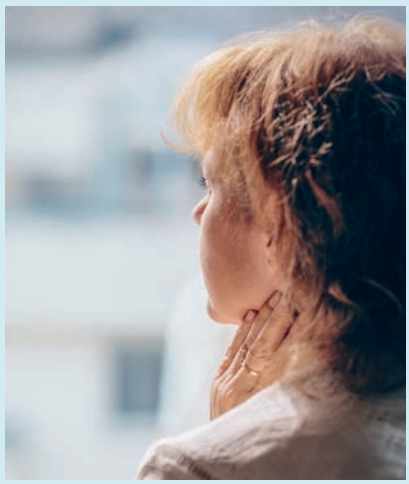
HET **NEDERLANDS INSTITUUT VAN PSYCHOLOGEN** IS DE GROOTSTE BEROEPSVERENIGING VAN PSYCHOLOGEN, HOUDT DE ONTWIKKELING VAN HET VAKGEBIED IN HET OOG EN BEHARTIGT DE BELANGEN VAN PSYCHOLOGEN DOOR TE ZORGEN DAT ZIJ GEHOORD EN GEZIEN WORDEN BIJ ALLE PARTIJEN DIE ERTOE DOEN. IEDERE MAAND LEGGEN WE VERSCHILLENDE 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!

‘Durf een collega aan te spreken over vermoedens van verslaving’

Net als in algemene bevolking, krijgt zo’n tien tot twaalf procent van de psychologen hoogstwaarschijnlijk minstens een keer in het leven te kampen met problematisch alcohol- of middelengebruik.[1] Hoe ga je om met een verslaafde collega?

‘Volg je intuïtie’, klinkt het donderdagavond 4 februari tijdens het webinar *De verslaafde psycholoog: wat nu?* Joanneke Kuppens, coach en verslavingsarts bij artsenfederatie KNMG is aan het woord. Ze geeft een aantal adviezen over wat je kunt doen als je het vermoeden hebt dat een collega verslaafd is aan alcohol of andere middelen. ‘Artsen die ik spreek hebben vaak een vermoeden, maar durven niet op een collega af te stappen of weten niet welke woorden ze moeten kiezen’, vertelt Kuppens.

Daarnaast geeft ze aan dat het belangrijk is om verslaving als een ziekte te zien, en een werknemer die worstelt met alcohol- of middelenmisbruik niet meteen op non-actief te zetten zoals wel vaak gebeurt. Het juiste is om iemand ziek te melden en in overleg te gaan met de arbo-arts. Die boodschap staat ook in de intentieverklaring ‘Behandel verslaving als een ziekte’ die veertien zorgpartijen, waaronder het NIP, een jaar geleden ondertekenden. Daarmee willen ze in de zorg een beweging op gang zetten die een gezonde en veilige werkomgeving creëert waarin middelenmisbruik en verslaving bespreekbaar worden en het taboe wordt doorbroken.



Beleid ontwikkelen

‘Zo’n 70 procent van de hulpverleners durft probleemgedrag van collega’s niet bespreekbaar te maken’, zegt dr. Peter Greeven, voorzitter van de sectie Verslavingspsychologie en mede-organisator van de webinar. ‘Er zit echt een taboe op. Verslaving wordt vaak – zelfs dus door psychologen – gezien als iets wat je aan jezelf te danken hebt. We vellen snel een oordeel. Daarnaast spreken we collega’s niet aan omdat we niet in hun privésfeer willen komen. Denk maar aan roken, ook daar zeggen de meesten niets van.’

De sectie Verslavingspsychologie gaat de komende periode samen met het NIP meer aandacht vragen voor deze problematiek. ‘We willen vanuit het NIP echt beleid gaan ontwikkelen voor zorgorganisaties en professionals over hoe ze hiermee om moeten gaan en zaken bespreekbaar moeten maken’, legt Greeven uit. ‘Mag je werknemers bijvoorbeeld zomaar testen? Met welke juridische zaken moet je rekening houden? Hoe spreek je iemand aan? Het gebeurt nu nog te vaak dat mensen die met een verslaving kampen op staande voet worden ontslagen.’

Onlangs heeft het Trimbos-instituut een nieuwe Handreiking Alcohol, Drugs en Medicatie beleid opgesteld voor instellingen en werkgevers (Trimbos-instituut, 2020). Hierin wordt actiever ingezet op preventie en zorg van medewerkers met problematisch middelengebruik. En wordt aandacht besteed aan in hoeverre middelengebruik bijdraagt aan onveiligheid op de werkplek. De sectie Verslavingspsychologie zoekt daarnaast de samenwerking op met de sectie Arbeid- & Organisatiepsychologie om het thema niet alleen binnen de zorg, maar ook daarbuiten op de kaart te zetten.

1 Baldisseri M. R. (2007). Impaired healthcare professional. *Critical care medicine, 35*(2 Suppl), S106–S116. https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000252918.87746.96

Het webinar ‘De verslaafde psycholoog: wat nu?’ van 4 februari 2021 is, net als alle andere webinars van het NIP, terug te kijken via **psynip.nl/webinars**.

OUDSTE WERKGROEP NIP VIERT 50-JARIG BESTAAN

De Werkgroep Aangaande Gehoor en communicatieve beperkingen, ofwel de WAG, bestaat dit jaar 50 jaar. We spreken via Zoom met voorzitter EVELIEN DIRKS, senior-onderzoeker en programmaleider bij de NSDSK, de Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind. Voor de gelegenheid pakte ze het archief van de werkgroep erbij.

Wat doet de WAG eigenlijk precies?

'Ooit stond WAG voor Werkgroep Auditief Gehandicapten. Maar die term gebruiken we nu niet meer. Vanaf de jaren '90 ging de werkgroep zich namelijk ook richten op kinderen met taalontwikkelingstoornissen (TOS), dus moest de naam worden aangepast.

De werkgroep is bedoeld voor psychologen die werken met kinderen en jeugdigen die doof of slechthorend zijn of een taalontwikkelingsstoornis hebben. Zodat zij elkaar onderling kunnen treffen. Bijvoorbeeld om ervaring, kennis en expertise uit te wisselen. Aangesloten psychologen blijven via verschillende bijeenkomsten op de hoogte van veranderingen in het vakgebied, bijvoorbeeld als er nieuwe testinstrumenten bijkomen of als er nieuwe wetenschappelijke inzichten zijn.

Volgens mij zijn we trouwens niet enkel de oudste, maar ook de kleinste werkgroep van het NIP. We hebben zo'n 200 leden. Dat we zo klein zijn is ook niet gek, slechts 1 op de 1000 kinderen wordt

geboren met een gehoorverlies. Relatief gezien is er dus maar een kleine groep psychologen die zich op deze doelgroep richt. Daarentegen komen taalontwikkelingsstoornissen veel vaker voor, bij zo'n 5 tot 7 procent van de kinderen, maar TOS is minder bekend. De werkgroep houdt zich daarom ook bezig om taalontwikkelingsstoornissen op de kaart te zetten.'

Waar hield de werkgroep zich 50 geleden mee bezig?

Haalt het archief op haar laptop erbij: 'In oktober 1970 zijn we opgericht. De toenmalige voorzitter van de sectie Kinder- en Jeugdpsychologie stuurde een brief naar alle leden, om iedereen die met slechthorende kinderen werkte in contact met elkaar te brengen. Die leden bezochten vervolgens het doveninstituut in Gestel'

Leest verslag van dat bezoek voor uit het archief: "Ze waren onder de indruk in Gestel van de royale wijze waarop het instituut is op gezet. En dat geldt ook voor de vorstelijke wijze waarop we hier zijn ontvangen. Tussen de koffie, het voortreffelijk diner en de thee was er gelukkig ook nog tijd voor het wetenschappelijk gedeelte. Na dit bezoek is de WAG opgericht en werd de eerste bijeenkomst gehouden bij de NSDSK, de organisatie waar ik nu werk, heel toevallig!

In de jaren die volgen zie je dat intelligentietesten veel worden besproken. Hoe neem je die af, en hoe betrouwbaar zijn ze voor deze doelgroep? En er wordt veel gepleit voor gebarentaal. Begin jaren '70 was dat namelijk absoluut niet aan de orde. Op veel plekken mocht je zelfs geen gebarentaal gebruiken, men was bang dat dit de taalontwikkeling in de weg zou zitten. Pas in de jaren '90 vond er een grote omslag plaats. En nu is de erkenning van de Nederlandse gebarentaal eindelijk een feit. In 1996 werd daarover nog een WAG-bijeenkomst gehouden, in het archief lees ik dat de ondersteuning voor de erkenning "meer zou zijn dan alleen maar een gebaar". Gebarentaal wordt de laatste tijd steeds zichtbaarder in de maatschappij, kijk maar naar de persconferenties van Mark Rutte en Hugo de Jonge.

In de jaren '90 ging het ook over gehoorscreening van kinderen. Destijds werd de diagnose vaak pas gesteld rond de leeftijd van twee. Vanaf 2005 wordt bij alle kinderen in de eerste weken na de geboorte een gehoorscreening gedaan. Dat heeft voor het werkveld veel veranderd. Gehoorverliezen worden nu eerder opgemerkt, waardoor de behandeling veel eerder kan starten.'

Wat is er in die 50 jaar veranderd?

'Vroeger ontmoetten de WAG-leden elkaar op een zorg- of onderwijslocatie, dus dan gingen we echt allemaal bij elkaar op bezoek. Later begonnen de bijeenkomsten meer op congressen te lijken. En de diagnostiek van gehoorverliezen is vervroegd, net als die van taalontwikkelingsstoornissen. Ook technische ontwikkelingen, zoals het cochleair implantaat en hoortoestellen hebben ons werkveld erg veranderd. Daarnaast is onze kennis over de doelgroep en het wetenschappelijk onderzoek enorm toegenomen. Verder is de WAG zelf niet heel veel veranderd, we ontmoeten elkaar nog steeds en delen kennis en ervaring met elkaar.'

'Kinderen leren heel veel van ouders die met een broertje of zusje praten'

Welke thema's spelen er nu onder de psychologen uit de werkgroep?

'Als psycholoog moet je specifieke kennis van de doelgroep hebben om je werk goed te kunnen doen. Dus je moet bijvoorbeeld goed weten wat een auditieve of communicatieve beperking inhoudt en wat de impact daarvan op de ontwikkeling van een kind kan zijn. De prevalentie van sociaal-emotionele problematiek is veel hoger binnen onze doelgroep. Daar moet je als psycholoog alert op zijn. De communicatie tussen de psycholoog en het kind moet goed zijn. Dove en slechthorende kinderen gebruiken bijvoorbeeld vaak gebaren in de communicatie met anderen. Kinderen moeten ook de mimiek van het gezicht goed kunnen zien. Als je een test afneemt moeten die voorwaarden optimaal zijn. Hoe je dat nu goed aanpakt, blijft eigenlijk altijd een thema binnen de werkgroep. Onze doelgroep krijgt bijvoorbeeld enkel dingen mee die echt tot hen gericht zijn, en veel minder uit de omgeving. Terwijl je als kind juist ook heel veel leert van je ouders die met je broertje of zusje een gesprek hebben. Daar moet je je als psycholoog allemaal bewust van zijn.'

Gaan jullie dit jubileum nog vieren?

'Vanwege corona hebben we de viering uitgesteld naar oktober dit jaar. We willen elkaar echt ontmoeten, liever niet online. In de aanloop naar het jubileumcongres geven we twee webinars die alle NIP-leden kunnen bijwonen.'

Hoe zien de komende 50 jaar van deze werkgroep eruit?

'Hopelijk kunnen we meer webinars organiseren en daarmee beter inspelen op de behoeftes uit het veld. Ik zou eigenlijk ook meer de verbinding tussen de wetenschap en praktijk willen maken, en die in beide richtingen versterken.'

TERUGKIJKEN?
Alle webinars van het NIP zijn terug te kijken via
psynip.nl/webinars

DE WERKDAG VAN...

Daphne Metsemakers

Docent aan de Hogeschool Utrecht en psycholoog en coach in haar eigen praktijk.

'Sinds vorige week werk ik als docent en onderzoeker aan de Hogeschool Utrecht bij de masteropleiding *Innovatie in Zorg en Welzijn*. Momenteel word ik volledig online ingewerkt. Ik maak kennis met mijn nieuwe collega's en kijk toetsen na. Zo leer ik het curriculum en de manier van beoordelen goed kennen.

Daarnaast heb ik een eigen praktijk. Meestal spreek ik cliënten overdag en soms ook 's avonds. Ik geef therapie en coaching. Afhankelijk van de vraag van de cliënt kijk ik of coaching of therapie beter past. Doorgaans geef ik therapie als cliënten klachten hebben, bijvoorbeeld van somberheid of angst. En coaching als het vraagstuk meer over werk gaat en een cliënt bijvoorbeeld wil leren om beter te functioneren.

Ik combineer mijn werk voor de hogeschool en mijn eigen praktijk. Op dit moment volg ik ook nog een cursus *Acceptance and Commitment Therapy*. Ik wil graag bijblijven met betrekking tot nieuwe ontwikkelingen en inzichten. Tot slot zit ik in het bestuur van de sectie Arbeid- &Organisatiepsychologie, met als portefeuille Arbeid en Gezondheid. Ik wil me graag inzetten voor meer zichtbaarheid en erkenning van de arbeids- en gezondheidspsycholoog.

Zijlijn

De rode draad in alles wat ik doe heeft te maken met de overlap tussen werk en gezondheid. Werk neemt in een mensenleven een belangrijke plek in. Voor je identiteit. Maar ook omdat werk mensen heel gelukkig, maar helaas ook heel ongelukkig kan maken. Dat vind ik interessant.

De combinatie van aan de hogeschool werken en therapie en coaching geven werkt goed voor mij omdat ik op die manier verschillende perspectieven in kan nemen. Als coach of therapeut kijk je vanaf de zijlijn mee. Terwijl je als docent, werknemer, leidinggevende of coördinator vanuit een andere hoek kijkt. Ik vind het waardevol al die posities te hebben gehad. Ik heb bijvoorbeeld geleerd hoe ingewikkeld het is om leidinggevende te zijn toen ik zelf een tijdje als manager werkte. Je loopt tegen dezelfde dingen aan als de mensen aan wie je leidinggeeft maar je moet tegelijk zorgen dat het goed met hen gaat en je ze faciliteert om hun werkzaamheden te kunnen doen.

'Ik heb geleerd hoe ingewikkeld het is om leidinggevende te zijn toen ik zelf een tijdje als manager werkte'

Samenwerken vind ik het leukste. Ik zou daarom ook niet alleen maar een eigen praktijk willen hebben, in mijn eentje. Ik vind het dan ook extra leuk dat docenten aan de Hogeschool Utrecht bij de master waar ik nu werk, samen lesgeven. Je staat samen voor de klas en hebt ook voor de klas discussies met elkaar, waardoor je van en met elkaar leert. Ik moet nog gaan starten met het lesgeven, maar dat is het idee. De uitdaging is eerst om het overzicht in mijn nieuwe werk te krijgen op de hogeschool. Het plan is dat ik me daar ook ga voorbereiden op een promotietraject.'

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**

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.

Pleidooi voor bescheidenheid

Mensen zijn ingewikkeld
Floortje Scheepers (2021)
Amsterdam: Arbeiderspers, 240 p.

Recensent: Vittorio Busato

Hebben mensen met psychische problemen een hersenstoornis, of dan toch op zijn minst een afwijking? Zijn die mensen ziek? Zijn mensen niet veel te complex om echt begrepen te worden?

Het zijn enkele van de vele vragen die Floortje Scheepers, hoogleraar Innovatie in de GGZ en medisch afdelingshoofd psychiatrie in het UMC Utrecht, stelt in haar prikkelende en lezenswaardige boek Mensen zijn ingewikkeld. Een rake (en ware) titel die zich vooral ook laat lezen als een pleidooi voor bescheidenheid, misschien zelfs wel als een lichte teleurstelling in de pretenties van haar eigen vakgebied. Baanbrekende resultaten blijven uit. Harde, objectieve biomarkers voor psychische stoornissen zijn bijvoorbeeld nog altijd niet gevonden, psychiatrische symptomen kunnen vooralsnog alleen vastgesteld worden door te luisteren naar een verhaal. Het verbaast Scheepers niet: 'Wat altijd onbegrijpelijk zal blijven, is misschien de essentie van wie we zijn.'

In zeven hoofdstukken beschrijft Scheepers prikkelend en toegankelijk hoe ze is gaan denken over psychiatrie en mentale ontregeling. Elk hoofdstuk sluit ze af met een debat met inspirerende mensen die haar pad hebben gekruist en haar wijzer hebben gemaakt zoals onder meer collega-psychiater Jim van Os, schrijver Arnon Grunberg en psycholoog Denny Borsboom. Die laatste beaamt dat mensen ingewikkeld zijn. 'Een van de allermooiste ontwikkelingen in de geschiedenis van de wetenschap is het periodiek systeem van de elementen van Mendelejev, aldus Borsboom, zelf grondlegger van de netwerktheorie over psychopathologie. 'Maar waterstofatomen interesseert het echt geen bal in welk hokje ze zijn ingedeeld, terwijl dat wel uitmaakt voor mensen.'

Deze recensie verscheen eerder in *Medisch Contact*.

ADVERTENTIE

Stress! Herken jij de signalen?

Nicolien Dellensen
Talent Scanner Test design & Publishing. Prijs: €24,95
www.sphereofinfluence360.com/store

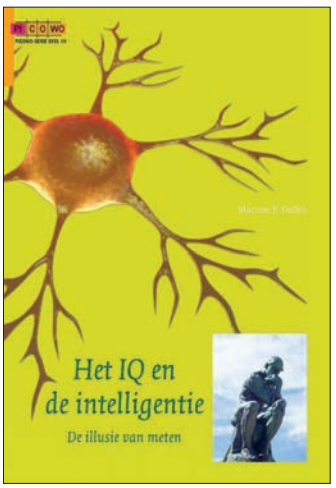
Hoe reageer jij onder druk?
Welke signalen herken jij?

We hebben allemaal onze eigen manieren ontwikkeld om succesvol met stressvolle situaties om te gaan. Om onszelf te beschermen en onze onzekerheid te verbergen. Zo zal de één in een spannende situatie geïrriteerd of sarcastisch reageren, waar de ander juist TE aardig blijft of zijn of haar ongemak probeert te verbergen door zenuwachtig te gaan giechelen of te snel te gaan praten.

Deze 50 prachtig geïllustreerde coachkaarten zijn een intuïtief en inspirerend hulpmiddel om op een zeer laagdrempelige manier de reacties op stressvolle situaties van jouw cliënten, coachees, deelnemers of medewerkers te achterhalen. Vervolgens bepaal je samen hoe zij hier effectiever mee om kunnen gaan.

Ontvang 20% korting als NIP-lid met code: NIPMAART (geldig tot eind maart).

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



Tegen het IQ

Het IQ en de intelligentie: de illusie van meten
Door: Martine F. Delfos (2020)
Amsterdam: Uitgeverij SWP, 144 p.

Recensent: Karel Soudijn

Martine Delfos bewandelt twee hoofdwegen. Ze leest een aantal oorspronkelijke publicaties van Alfred Binet (1857-1911), de Franse grondlegger van het onderzoek naar intelligentie, en ze oefent kritiek uit op het gebruik van IQ-tests door latere psychologen. Het werk van Binet levert twee inzichten op. Ten eerste: wie mensen test, moet er rekening mee houden dat de verkregen scores voor een deel worden bepaald door de situatie waarin het onderzoek plaatsvond. Een respondent reageert niet alleen op de gestelde vragen, maar bijvoorbeeld ook op de persoon van de proefleider. Ten tweede: testscores geven een indicatie van 'zwakke plekken' in iemands functioneren. De scores moeten vooral niet worden geïnterpreteerd in termen van 'vaste kenmerken'. Aan zwakke plekken kan via onderwijs worden gewerkt.

De kritiek op latere versies van intelligentietests draait om de tegenstelling tussen zwakke plekken en vaste kenmerken. Met name in de Verenigde Staten werd intelligentie algauw opgevat als een score die tijdens het leven van een individu nauwelijks verandert. Daarmee kreeg de test volgens Delfos de rol van sorteermachine. IQ-tests zouden bijvoorbeeld bruikbaar zijn als instrument tot 'rasverbetering'. Wie laag scoort, zo dachten sommige psychologen, moet minder kans krijgen om zich voort te planten.

Delfos laat in dit boek flinke stukken geschiedenis buiten beschouwing. Ze geeft ook geen goed overzicht van intelligentietests die momenteel in Nederland in omloop zijn, en wat onderzoek naar betrouwbaarheid en validiteit opleverde. Wel slaat ze enkele zijpaden in, door snel even te wijzen op het belang van onderzoekers zoals Piaget (1896-1980), Vygotsky (1896-1934) en Feuerstein (1921-2014), onderzoekers die bijzondere aandacht schonken aan de ontwikkeling van het denkvermogen van kinderen. Ook is het wel aardig dat Delfos laat zien dat het psychiatrische handboek DSM bij de beoordeling van verstandelijke beperking vroeger meer gewicht toekende aan IQ-scores dan in de meest recente editie.

Aan het eind nam Delfos een rapportage op, die zij bij een rechtszaak in hoger beroep uitbracht. In deze bijlage betoogt zij uitvoerig dat de appellant, een 26-jarige man, op zesjarige leeftijd een zeer laag IQ heeft gekregen dat enorm afwijkt van scores die hij op latere leeftijd behaalde. Door het eerstgenoemde onderzoeksresultaat zou hij in zijn verdere ontwikkeling sterk beperkt zijn. Kort samengevat: Delfos uit forse kritiek op wat de gevolgen waren van een score die twintig jaar eerder werd verkregen. Helaas vergeet Delfos in deze bijlage te vermelden waar de rechtszaak nu eigenlijk over ging. Tegen welke uitspraak ging de 26-jarige in beroep? We krijgen alleen te lezen, dat hij zijn hoger beroep verloor. Daarmee blijft echter onduidelijk in hoeverre de rapportage van Delfos in deze juridische procedure zinvol was. Misschien was zij zo geobsedeerd door IQ-problemen, dat zij niet in de gaten had waar de rechtszaak eigenlijk om draaide.

Dit boek heeft een naïeve kant: Delfos bekent dat zij zelf nog nooit een intelligentietest heeft afgenomen. Praktische tips kan zij ons eigenlijk niet geven.

Dr. Karel Soudijn is verbonden aan de Universiteit van Tilburg. E-mail: k.a.soudijn@tilburguniversity.edu.

Speelse statistiek

Bayesiaans denken voor peuters
Door: Eric-Jan Wagenmakers (2020)

Recensent: Don van Ravenzwaaij

Het begon allemaal een beetje als een grap: ik had voor kerst het boek *Bayesian Probability for Babies* van Chris Ferrie gekregen van mijn studenten. Dit boekje was bedoeld voor mijn 11 maanden oude dochter Aurora en ze bleek zowaar enigszins geïnteresseerd als ik voorlas (heeft denk ik vooral met de koekjes in het boek te maken). Toen ik Ferrie's boek met Eric-Jan Wagenmakers (mijn voormalige PhD-begeleider) besprak, bleek dat hij het zelf ook reeds in bezit had, maar er toch wel wat op aan te merken had. Zo ging Ferrie's boek niet in op kansen als 'degree of belief' en was er ook geen expliciete 'updating' van de 'degree of belief'. Kort en goed, Wagenmakers kon dat beter, zo claimde hij (en ik was enigszins sceptisch).

Nu dan, Wagenmakers heeft de daad bij het woord gevoegd en gelijk maar de doelgroep iets aangepast (een dreumes is allicht ontvankelijker voor deze materie dan een baby). Het boek illustreert Bayesiaanse statistiek aan de hand van een tante die de kennis van haar twee nichtjes op het gebied van dinosaurussen test. Deze zaak moet niet licht genomen worden: er staan 14 koekjes op het spel! We leren dat een triceratops drie hoorns op het hoofd heeft en een stegosaurus vier stekels op de staart, en hoe we onze mate van geloof moeten aanpassen in het licht van nieuwe data.

De tool van de wetenschapper is het experiment, ik besloot dus de proef op de som te nemen met mijn (inmiddels 21 maanden oude) dochter. Het plan: iedere ochtend zou ik mijn dochter het boek van Ferrie en dat van Wagenmakers aanbieden en noteren welk van de twee ze koos. Ik begon met het a-priori geloof (de zogenaamde 'prior' in Bayesiaanse statistiek) dat Aurora geen voorkeur had (en er dus iedere ochtend een fifty-fifty kans was dat een van beide boeken werd gekozen) en testte de hypothese dat ze een voorkeur had voor het boek van Ferrie tegen de hypothese dat ze een voorkeur had voor het boek van Wagenmakers. Ik zou net zo veel ochtenden doorgaan met testen tot de data ten minste tien keer zo waarschijnlijk zouden zijn onder de ene hypothese als onder de andere. De data maakten het mij gemakkelijk: Aurora koos drie ochtenden op rij voor het boek van Wagenmakers, een datapatroon dat 15 keer zo waarschijnlijk is bij een voorkeur voor het Wagenmakers-boek als bij een voorkeur voor het Ferrie-boek.

Enige factoren die de waarde van het experiment in twijfel kunnen trekken: het ene boek is glimmend mooi en nieuw, het andere zeer zeker niet. Het ene heeft een plaatje van een prinses op een dinosaurus op de voorkant, de ander reageerbuisjes en klinisch uitziende speentjes. Het ene boek was 'oud nieuws', het ander niet.

Hoe dan ook, het rijk geillustreerde *Bayesiaans Denken voor Peuters* legt Bayesiaanse statistiek op een speelse manier uit. Mogelijk nog iets te hoog gegrepen voor uw dreumes, maar die kan altijd nog naar de dino's kijken!

Dr. Don van Ravenzwaaij is universitair hoofddocent bij de afdeling Psychometrie en Statistiek aan de Rijksuniversiteit Groningen. E-mail: d.van.ravenzwaaij@rug.nl.

– WORK IN PROGRESS –

Een pilletje meer of minder

Dalena van Heugten, universitair docent psychologie aan Maastricht University, werkt aan een publieksboek over het belang van slaap voor onze mentale gezondheid. Daaruit zal zij deze jaargang in deze rubriek enkele fragmenten publiceren.

Er is geen enkel slaapmiddel op de markt dat je een natuurlijke nachtrust kan bezorgen. Dat klinkt misschien gek, want het nemen van een slaappil zorgt er echt wel voor dat je niet wakker blijft. Maar het resultaat is iets anders dan slapen. Het lijkt meer op verdoven. Het is niet verwonderlijk om de twee met elkaar te verwarren; je raakt immers in beide gevallen onder zeil. Maar wat er gebeurt in de hersenen wanneer je een slaappil hebt genomen, is hetzelfde als bij alcohol: de hogere hersengebieden worden knock-out geslagen zodat je hersenen minder signalen afvuren. Als je gaat kijken naar de activiteit in de hersenen tijdens de diepe slaap, zul je zien dat de grootste, diepste hersengolven ontbreken en dat maakt de kwaliteit van de slaap ronduit ondermaats.

Bovendien zorgen slaappillen voor allerlei vervelende bijwerkingen: je voelt je suf en vergeetachtig de volgende dag en hebt een tragere reactiesnelheid. Dat kan de rijvaardigheid beïnvloeden. Het zijn dit soort bijwerkingen die voor een vicieuze cirkel zorgen. Als je je suf voelt overdag, ben je geneigd om toch die extra kop koffie te pakken zodat je beter op gang komt. De cafeïne in de koffie maakt het weer lastig om 's avonds op tijd in slaap te vallen en dat verergert de slapeloosheid. Dan maar een half pilletje extra om de werking van de cafeïne tegen te gaan? Het is al snel duidelijk: de volgende dag is de sufheid nóg erger en de kans op koffieleuten nog groter. Je belandt in een neerwaartse spiraal.

Slaappillen zijn bovendien fysiek verslavend en ze worden in verband gebracht met een grotere overlijdenskans. Denk hierbij aan auto-ongelukken met een dodelijke afloop of een verhoogd risico op kanker. Bovendien blijken deze geneesmiddelen de slaap maar mondjesmaat te verbeteren, en enkel in de subjectieve beleving. Wetenschappers stellen daarom dat het effect van de huidige slaapmedicatie minimaal is en dat we ons zouden moeten afvragen of het een juiste behandelwijze is.

EEN KIJKJE IN DE SLAAPKLINIEK

In de psychologische wereld is er hard gewerkt aan alternatieven. Als je last hebt van slaapproblemen, is de eerste stap die je maakt – nadat je oma's huis-, tuin- en keukenmiddeltjes uitvoerig hebt geprobeerd zonder succes – om naar de huisarts te gaan. In veel gevallen zal het gaan om slapeloosheid; dan kan de huisarts doorverwijzen naar een psycholoog voor een slaapcursus (CGTi; cognitieve gedragstherapie voor insomnie). Bij twijfel kan er worden doorverwezen naar een slaapkliniek voor gespecialiseerd onderzoek. Hier weten de slaapfysiologen alles over slaap en beschikken zij bovendien over de apparatuur om de slaap objectief te meten.

Om een idee te krijgen van hoe het eraan toegaat in een slaapkliniek, voerde ik een interview met somnoloog Dr. Rachel Sharman uit Oxford (UK). Ik vroeg haar hoe het eraan toegaat in een slaapkliniek.

Sharman: 'Als mensen worden doorverwezen naar de kliniek, dan gaat het erom een goede polysomnografie (PSG) meting te maken, zodat we kunnen zien wat er gebeurt tijdens hun slaap. We zijn eerst een hele tijd bezig om allemaal elektrodes op het hoofd en gezicht te plakken met tal van draden. Om de borst en buik bevestigen we elastieken banden met meetapparatuur daaraan vast waar al die draden in klikken. Maar we kunnen daarmee ook hartslag, bloeddruk, en allerlei andere zaken meten. Je slaapt dan in een ziekenhuisbed en er zijn allerlei monitors en camera's aanwezig

in de kamer. Het is helaas niet de meest aantrekkelijke opzet om te gaan slapen.'

'Ik zie maar weinig mensen met insomnie, terwijl dit toch het meeste voorkomt. Dat komt omdat bij insomnie PSG vaak niet wordt aanbevolen. Sterker nog, dit wordt meestal afgeraden en mensen met insomnie worden direct verwezen voor een psychologische behandeling door de huisarts.'

Op mijn vraag waarom PSG wordt afgeraden bij insomnie, vervolgt Sharman: 'In het lab gebeurt er bij insomnie vaak iets heel tegenstrijdigs: patiënten slapen heel goed in het lab terwijl ze thuis niet kunnen slapen. Dan hebben we dus niks aan de metingen. Ik herinner mij een vrouw met insomnie, die hier al vele jaren last van had. Bij insomnie spelen er vaak factoren die iemand kwetsbaar kunnen maken voor het ontwikkelen van insomnie, zoals de genen. Dan gebeurt er meestal iets verontrustends, een negatieve levensgebeurtenis die het leven op de kop zet en de slaap verstoort. Hierdoor ontwikkelt iemand slechte slaappatronen, die vervolgens aanhouden zelfs als de initiële stressor allang weer voorbij is. Het zijn die gedragingen die ervoor zorgen dat de slapeloosheid aanhoudt. Dat was typisch te zien bij deze vrouw. Zij was zo bang geworden dat ze niet zou kunnen slapen, omdat ze al zo lang zo slecht sliep, dat ze haar bed tragisch genoeg omschreef als een 'bed van doornen'. Ze was erg gestrest om erin te gaan liggen, vond het een verschrikkelijke, onaantrekkelijke plek, die oncomfortabel was om in te liggen. Het trauma van niet-slapen bracht haar ertoe haar bed te zien als een doornenstruik.'

Deze vrouw zei tegen Sharman in het lab (die het monitoren van haar slaap overnam zodat zij dit zelf niet meer hoefde te doen) dat dit zorgde voor het verdwijnen van de slapeloosheid die nacht. Doordat ze de controle kon loslaten, kon ze eindelijk ontspannen.... En slapen.

HET KLINKT ALSOF HET GAAT OM MENSEN DIE ZICH ERG BEZORGD OF ANGSTIG VOELEN. HOE ZORG JIJ ERVOOR DAT JE JE WERK GOED DOET?

'In het lab zien we vooral heel veel geweldige en fijne mensen, die vaak inderdaad erg angstig zijn. De beste slaapfysioloog is degene die beseft dat je iets enorm invasiefs doet, terwijl je handelingen compleet non-invasief zijn. Ik lijm immers hooguit wat plakkers op je hoofd. Maar je bent in een kliniek die toch veel lijkt op een ziekenhuis, je hebt een camera op je neus, je bevindt je niet op een eigen veilige plek, er zijn allemaal mensen om je heen die dichtb ij je zijn twee uur voordat je naar bed gaat. Dat is allemaal heel onprettig. Voor mij bestaat 99% van mijn werk uit ervoor zorgen dat een patiënt zich zó veilig en op zijn gemak voelt bij mij dat hij kan gaan slapen, ook al weet je natuurlijk dat je in een ziekenhuisbed ligt in een klinische omgeving. Een goede slaapfysioloog is net als de kapper, de buurvrouw, de tante, degene met wie je gewoon kunt zitten en kletsen, en bij wie je je ontspannen voelt. En daarom slapen mensen met slapeloosheid prima in het lab, want jij neemt de stress weg.'

'Er is geen enkel slaapmiddel op de markt dat je een natuurlijke nachtrust kan bezorgen'

WAT IS DE KERN BIJ HET BEHANDELEN VAN SLAAPPROBLEMEN?

'Je kunt iemands slaap behandelen met pillen of een fles tequila. Met andere woorden, je kunt mensen gemakkelijk in slaap krijgen, maar het gaat allemaal om de persoonlijke ervaring. Het is een biologisch proces dat gedreven wordt door de psyche. Je lichaam moet klaar zijn voor slaap, maar ook jij moet klaar zijn voor slaap. Je kunt tegen je slaap vechten zelfs als je lichaam erom schreeuwt. Als ik aan mensen vraag hoe ze hun persoonlijke dag ervaren, dan hoor ik dingen als: "Ik ben altijd aan het rondrennen in een mist." Of: "Ik voel me als een mislukkeling omdat ik niet kan slapen, want dat is toch het meest simpele wat er is." Waar het in de kern om gaat, is het doorbreken van al deze foutieve overtuigingen.'

'Het is heel fijn om te zien wanneer je met deze mensen spreekt die met CGTi bezig zijn, dat ze zich beter gaan voelen als ze hun slaap herstructureren. En ze beschrijven het als een mist die weggetrokken is. Of soms gebruiken ze zelfs de bekende analogie uit de depressie: als de zwarte hond die weg is. Ze voelen zich lichter, vrijer, en beter om met andere mensen sociaal te zijn. En dat is erg mooi.'

INSPIRATIE – KENNIS DELEN

Marissa van der Sluis, *docent aan de afdeling klinische psychologie van de Universiteit van Amsterdam en oprichter van De Podcast Psycholoog.*

'Tijdens mijn werk als psycholoog merkte ik dat ik in mijn behandelkamer steeds dezelfde dingen aan mijn cliënten uitlegde. Ik vertelde ze bijvoorbeeld wat angst is, hoe het vermijden van iets waar voor je bang bent juist tegen je kan werken, hoe somberheid erger wordt, en wat je daartegen kunt doen. Cliënten waren daarmee geholpen, ik zag soms het kwartje vallen. Maar ik concludeerde ook dat ik eigenlijk te laat was met het geven van die uitleg. Daarnaast begon er tijdens het lesgeven iets te knagen. Terwijl ik studenten leerde hoe je goed luistert en hoe je emoties van een ander opvangt, vroeg ik me af waarom onze handleiding niet aan iedereen wordt aangereikt?

In diezelfde periode kwam een vriend van me naar me toe. Hij had een vriend van hem willen troosten omdat diens moeder was overleden, maar dat mislukte. Het was maar een kort gesprek geweest en hij had het gevoel dat wat hij zei totaal niet aankwam. Daar baalde hij van. Met kennis over gespreksvoering in mijn achterhoofd bespraken we hoe hij het anders kon aanpakken.

Troosten is altijd goed bedoeld en niet makkelijk. Vaak willen we de negatieve emoties bij de ander wegnemen of iemand afleiden om de pijn te verzachten. Soms helpt dat, maar de ander kan zich daardoor juist ook in de kou gezet voelen, of het gevoel krijgen dat er geen aandacht was voor zijn of haar verdriet. Als je iemand wilt troosten, is het belangrijk stil te staan bij de emoties van de ander. Dat doe je onder meer door goed te luisteren, vragen te stellen. Of door te vragen of iemand het misschien juist wel fijn vindt een beetje afgeleid te worden.

Die vriend van me was erg blij met deze tips. De volgende keer voelde hij dat het troosten wel effect had. Deze tips heeft hij ook weer aan vrienden doorgegeven en zo kwam het dat hij vroeg: "Waarom ga je deze kennis niet nog breder delen?" Daar is toen voor het eerst het idee voor *De Podcast Psycholoog* ontstaan.

TABOE

Ik zag ook dat veel mensen zich schamen als ze professionele hulp nodig hadden. Of dat ze denken dat ze echt gek moeten zijn om met een psycholoog te gaan praten, wat gek dan ook mag betekenen. Veel cliënten die ik sprak, durfden aanvankelijk niet eens met familie of vrienden te praten over waarmee ze zaten. Deden ze dat later toch, dan vonden ze dat doorgaans erg fijn.

Met *De Podcast Psycholoog* wil ik enerzijds dat taboe doorbreken en de psycholoog minder eng maken. Anderzijds ben ik het ook eens met die drie Vlaamse psychiaters (*Dirk De Wachter, Paul Verhaeghe, Damiaan Denys, red.*): we zijn het een beetje verleerd om met de moeilijke dingen uit het leven om te gaan. Misschien hebben we het vaak niet eens geleerd. Maar ik vind wel dat die drie te weinig aandacht schenken aan hoe het dan wel moet. Ik probeer die handvaten te bieden.

In mijn eerste poging de podcast te maken, werkte ik alleen. Ik miste een klankbord en heb daarom een van mijn beste vriendinnen, Leonie van Dijk, gevraagd om samen het concept uit te denken. Hier hebben we een jaar over gedaan. Elke vrijdagmiddag zaten we in de lobby van een hotel in Amsterdam. Vervolgens benaderden we veel mensen uit ons netwerk en vonden we iemand voor de voice-over, de muziek, enzovoorts. Vlak voor de eerste aflevering bezochten we het Podcastfestival en volgden we allerlei workshops. Aan het einde van die dag keken Leonie en ik elkaar aan. Ik zei: "Volgens mij hebben we alle kennis in huis. We moeten het nu gewoon gaan doen!"

De eerste aflevering gaat over troost, ik interview psychotherapeut Riekje Boswijk-Hummel. Heel spannend! Tegelij-

FOTO: PETER VALCKX

kertijd voelde ik me direct als een vis in het water. Ik wist meteen: dit is het voor mij. Alles valt op zijn plek. Ik vind het ook leuk om nieuwe mensen te ontmoeten en om met wetenschap bezig te zijn.

Uit elke podcast steek ik zelf ook wel iets op. Uit de podcast over gewoontes veranderen, leerde ik over implementatie-intenties. Om het voor iedereen begrijpelijk te maken, heb ik daar het 'als-dan-plan' van gemaakt. Ik wil al lang eerder gaan slapen en sinds die aflevering zet ik nu steeds 's avonds een wekker. Áls die afgaat, dán moet ik al mijn schermen afsluiten. Dat werkt wel.

'Waarom wordt onze eigen handleiding niet iedereen aangereikt?'

Binnenkort gaan we een podcast over pedofilie opnemen. De gast van de aflevering stelde het zelf voor. Ik moest toen wel even slikken, want daar gaan negatieve reacties op komen. Maar het is taboedoorbrekend en dat is uiteindelijk wat ik wil.

De podcast wordt steeds populairder. In Spotify staan we inmiddels in de top 20 van meest beluisterde podcasts in Nederland. Mijn werk als therapeut heb ik daarom opgezegd, drie banen combineren werd te veel. Ik vind het spannend dat we zo bekend worden. Ik voel door die bekendheid steeds meer verantwoordelijkheid. Bijvoorbeeld om namens de beroepsgroep het juiste te doen en de psychologie in een goed daglicht te zetten. Er komt veel op me af. Ik krijg allerlei interviewverzoeken en adviezen. De grootste uitdaging is nu, denk ik, om zoveel mogelijk bij mezelf te blijven.'

SEKSEVERSCHILLEN IN DE HERSENEN

ANITA KUPPENS

FOTO: MONKEY BUSINESS IMAGES/SHUTTERSTOCK.COM

FORUM

EEN BIOLOGISCH GEGEVEN OF HET GEVOLG VAN CULTURELE PRAKTIJKEN?

SEKSEVERSCHILLEN IN DE HERSENEN

Na het overlijden van Copernicus duurde het nog 200 jaar voordat werd geaccepteerd dat de aarde om de zon draait en de zon niet om de aarde. Mogelijk gebeurt iets vergelijkbaars met recente inzichten uit de neurowetenschap over sekseverschillen, stelt Anita Kuppens. 'Een sociale omgeving die onderscheid maakt naar sekse, produceert ook een naar sekse gedifferentieerd brein.'

In 2018 ben ik, in het kader van het ontwikkelen van een onderzoeksvoorstel, op zoek geweest in het archief van Atria: kennisinstituut voor emancipatie en vrouwengeschiedenis in Amsterdam. In een tijdsbestek van een halve dag ontdekte ik dat onderwijsprojecten die gedurende de tweede feministische golf in Nederland werden ontwikkeld door de stichting Marie, word wijzer! stuitten op tegenwerking van wethouders en schoolbesturen. Het ontwikkelde voorlichtingsmateriaal, de projecten, musicals en affiches bereikten slechts mondjesmaat het primaire onderwijs. Schoolbesturen en wethouders wilden het materiaal niet in het onderwijs inzetten omdat zij het discriminatie, alleen geschikt voor meisjes of zelfs kinderachtig vonden. De stichting Marie, word wijzer! had als doel de verbetering van de positie van

Het is een gegeven dat de hersenen van mannen gemiddeld genomen groter zijn dan de hersenen van vrouwen – wat gevolgen heeft voor alle structuren in de hersenen

meisjes in het onderwijs en op de arbeidsmarkt en was actief van 1971 tot en met 1987.

Op basis van recent onderzoek in de neurowetenschappen lijkt het er sterk op dat feministen uit de tweede feministische golf, die ijverden voor veranderingen in de culturele omgeving voor het bereiken van gelijkwaardige posities van vrouwen en mannen in onderwijs en op de arbeidsmarkt, in grote mate gelijk hadden.

DE EVOLUTIE VAN HET METEN VAN VERSCHILLEN

Om door middel van onderzoek zicht te krijgen op activiteit in de hersenen heeft zich in de loop van de twintigste en eenentwintigste eeuw een evolutie aan technieken voorgedaan. Elektro-encefalografie ofwel EEG was van 1924 tot 1970 de primaire bron van informatie over activiteit in de menselijke hersenen. Vanaf 1970 werd de positronemissietomografie (PET) techniek ontwikkeld. Deze techniek maakt gebruik van het gegeven dat wanneer bepaalde activiteit in de hersenen toeneemt, ook de hoeveelheid bloed in dat deel van de hersenen toeneemt. PET was een betere indicator dan EEG voor het vaststellen van de locatie van activiteit in de hersenen, maar het gebruik van radioactieve isotopen riep ethische vragen op en beperkte de mogelijkheid voor het onderzoeken van de hersenen van kinderen en vrouwen. In de jaren negentig van de vorige eeuw werd de PET-scan vervangen door *functional magnetic resonance imaging* (fMRI). Deze techniek werkt in principe hetzelfde als PET – alleen leg je nu iemand in een scanner met een sterk magnetisch veld waardoor je bloed-zuurstof-afhankelijke responsen kunt meten. De output van de scanner kan vertaald worden naar gekleurde beelden die een afspiegeling zijn van wat er zich afspeelt in de hersenen. De eerste fMRI-studies beloofden inzicht te bieden in processen in de hersenen die we daarvoor alleen maar konden vermoeden.

Met behulp van fMRI werd het onder andere mogelijk onderzoek te doen naar sekseverschillen in de hersenen waarbij zeker verschillen werden gevonden zoals een verschil in omvang tussen het corpus callosum van mannen en vrouwen. Het is een gegeven dat de hersenen van mannen gemiddeld genomen groter zijn dan de hersenen van vrouwen – wat gevolgen heeft voor alle structuren in de hersenen. Het fundamentele probleem is echter dat hersenonderzoekers onzeker zijn over wat de relatie is tussen de omvang van een hersenstructuur en het gedrag dat met de gemeten hersenstructuur samenhangt. Uit onderzoek naar het trainen van vaardigheden is gebleken dat hersenstructuren die gekoppeld zijn aan bepaalde vaardigheden in omvang toenemen met het verwerven van die vaardigheid (Rippon, 2019).

Kwantitatief is er een correlatie en kwalitatief een associatie, maar een oorzaak-gevolgrelatie is kortom nog niet vastgesteld. Door middel van fMRI weten we dat verschillende delen van de hersenen interacteren met andere delen en hoe verschillende netwerken gevormd worden, maar ook weer kunnen verdwijnen. Dit betekent dat we eigenlijk nooit vast kunnen stellen dat er een directe relatie is tussen een bepaalde hersenstructuur en een hersenfunctie. Er bestaat geen een-opeen relatie tussen een bepaalde vaardigheid en een vastgesteld deel van de hersenen.

Wanneer psychologen onderzoek doen naar verschillen tussen twee groepen, zoals verschillen tussen mannen en vrouwen (sekseverschillen), dan wordt door middel van een statistische t-toets vastgesteld of deze verschillen significant zijn. Een significant verschil betekent dat de gemeten verschillen zich niet alleen in deze toevallige steekproef voordoen, maar wijzen op een bestaand verschil. Toch maskeert zo'n gevonden significant statistisch verschil vaak dat er een enorme overlap bestaat tussen beide groepen. Dit betekent dat je nooit betrouwbaar kunt voorspellen hoe een lid van een bepaalde

groep een taak zal uitvoeren. Hoe bijvoorbeeld een vrouw een driedimensionale puzzel gaat oplossen. De leden van beide groepen lijken vaak meer op elkaar dan dat ze verschillend zijn. Zelfs wanneer er sprake is van een significant verschil.

Een manier om de mate van overlap tussen de twee groepen vast te stellen is het berekenen van de effectgrootte. Deze kun je berekenen door het verschil tussen de gemiddelden van beide groepen te delen door de standaarddeviatie. De effectgrootte geeft inzicht in hoe betekenisvol het gevonden significante verschil tussen beide groepen is. Als de effectgrootte klein is, bijvoorbeeld rond de .2 of .3, dan betekent dit dat de overlap tussen beide groepen bijna negentig procent is. Zelfs een gemiddelde effectgrootte van .5 betekent een overlap van boven de tachtig procent.

Kortom: als we het hebben over gevonden sekseverschillen in wetenschappelijk onderzoek, dan moeten we ons ervan bewust zijn dat beide groepen overlap vertonen. De effectgroottes van veel gepubliceerd onderzoek naar sekseverschillen is klein, namelijk niet meer dan .2 of .3. Dit betekent dat het kennen van iemands geslacht geen betrouwbare voorspeller is voor hoe goed of slecht deze persoon een bepaalde taak gaat uitvoeren.

DE PLASTICITEIT VAN HET BREIN

Een van de belangrijkste innovaties de laatste dertig jaar in onderzoek naar hoe onze hersenen werken is de ontdekking van de plasticiteit of kneedbaarheid van onze hersenen. Niet alleen in de eerste jaren van ons leven, maar gedurende ons hele leven. In de beginjaren van hersenonderzoek, door middel van fMRI, waren onderzoekers bezig met het in kaart brengen van kennis over welke delen van de hersenen bij welke taak actief worden. Nu hersenonderzoekers de signalen in de hersenen efficiënter kunnen lezen, komt de nadruk meer te liggen op hoe de hersenen doen wat ze doen. Op het achterhalen van veranderingen in signalen, het vormen van netwerken om problemen op te lossen of het bouwen van patronen. We beginnen te begrijpen hoe onze hersenen de informatie die de wereld aanbiedt verwerken.

Deze ontdekking van levenslange ervaringsafhankelijke plasticiteit maakt duidelijk dat de invloed van de omgeving op de hersenen bijzonder groot is – het werk dat we doen, de hobby's die we uitoefenen – zijn allemaal van invloed op de activiteit in onze hersenen en de netwerken die zich daar vormen. De vraag is niet langer of onze hersenen een product zijn van de biologie, de natuur, of van de omgeving (*nurture*), maar het wordt steeds duidelijker dat beide, *nature* en *nurture*, in de hersenen met elkaar verweven raken door onze levenservaringen (Rippon, 2019).

Het erkennen van levenslange hersenplasticiteit en de rol van externe factoren zoals ervaring en training maken dat we zekerheden uit het verleden moeten heroverwegen. Zoals de zekerheden over vastgestelde biologisch bepaalde sekseverschillen. Het begrijpen van verschillen tussen hersenen van verschillende mensen betekent dat we veel meer moeten weten dan alleen het geslacht of de leeftijd van deze persoon. Het is noodzakelijk in ogenschouw te nemen met wat voor levenservaringen iemand te maken heeft gehad. Hersenen reflecteren het leven dat iemand heeft geleefd en de training die iemand heeft gehad. Deze levenslange plasticiteit van de hersenen biedt zicht op een optimistische toekomst. Hersenen kunnen veranderen onder invloed van de ervaringen en de informatie in de wereld. Het blijkt dat de manier waarop we onze fysieke en sociale wereld inrichten onze hersenen kan veranderen. Dit betekent dat we afscheid kunnen nemen van de eerdere, als vaststaand ervaren biologische feiten. De kern van de boodschap is: een sociale omgeving die onderscheid maakt naar sekse, produceert ook een naar sekse gedifferentieerd brein.

Het kennen van iemands geslacht is geen betrouwbare voorspeller voor hoe goed of slecht deze persoon een bepaalde taak gaat uitvoeren

HET SOCIALE BREIN EN (SEKSE)STEREOTYPEN

Sociaal gedrag gaat vaak over voorspellingen. Mensen maken zich een aantal scripts eigen die verwijzen naar de sociale regels in situaties waardoor deze situaties voorspelbaar worden. Een onderdeel van deze voorspelbare scripts zijn stereotypen waaronder seksestereotypen zoals 'vrouwen zijn afhankelijk, passief en emotioneel' en 'mannen zijn agressief, hebben zelfvertrouwen en zijn avontuurlijk'. Scripts zijn manieren om snel en makkelijk een inschatting te maken van hoe iemand zich zal gedragen en hoe iemand zal reageren; ze bevatten niet noodzakelijk accurate informatie.

Stereotypen kunnen na verloop van tijd eveneens deel uit gaan maken van iemands zelfbeeld. Een gevoel van eigenwaarde is voor bijna iedereen bepaald door de mate waarin we deel uitmaken van een groep. Neurowetenschappers hebben vastgesteld dat er duidelijke parallellen zijn tussen de manier waarop onze hersenen omgaan met fysieke pijn en met sociale pijn (Rippon, 2019). Sociale pijn doet zich voor bij een dalend gevoel van eigenwaarde, bij het buitengesloten worden door een groep of bij afwijzingen. Het deel uitmaken van een groep is een essentiële voorwaarde voor het overleven van een individu, maar ook voor de vooruitgang van de soort in evolutionair perspectief. Het is belangrijk dat we goed (h) erkennen wie deel uitmaakt van de groep waartoe we zelf behoren, zodat we dat kunnen doen wat het voortbestaan van deze groep faciliteert. Mensen zijn onverbeterlijk in het maken van indelingen en categorieën en hebben ondertussen ontelbaar veel manieren gevonden om zichzelf en anderen in groepen onder te verdelen. Het gaat niet alleen om het toekennen van een label: de dimensie 'wij' versus 'zij' kan van invloed zijn op allerlei sociale processen.

Daar waar stereotypen en zelfbeeld een snijpunt vormen, wordt duidelijk wat er gebeurt in het sociale brein waardoor cognitieve processen verstoord raken. Een stereotype dreiging,'zoals vrouwen zijn slecht in natuurkunde' is van invloed op het persoonlijk functioneren van vrouwen die zich daarin willen bekwamen. De sociale categorie 'vrouwen' is voor deze bepaalde taak negatief geëvalueerd. Personen die zich begeven in situaties waarin zich stereotype dreigingen voordoen, hebben er daardoor een extra taak bij gekregen. Het leidt ertoe dat teveel cognitieve inzet gaat naar het intact houden van het gevoel van eigenwaarde en het zoveel mogelijk vermijden van fouten. Het veroorzaakt stress die voortkomt uit negatieve verwachtingen rond het kunnen volbrengen van de taak. Door de opgeroepen sociale stress en angst komt het emotie-regulatiesysteem in actie waardoor de aandacht wordt afgeleid van de eigenlijke taak die men had willen volbrengen.

Een van de eerste en duidelijkste signalen waar pasgeboren baby's mee geconfronteerd worden, en die jonge kinderen zich snel eigen maken, is het verschil tussen jongens en meisjes. Ons sociale brein is van jongs af aan op zoek naar de regels van een sociaal systeem, de voorgeschreven kenmerken en karakteristieken die het mogelijk maken om deel uit te maken van de groep waar we toe behoren. Deze informatie bevat ook stereotypen over hoe iemand die tot een bepaalde groep behoort eruit moet zien en zich moet gedragen. Ontwikkelingspsychologen hebben ontdekt dat kinderen van vier en vijf jaar zich al een duidelijk beeld hebben gevormd van de verschillen tussen mannen en vrouwen. Niet alleen hoe mannen en vrouwen eruitzien, maar ook welke beroepen ze uit kunnen oefenen. Mannen bestrijden branden en vrouwen zorgen voor zieken. Mannen steken de barbecue aan en maaien het gras, vrouwen doen de (af)was. Wanneer kinderen eenmaal hebben ontdekt tot welke groep ze behoren, zijn ze nogal rigide in het toepassen van de regels op zichzelf

Nu hersenonderzoekers de signalen in de hersenen efficiënter kunnen lezen, komt de nadruk meer te liggen op hoe de hersenen doen wat ze doen

BBC

Helaas geeft wetenschappelijke literatuur weinig praktische informatie over wat te doen als je een kind, ondanks een roze/blauw gekleurde culturele omgeving, een genderneutrale start wilt geven. De beperkende seksestereotypen bevinden zich in de omgeving. Daarom is het aan te raden deze stereotypen uit te dagen en duidelijk te maken dat er andere mogelijkheden zijn bijvoorbeeld met behulp van rolmodellen.

In 2017 heeft de BBC een programma geproduceerd en uitgezonden, *No more Boys and Girls*, waarin binnen een bestaande lagere school alternatieven werden geïntroduceerd. Waarschijnlijk alternatieven zoals de stichting *Marie, word wijzer!* deze in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw ook voor ogen had. Deze alternatieven leidden ertoe dat zich binnen zes weken belangrijke veranderingen voordeden in ieder geval in het zelfvertrouwen van de meisjes.

Wie geïnteresseerd is in dit programma kan het via deze links vinden: www.youtube.com/watch?v=wN5R2LWhTrY (deel 1) en www.youtube.com/watch?v=cp9Z26YgIrA (deel 2).

en anderen. Tot ongeveer zeven jaar zijn ze niet erg flexibel in hun overtuigingen over wat bij de ene of de andere sekse hoort. In de hersenen gaat het om een *deep learning*-proces waarbij kinderen hun best doen de bestaande regels te achterhalen en voorspellingsfouten te voorkomen. Het gaat, kortom, om een leerproces dat zich in de hersenen voltrekt, maar in gang wordt gezet door een culturele omgeving die onderscheid maakt op basis van biologisch geslacht. Als het de overheersende culturele praktijk is dat vrouwen geen wetenschapper kunnen zijn of minister -president, dan neemt de kans toe dat meisjes toekomstverwachtingen ontwikkelen die niet aansluiten bij hun kwaliteiten.

HET OVERWINNEN VAN BEPERKENDE CULTURELE PRAKTIJKEN

Na het overlijden van Copernicus duurde het nog zo'n 200 jaar voordat over het algemeen werd geaccepteerd dat de aarde om de zon draait en de zon niet om de aarde. Mogelijk gebeurt hetzelfde met recente inzichten uit de neurowetenschap: dat sekseverschillen zich niet bij aanvang in de hersenen van jongetjes en meisjes bevinden, maar dat onze hersenen een diep lerend systeem zijn, waardoor sekseverschillen die zich in de culturele omgeving voordoen vervolgens terug te vinden zijn in de overtuigingen van jongens en meisjes, in hun gevoelens van eigenwaarde en in hun toekomstdromen.

Het is een gegeven dat informatie over hersenonderzoek dat aansluit bij de bestaande seksestereotypen, zoals 'vrouwen zijn verbaal begaafder dan mannen' en 'mannen hebben een beter ruimtelijk inzicht', snel en makkelijk wordt opgepikt door het publiek (Fine, 2017). Kritische vragen over hoe deze kennis tot stand is gekomen worden niet gesteld. Dit leidt ertoe dat we gevangen blijven in een cyclus van van self-fulfilling prophecies. Deze seksestereotypen levend in het publieke bewustzijn geven richting aan opvoeding, onderwijs en aan verwachtingen ten aanzien van het gedrag van beide seksen. Informatie over hersenonderzoek in het publieke domein dat aansluit bij de status quo levert een bevestiging van wat iedereen ervaart, maar leidt er tegelijkertijd toe dat contra-intuïtieve kennis en inzichten, zoals kennis over de plasticiteit van de hersenen, minder makkelijk doordringt.

Het is duidelijk dat geslachtshormonen (testosteron, oestrogeen en progesteron) verschillen veroorzaken in de primaire en secundaire geslachtskenmerken van mensen, waardoor we onderscheid kunnen maken tussen mannen en vrouwen. Maar de vooronderstelling dat deze waargenomen fysieke verschillen leiden tot verschillende kenmerken in de hersenen en in het verlengde daarvan tot verschillend gedrag, is niet zo eenvoudig vast te stellen. Testosteron, oestrogeen en progesteron, de hormonen die bepalend zijn voor de ontwikkeling van de geslachtsorganen, werden ontdekt in de late jaren twintig en begin jaren dertig van de vorige eeuw. Een sleutelhormoon, testosteron, werd in 1935 ontdekt en van een naam voorzien.

Hersenen vertonen een mozaïek aan vrouwelijke en mannelijke kenmerken of vaardigheden

In eerste instantie werd testosteron aangetroffen in de testikels van stieren (Epstein, 2018).

Het is van belang om op te merken dat alle hormonen in zowel mannen als vrouwen worden aangetroffen. Het zijn de niveaus die variëren tussen mannen en vrouwen (Epstein, 2018; Fine, 2017). Over het algemeen worden bij mannen hogere testosteronniveaus aangetroffen, terwijl de oestrogeenniveaus hoger zijn bij vrouwen. Maar het blijft belangrijk om te beseffen dat beide hormonen terug te vinden zijn in alle mensen wanneer je hormoongerelateerde verklaringen gaat zoeken voor sekseverschillen in gedrag. Volgens de *brain organisation theory* zorgen prenatale hormonen ervoor, en dan met name testosteron, dat de hersenen van mannen een masculinisatieproces ondergaan. Deze vroege onderdompeling in testosteron bepaalt latere sekseverschillen in cognitieve vaardigheden en emotionele kenmerken, maar ook in seksuele voorkeur en beroepskeuze.

De al te letterlijke vertaling van de brain organisation theory heeft geleid tot een oversimplificatie van het verband tussen hormonen en hersenen (Jordan-Young, 2011). Met name de overtuiging dat prenatale hormonen een permanent en blijvend effect hebben, negeert de recente kennis die er is over de kneedbaarheid en veranderbaarheid van menselijke hersenen. Ontwikkeling van hersenen speelt zich altijd af in een culturele omgeving waarbinnen sociale verwachtingen van belang zijn. Uit eerder onderzoek is gebleken dat een indeling van mensen in twee groepen – mannen en vrouwen – slecht overeenkomt met de biologische werkelijkheid. Zo kunnen de niveaus van hormonen, testosteron, oestrogeen en progesteron, fluctueren afhankelijk van levensstijlen en contexten waarin mensen (zowel mannen als vrouwen) zich bevinden. Voor hersenen geldt dat ze in belangrijke mate kneedbaar zijn en daarom eerder een afspiegeling vormen van de levens, opleidingen, training en levenservaringen die mensen gehad hebben. Hersenen vertonen een mozaïek aan vrouwelijke en mannelijke kenmerken of vaardigheden. Uiteindelijk is het niet mogelijk om een typisch mannelijk brein te onderscheiden van een typisch vrouwelijk brein.

OVER DE AUTEUR

Drs. Anita Kuppens is eigenaar van O kwadraat (Onderwijs x Onderzoek). Ze is afgestudeerd in cultuur en godsdienstpsychologie en werkt binnen haar bedrijf als sociaal wetenschappelijk onderzoeker, docent psychologie en wetenschapsjournalist. Voor meer informatie over haar werkzaamheden: www.anitakuppens.weebly.com/.

REAGEREN?
Wilt u reageren op dit artikel? Dat kan via Twitter (@RedactieDP) of op www.tijdschriftdepsycholoog.nl/contact/.

Literatuur

Epstein, R.H. (2018). *Aroused: the history of hormones and how they control just about everything*. New York: W.W. Norton.
Fine, C. (2017). *Testosterone Rex: Unmaking the myths of our gendered minds*. London: Icon.
Jordan-Young, R. (2011). *Brain Storm: The flaws in the science of sex-differences*. Harvard: University Press.
Rippon, G. (2019).*The gendered brain: the new neuroscience that shatters the myth of the female brain*. London: Vintage.

GESCHIEDENIS VAN EEN IDEE

Het begon als toeval, ergens in de jaren negentig. Ik logeerde bij een Zwitserse vriend en hij wilde mij een interview uit 1959 tonen met de oude psychiater Carl Gustav Jung.[1] Omdat mij bij mijn psychologiestudie was geleerd dat je Freud moest waarderen en Jung negeren, begon ik met enige scepsis aan dit vraaggesprek. Maar dat veranderde al heel snel.

De interviewer vraagt: *'Do you still remember the occasion when you first felt consciousness of our own individual self?'*

Jung antwoordt: *'That was in my eleventh year. There suddenly on my way to school, I stepped out of a mist. It was just as if I had been in a mist, walking in a mist, not knowing to differentiate myself from things. And I stepped out of it and I knew: I am, I am what I am.'*

Na jarenlang bezig te zijn geweest met empirisch onderzoek werd de fenomenoloog in mij wakker. Ik was gefascineerd hoe Jung intuïtief betekenis gaf aan zo'n fundamentele eigen ervaring. Zelfbewustzijn ontstond toch geleidelijk en ongemerkt gaande de kinderlijke ontwikkeling? Hier was een oude geleerde die zich herinnerde dat hij plotseling tot zelfbewustzijn kwam. Wellicht herinnerden zich meer volwassenen zo'n plotseling zelfbesef?

Ik schreef destijds een column in *Trouw* en daarin legde ik de lezers die vraag voor. Tot mijn verrassing kreeg ik in korte tijd tientallen herinneringen toegestuurd. Ik herhaalde de oproep in *Psychologie Magazine*, en weer kreeg ik veel reacties. Opvallend daarbij was dat bijna iedereen schreef dat zij dit nog nooit aan iemand hadden verteld. De meesten herinnerden zich dat het plotseling zelfbesef gepaard was gegaan met een gevoel van trots, autonomie, iets van 'eigen baas' te zijn. Aan dat gevoel hadden ze later vaak terug moeten denken, vooral op moeilijke momenten hadden ze er dan steun in gevonden. Erover gepraat hadden ze niet. Op basis van deze verzameling van ongeveer 160 herinneringen schreef ik *Ik ben ik, de ontdekking van het zelf* (2002).

Het fenomeen 'zelfbesef' bleef me boeien en ik bleef erover lezen. Zo stuitte ik op het werk van neuropsycholoog Michael Gazzaniga, die probeerde dit soort verschijnselen te verbinden met hersenprocessen. Door hem ben ik me, voor zover dat met mijn alfabrein lukte, gaan verdiepen in de neuropsychologie. En zo maakte ik eerst via het boek *Ons Creatieve Brein* van Dick Swaab en daarna via de boeken van Antonio Damasio, kennis met het zogeheten *default netwerk:* het deel van de hersenen waar informatie uit andere delen samenkomt en wordt verwerkt, terwijl het resultaat daarvan pas tot het bewustzijn doordringt als de persoon 'niets doet'.

Gewapend met deze nieuwe kennis begon ik aan een herziening van *Ik ben ik*, want nu kon ik het verschijnsel van plotseling zelfbesef in verband brengen met hersenprocessen. En zo ontstond afgelopen jaar *Plotseling zelfbesef*, dat binnenkort in het Engels zal verschijnen als *Sudden Self-awareness*, met als ondertitel *A Phenomenological Approach*. Van de Engelstalige editie *van Ik ben ik* is onlangs bovendien een Chinese vertaling verschenen, gemaakt door een Chinese oud-student van mij in Leiden.

1 www.youtube.com/watch?v=2AMu-G51yTY

FOTO: EVA KOHNSTAMM

Dolph Kohnstamm

is emeritus hoogleraar Ontwikkelingspsychologie aan de Universiteit Leiden.
E-mail: dolphkohnstamm@gmail.com.

FOTO: STIJN RADEMAKER

IN SPE – MARJOLEIN BUIS

'Toen ik fulltime begon met topsporten als rolstoeltennisster in 2010, ging ik ook meteen psychologie studeren aan de Open Universiteit. Ik wilde altijd al in de hulpverlening met mensen werken, maar dacht dat een universitaire studie daarvoor te theoretisch zou zijn. Tijdens de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH) kwam ik erachter dat ik dat werk niet uitdagend genoeg vond en ik miste wetenschappelijke onderbouwing.

Het was een grote uitdaging het tennis met een universitaire studie te combineren. Toch vond ik het vooral heel leuk. Studeren was een hobby voor mij. Op toernooien nam ik altijd mijn studieboeken mee. Collega-topsporters hebben daar wel om gelachen. Zagen ze mij weer met mijn boeken over het tennispark slepen, zoekend naar een rustig, zonnig plekje om te studeren. Doordeweeks was ik destijds de hele dag de deur uit om te trainen. Tijdens lunchpauzes zat ik aan mijn studie. En soms lukte dat 's avonds ook nog, als ik niet al te pittig getraind had. Op zaterdagochtend trainde ik ook nog en ik was zo'n twintig weken per jaar in het buitenland voor wedstrijden.

Veel mensen vragen nu aan mij of ik sportpsycholoog wil worden. Maar ik help liever mensen met ernstigere problemen, dat past beter bij mij. Zelf liep ik ook ooit bij een sportpsycholoog. Ik had moeite me te concentreren tijdens wedstrijden. Mijn gedachten maakten allerlei gekke sprongen waardoor ik soms bijna vergat dat ik een wedstrijd speelde. Dat is jarenlang mijn zwakke plek geweest. En ik had toen ook een angstgegner. Maar omdat ik in die tijd zelf ook van alles leerde over gesprektechnieken, ging ik letten op wat de sportpsycholoog deed. Dat werkte dus niet. Uiteindelijk werd mijn wedstrijdfocus beter door de hulp van een zenmeester.

BIZARRE WEDSTRIJDEN

Door psychologie te studeren kon ik sommige tegenstanders denk ik beter

doorgronden, bijvoorbeeld als ze erg met zichzelf worstelden. Dat gebeurt trouwens vaak in de topsport. Ik heb echt bizarre wedstrijden meegemaakt. Een keer kwam een tennisster die de eerste set verloor na een lang wc-bezoek met opengekrabde armen al bloedend terug de baan op. Ik vond dat ze niet meer door mocht spelen, om zichzelf te beschermen. Hoe zou ze reageren als ik de wedstrijd zou winnen? Bovendien mag je volgens de regels dan niet doorspelen. Maar de hoofdscheidsrechter deed niets. Ik schrok daar zo van, ze ging ook helemaal in mijn hoofd zitten. Tussendoor stond ze te krijsen en huilen op de baan. Die wedstrijd heb ik verloren.

In vier jaar heb ik uiteindelijk mijn bachelor gehaald en daar ben ik trots op. Eigenlijk wilde ik toen direct door met mijn master, maar in combinatie met fulltime tennissen was dat echt te zwaar. Ik vond het ook belangrijk om in het weekend tijd te hebben voor vrienden en familie. Dus heb ik me een aantal jaar gefocust op de sport om twee jaar geleden met mijn master klinische psychologie te beginnen.

Afgelopen najaar ben ik gestopt met tennissen. Door strengere regels mag ik met mijn handicap niet meer meespelen met internationale wedstrijden. En ik ben ook over mijn maximum heen qua prestaties, mijn rug kan het niet meer aan. Ik kijk op veel hoogtepunten terug in mijn tenniscarrière. In 2012 won ik de gouden medaille op het dubbelspel tijdens de Paralympische Spelen in Londen en in 2016 won ik een grand slam in het enkelspel op Roland Garros. Ook was ik bijna een jaar lang de nummer 1 van de wereld in het dubbelspel en werd ik meermaals wereldkampioen.

Doordat wedstrijden door de coronacrisis werden afgelast begon ik met stage lopen bij Psychiatrie Riviereneiland. Dat beviel erg goed waardoor ik het leven zonder tennis steeds beter voor me zag. Uiteindelijk heb ik zelf besloten nog wat eerder te stoppen dan eigenlijk moest.

Tijdens mijn stage werkte ik in de tweedelijnspsychiatrie met patiënten met allerlei ziektebeelden. Dat was wel spannend. Pas aan het einde van de studie kom je er eigenlijk pas achter of je het werk wel echt leuk vindt. Dat vind ik vreemd. Maar gelukkig vond ik het erg leuk. Het is fijn te merken dat je anderen vooruit kunt helpen. Dat kreeg ik ook terug van patiënten. Ze voelden zich bij mij op hun gemak.

Ik denk trouwens dat het ook wel meerwaarde heeft dat ik pas op mijn 32e stage heb gelopen. Ik kan me voorstellen dat patiënten zich afvragen wat psychologen van begin twintig nu hebben meegemaakt in het leven, zo jong en succesvol als ze zijn. Die signalen heb ik nooit gehad. Misschien helpt het ook dat ik in een rolstoel zit. Dan weten patiënten direct dat het leven voor mij ook niet alleen maar makkelijk is geweest. Ik heb het in ieder geval ervaren als meerwaarde, niet als iets beperkends.

Ik wil het soort werk dat ik tijdens mijn stage deed nadat ik ben afgestudeerd graag weer oppakken. Al moet ik eerst mijn scriptie afronden. Die gaat over eetstoornissen onder paralympische sporters. Ik ga de prevalentie onderzoeken onder Nederlandse paralympische topsporters, dat is nog bijna nooit gedaan. Ik denk dat het veel voorkomt, als ik afga op wat ik om mij heen gezien heb. En het komt onder olympische sporters ook vaker voor dan bij de rest van de bevolking. Ik ga ook onderzoeken of lichaamsbeeld een rol speelt. Een negatief lichaamsbeeld komt veel voor bij mensen met eetstoornissen en ook bij mensen met een handicap.

Of ik nog blijf tennissen? Omdat ik nu zwanger ben pas ik letterlijk tijdelijk niet in mijn tennisrolstoel, haha. Maar misschien dat ik daarna nog eens af en toe een balletje met mijn man zal slaan. Gewoon voor de lol.'

'Door psychologie te studeren kon ik sommige tegenstanders denk ik beter doorgronden'

ERKENNEN EN WAARDEREN VAN HEDEN EN VERLEDEN

KLAAS SIJTSMA

ILLUSTRATIE: CHIARA ARKESTEIJN

ESSAY

OVER HET KIND EN HET BADWATER

ERKENNEN EN WAARDEREN VAN HEDEN EN VERLEDEN

Een bevriende decaan vertelde Klaas Sijtsma ooit dat hij op de vraag van de rector magnificus waarom hoogleraar X bij Geneeskunde viermaal zoveel publiceerde als hoogleraren in zijn faculteit, hij X maar eens moest vragen waarover zijn laatste vijf artikelen gaan. Heeft het onderzoek aan de universiteit de overhand gekregen? Is het onderwijs het kind van de rekening geworden? ‘Onderwijs en onderzoek dienen beide voluit gewaardeerd te worden.’

Sedert een aantal jaren bestaat er aan onze universiteiten ongenoegen over de prestatiecultuur die er zou heersen en die voor een veel te hoge werkdruk zou zorgen. Die prestatiecultuur spitst zich vooral toe op het onderzoek, waarbij van iedereen grote aantallen artikelen in liefst zeer goede tijdschriften worden verwacht, evenals grote bedragen aan onderzoeksubsidies en grote hoeveelheden promoties. Belangrijke bron van ongenoegen is dat het nooit genoeg is, het kan altijd meer. Wie niet levert, mag geen onderzoek meer doen of krijgt geen vaste aanstelling. Het onderzoek heeft daarmee de overhand gekregen, terwijl onderwijs en andere noodzakelijke activiteiten het kind van de rekening zijn geworden.

Vele betrokkenen hebben hun zorgen geuit over deze stand van zaken via de kranten en andere media, terwijl vanuit de VSNU de rectores magnifici van de veertien Nederlandse universiteiten hun manifest *Erkennen en Waarderen*, later omgedoopt in *Ruimte voor Ieders Talent* (VSNU, FNU, KNAW, NWO, en ZonMw, 2019) hebben gepubliceerd en andere verontruste wetenschappers zich hebben verenigd in WOinActie. Hoe heeft het zover kunnen komen? Was het vroeger beter? Is er nu veel nieuws onder de zon? En waarnaartoe zouden we moeten?

In deze bijdrage put ik uit bijna veertig jaar werkervaring aan diverse Nederlandse universiteiten en geef ik een overzicht van de ontwikkelingen in de werkwijze van Nederlandse wetenschappers en de waardering van hun werk. Ik probeer mijn observaties en herinneringen steeds met feiten te onderbouwen. Daarbij moet ik mij noodgedwongen beperken tot de sociale wetenschappen en gedragswetenschappen, en daarbinnen de psychologie, mijn primaire werkveld. Ik begin met de wettelijke taken van de Nederlandse universiteit, vervolg mijn betoog met een historische analyse van de waardering van de activiteiten van wetenschappelijk personeel en bespreek wat dit voor gevolgen voor de huidige situatie heeft. Ik eindig met enkele aanbevelingen.

TAKEN VAN DE UNIVERSITEIT

De Wet op het hoger onderwijs en het wetenschappelijk onderzoek (WHW), Artikel 1.3, lid 1, bepaalt dat 'universiteiten zijn gericht op het verzorgen van wetenschappelijk onderwijs en het verrichten van wetenschappelijk onderzoek. In elk geval verzorgen zij initiële opleidingen in het wetenschappelijk onderwijs, verrichten zij wetenschappelijk onderzoek, voorzien zij in de opleiding tot wetenschappelijk onderzoeker of technologisch ontwerper en dragen zij kennis over ten behoeve van de maatschappij.' Kort gezegd verzorgen universiteiten onderwijs, doen zij onderzoek, en stellen zij kennis ten dienst van de maatschappij. Of, korter en modieuzer: universiteiten zorgen ervoor dat hun wetenschappelijke werk impact heeft.

Wetenschappelijk personeel werkt in overeenstemming met de WHW en de Nederlandse praktijk is dat universitair (hoofd) docenten en hoogleraren zowel onderwijs als onderzoek verzorgen. Verder is het gebruik dat de organisatieonderdelen van een universiteit, de faculteiten en de departementen (de oude vakgroepen), door de wetenschappers zelf worden bestuurd, en dus hebben velen ook leidinggevende, bestuurlijke en managementtaken. Omdat het hebben van maatschappelijke impact voor velen niet zo vanzelfsprekend was, maar het creëren van impact tegenwoordig een vertrouwd onderdeel van het werk is, worden medewerkers erop beoordeeld. Tot slot wordt het tegenwoordig meer gewaardeerd als docenten en onderzoekers in teams opereren. Zo kunnen zij sneller en efficiënter werken en daarmee, door van elkaar te leren, de kwaliteit van het werk verbeteren.

'Belangrijke bron van ongenoegen is dat het nooit genoeg is, het kan altijd meer'

HET VERLEDEN

Was in de jaren vijftig van de vorige eeuw studeren aan een universiteit nog een behoorlijk elitaire aangelegenheid (Daalder, 1997; Van Berkel, 2009), in de jaren

zestig werd studeren voor grote groepen bereikbaar. De universiteiten groeiden als kool, maar de staf groeide niet snel genoeg mee – eenvoudigweg omdat er in de voorgaande jaren te weinig potentiële stafleden waren opgeleid. Dit tekort werd opgelost door de eerste afgestudeerde studenten als staflid aan te stellen. Naar de huidige maatstaven waren waarschijnlijk lang niet alle nieuwe stafleden geschikt, maar zij gaven wel het leeuwendeel van het onderwijs terwijl het onderzoek vaak maar met horten en stoten op gang kwam (Van der Heijden & Sijtsma, 1996). Met name daar vonden later diverse beleidsingrepen plaats die tot doel hadden het onderzoek beter georganiseerd, productiever en internationaler georiënteerd te doen zijn. Het is echter niet zo dat er geen onderzoek of zelfs excellent onderzoek plaatsvond, maar het was veel meer gebonden aan individueel initiatief dan nu.

Mijn eerste contract in 1983 aan de Vrije Universiteit Amsterdam (VU) bepaalde dat ik 40% van mijn aanstelling diende te besteden aan onderwijs, 40% aan onderzoek, en 20% aan bestuur en beheer. Voor impact bestond niet zoveel expliciete aandacht als nu, maar dat wil niet zeggen dat die er niet was. Maatschappelijke dienstverlening is van alle tijden. Een mooi voorbeeld is Nobel-laureaat Lorentz, die honderd jaar geleden de berekeningen uitvoerde die de aanleg van de Afsluitdijk mogelijk maakten (Berends & Van Delft, 2019). Aan de VU vond bijvoorbeeld in de jaren tachtig veel toegepast onderzoek plaats naar de invloed van jodiumtekort op de algemene ontwikkeling van kinderen in derdewereldlanden (Bleichrodt, Drenth & Querido, 1980). Individuele werkzaamheden werden niet ontmoedigd, maar evenmin werd werk in teams aangemoedigd. Impact en teamwork waren eenvoudig niet zo expliciet aanwezig als nu, maar ze waren er wel.

'In de jaren tachtig was de docent nog heer en meester van zijn of haar cursus'

Beoordeling door departementsvoorzitters was minder frequent dan nu en was gericht op onderwijs, onderzoek, bestuur en management. Andere zaken kwamen ook wel ter sprake, maar objectieve beoordeling werd belemmerd door de afwezigheid van cursusbeoordelingen door studenten en heldere criteria om de kwaliteit van onderzoek te beoordelen. In de jaren tachtig was de docent nog heer en meester van zijn of haar cursus, en was onderwijs nog tamelijk passief. Studenten volgden de hoorcolleges, bestudeerden het boek en deden tentamen. Natuurlijk waren er ook wel practica en werkcolleges, al naar gelang de studiestof, maar de frequentie was lager dan tegenwoordig. Onderzoek en publicaties over onderzoek vonden meestal nog niet in programmatisch verband plaats en publicaties verschenen vaak in Nederlandse tijdschriften, waarvan diverse inmiddels verdwenen zijn. De departementsvoorzitter moest zich dus een idee vormen van de prestaties van de medewerker en gebruikte daarvoor de eigen indrukken en die van anderen. Tegenwoordig heet dit een narratief. Ik kom erop terug.

In de jaren tachtig werden de eerste signalen van naderende veranderingen zichtbaar toen de overheid ingrijpende landelijke bezuinigingsoperaties voor het hoger onderwijs doorvoerde onder de namen Taakverdeling en Concentratie Wetenschappelijk Onderwijs (TVC, 1983) en Selectieve Krimp en Groei (SKG, 1986). Concrete signalen van verandering voor individuele wetenschappers waren ook goed merkbaar. Zo werden onder de noemer van 'voorwaardelijke financiering' de eerste criteria voor succesvol onderzoek ingevoerd. Als men er niet aan voldeed, werd het departement financieel gekort, terwijl medewerkers die te weinig presteerden in het vervolg geen onderzoek meer mochten doen. Dit leidde in de jaren erna tot een stille uittocht van medewerkers die de bui wel zagen hangen. Ook werden landelijke onderzoekscholen opgericht voor promovendi en senior onderzoekers, maar die laatsten mochten alleen lid worden als ze in de voorgaande jaren minstens een minimum aantal artikelen in internationale tijdschriften hadden gepubliceerd. Ook dit zorgde voor zelfselectie; de medewerkers die wel konden

'Die stroomversnelling werd een kolkende rivier, zeker in de jaren na de eeuwwende'

meekomen pikten de signalen van de tijd op en zorgden voor een stroomversnelling (Busato, 2008).

Die stroomversnelling werd een kolkende rivier, zeker in de jaren na de eeuwwende. Het is opvallend hoe ikzelf in de laatste twintig jaar van mijn carrière veel productiever was dan in de eerste twintig jaar, terwijl ik naar de toenmalige criteria goed presteerde en zelfs hoogleraar kon worden. Het heeft er de afgelopen jaren echter op geleken dat onderzoek het enige is dat telt aan de universiteit terwijl de andere activiteiten tweederangs leken. De boosdoener is volgens mij vooral dat er geen bovengrens zit op het aantal artikelen en het aantal afgeleverde promoties, alsmede de hoeveelheid subsidiegeld die men verwerft: veel is goed, meer is beter, en het houdt niet op. Daarbij doemen ook vragen op zoals naar de bijdrage die een onderzoeker zelf nog levert aan publicaties en de mate waarin coauteurs zicht hebben op het onderzoek en nog kunnen worden gezien als medeverantwoordelijk voor de kwaliteit van het onderzoek. Een bevriende decaan vertelde mij ooit dat hij op de vraag van de rector magnificus waarom hoogleraar X bij Geneeskunde viermaal zoveel publiceerde als hoogleraren in zijn faculteit, had geantwoord: Vraag X maar eens waar zijn laatste vijf artikelen over gaan.

De onbegrensdheid van de onderzoekproductie veroorzaakt grote druk op de tijd die men kan besteden aan onderwijs en leiderschap. Meer dan eens heb ik als decaan en rector meegemaakt dat medewerkers de tijd besteed aan onderwijs niet productief vonden en activiteiten op het terrein van bestuur en beheer actief ontliepen. Als dit vervolgens oogluikend wordt toegestaan, ontstaat er heel veel druk op de goedwillenden en de collega's die niet over grote beurzen beschikken. Ook zijn junior onderzoekers vaak het kind van de rekening, terwijl zij door hun geringere ervaring hun onderzoek toch al moeilijker gepubliceerd krijgen. Dit veroorzaakt mogelijk de ervaren grote werkdruk, waar tegenwoordig veel aandacht voor is. Medeoorzaak is overigens ook dat het aantal ingeschreven studenten aan de universiteiten in de afgelopen twintig jaar is verdubbeld, terwijl de financiering van de universiteiten hiermee geen gelijke tred heeft gehouden.

HET HEDEN

De coronacrisis heeft de bovengenoemde problematiek niet veroorzaakt maar wel zichtbaarder gemaakt. Gegeven de taken van de universiteit is er alle reden om te streven naar een evenwichtiger verdeling van tijd over onderwijs, onderzoek en impact, maar eveneens van bestuur, beheer en teamwork. Veel universitair medewerkers doen graag onderzoek en in de huidige cultuur is een grote onderzoekproductie een *ticket to success*. Het is niet zo dat men geen onderwijs wil geven, maar velen doen liever onderzoek. Dit kan alleen veranderen als vanuit de leiding van de universiteiten, faculteiten en departementen ook de andere activiteiten op hun waarde worden geschat. Het mag dan niet zo zijn dat het goed voorbereiden en geven van onderwijs gepaard gaat met de vrees dat men hierdoor minder publiceert, wat weer een minder goed curriculum vitae oplevert met kleinere kansen op bevordering of een mooie baan elders.

Erkennen en Waarderen of *Ruimte voor Ieders Talent* beoogt precies deze herwaardering van de verschillende activiteiten, waarbij variaties tussen universiteiten en faculteiten mogelijk zijn – bijvoorbeeld vanwege de eigenaardigheden van de verschillende vakgebieden. Daarbij wordt de mogelijkheid geboden voor meer specialisatie in onderwijs, onderzoek, impact of leiderschap, maar senior medewerkers doen altijd zowel onderwijs als onderzoek. Het is lastig zo niet onmogelijk om aan te geven wat belangrijker is, onderwijs of onderzoek. Het hoger onderwijs zorgt voor een hoogopgeleide bevolking en daarmee maatschappelijke welvaart en individueel welzijn. Wetenschappelijk onderzoek zorgt

voor vaccins tegen infectieziekten, maar ook geneesmiddelen om zieke mensen te behandelen of inzicht in groepsgedrag waarmee men risicovol gedrag tijdens een epidemie kan beteugelen. Onderwijs en onderzoek dienen dus beide voluit gewaardeerd te worden. Dit geldt ook voor de andere aspecten van het werken aan een universiteit, te weten maatschappelijke impact, bestuur en beheer, en teamwork.

DISCLAIMERS

Ik bespreek enkele zaken waarmee rekening zou kunnen worden gehouden bij de herwaardering van de diverse activiteiten in het werk aan de universiteit. Het gaat om zaken die deze herwaardering enigszins compliceren maar niet onmogelijk maken.

Het werk moet wel gedaan worden. Gegeven de vaak onuitgesproken maar wel degelijk aanwezige sterke voorkeur voor onderzoek, is het uiteraard onmogelijk dat iedereen kiest voor een sterk accent op onderzoek. Vandaar de randvoorwaarde dat senior medewerkers zowel onderwijs als onderzoek doen, waarbij de hoeveelheid onderwijs aanzienlijk is. Ook zullen velen leiderschaps-, bestuurs- en beheertaken op zich moeten nemen. Het alternatief is het inhuren van professioneel management met als gevolg dat men de zeggenschap over de eigen organisatie kwijt is.

Zuiver onderzoek is noodzakelijk. De sterk toenemende roep om onderzoek met impact leidt er soms toe dat zelfs academici met een vies gezicht over de 'Ivoren Toren' praten. Ik heb dat altijd onbegrijpelijk gevonden. Zuiver onderzoek, waarbij men uitzoekt hoe een bepaald verschijnsel werkt zonder dat meteen een praktische toepassing in het verschiet ligt, is noodzakelijk om tot impact te kunnen komen. Een toegepast onderzoek naar de motivatie voor werken in de zorg kan nuttige informatie opleveren voor werkgevers, maar zuiver onderzoek naar de cognitieve, affectieve en gedragskenmerken van motivatie vertelt hoe een dergelijk toegepast onderzoek moet plaatsvinden.

Internationale criteria kan men niet negeren. Excellent wetenschappelijk onderzoek staat in alle landen in hoog aanzien en Nederland kan niet via opgedrongen zelfonthouding uit de boot willen vallen. Waar het echter om gaat, is dat we niet helemaal doorschieten in het onderzoek en de andere universitaire taken, meestal bij wet opgelegd en bijdragend aan nut en noodzaak van de universiteit, verwaarlozen. Enthousiaste onderzoekers kunnen bovendien aanstekelijk over hun vak vertellen en zijn dan de uitstekende docenten die de studenten verdienen. Onderwijs gaat niet automatisch ten koste van onderzoek.

Competitie is van alle tijden. Wetenschappelijk onderzoek heeft altijd een competitief element in zich. Kijk alleen al naar de race om een vaccin tegen Covid-19 te ontwikkelen. Andere voorbeelden vormen de pogingen om het werk gepubliceerd te krijgen in een goed tijdschrift waar de reviewers de tegenstander lijken, en het in stilte werken aan een goed idee waarbij men zich realiseert dat anderen er ook mee bezig zijn en eerder publiceren. Competitie kan ook werkdruk veroorzaken, maar hoort erbij, vrees ik. Tegenwoordig zijn er vele tijdschriften waarin men tegen betaling en na een zeer lichte reviewronde kan publiceren. Dit neemt misschien wat stress weg, maar is slecht voor de kwaliteit van de publicaties.

Is tellen wel zo'n slecht idee? Toen ik mijn carrière in de jaren tachtig begon, was er geen *rat race* gaande om artikelen in toptijdschriften en subsidiegelden. Maar het was evenmin heel duidelijk wat je moest doen om een universitaire carrière te hebben. De zogenoemde narratieven waren subjectief en gingen mank aan alle problemen waarmee beoordelingen van personeel te kampen hebben (Roe, 1983; Wiggins, 1973). Het toen nieuwe, objectieve systeem van output tellen was een zegen voor jongelingen zoals ik, die op aangeven van uitstekende studiebegeleiders en promotoren al wel publiceerden, subsidies aanvroegen en promoties mede begeleidden. Dat het systeem een karikatuur is geworden, is jammer, en moet gerepareerd worden. Het zou vreemd zijn als niet meer gevraagd mag worden naar aantallen publicaties – maar dan niet blind en samen met vragen zoals welk probleem men oplost, waarvoor het nuttig kan zijn, en of het aansluit bij de kernproblemen van het betreffende vakgebied.

CONCLUSIES

Het VSNU-project *Ruimte voor Ieders Talent* wordt momenteel geïmplementeerd aan de veertien

Nederlandse universiteiten. Dit is een proces dat veel discussie losmaakt en laat zien dat verschillende vakgebieden verschillend naar de problematiek kijken. Bij wijze van voorbeeld verwijs ik naar een voortgangspaper van Tilburg University (Paauwe & Van Cassel, 2020) dat een aardig idee geeft van de problematiek, de gevoeligheden en de weg die nog te gaan is naar meer geïndividualiseerde carrièrepaden en een eerlijker beoordelingssysteem voor personeel van universiteiten.

De ontwikkelingen van de universiteit in de afgelopen zestig jaar lopen van elitair voor weinigen (jaren vijftig en eerder), stormachtige groei (jaren zestig), improvisatie (jaren zeventig), disciplinering (jaren tachtig), doelgerichtheid (jaren negentig), versnelling (het eerste decennium van 2000), en ontsporing (vanaf 2010), naar bezinning (*Ruimte voor Ieders Talent*). De kunst is nu het goede te bewaren en de fouten te herstellen en niet naïef te zijn en te denken dat er tot dusverre niets deugde van het universitaire systeem. Het gaat erom de disbalans ten faveure van de waardering van onderzoek te herstellen en ruimte te creëren voor carrières die gebaseerd zijn op andere accenten dan louter onderzoekprestaties.

OVER DE AUTEUR

Klaas Sijtsma was van 2019 tot 2020 rector magnificus van Tilburg University en in die functie betrokken bij de implementatie van Ruimte voor Ieders Talent. *Aan diezelfde universiteit is hij hoogleraar Methoden en Technieken van Psychologisch Onderzoek. Dit essay is een bewerkte versie van de* DIES*-rede die hij uitsprak op 19 november 2020. Van 2005-2010 was Sijtsma voorzitter van de* COTAN *en van 2010-2011 was hij President van de Psychometric Society. E-mail: k.sijtsma@tilburguniversity.edu.*

Literatuur

Berends, F. & Delft, D. van (2019). *Lorentz. Gevierd fysicus, geboren verzoener*. Amsterdam: Prometheus.

Berkel, K. van (2009). *Academisch leven. Over geschiedenis, karakter en veerkracht van de Nederlandse universiteit*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.

Bleichrodt, N., Drenth, P.J.D. & Querido, A. (1980). Effects of iodine deficiency on mental and psychomotor abilities. *American Journal of Physical Anthropology, 53*, 55-67.

Busato, V.V. (2008). *Leve de psychologie! Honderd jaar psychologische wetenschap aan de UvA*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.

Daalder, H. (1997). *Universitair panopticum. Herinneringen van een gewoon hoogleraar*. Amsterdam: Uitgeverij De Arbeiderspers.

Heijden, P.G.M. van der & Sijtsma, K. (1996). Fifty years of measurement and scaling in the Dutch social sciences. *Statistica Neerlandica, 50*, 111-135.

Paauwe, J. & Cassel, E. van (2020). Room for everyone's talent: The Tilburg University ambition. Gedownload van: https://www.tilburguniversity.edu/nl/actueel/nieuws/meer-nieuws/programma-erkennen-en-waarderen

Roe, R.A. (1983). *Grondslagen der personeelsselectie*. Assen: Van Gorcum.

VSNU, FNU, KNAW, NWO, en ZonMw (2019). Ruimte voor ieders talent. Naar een nieuwe balans in het erkennen en waarderen van wetenschappers. Gedownload van: https://www.vsnu.nl/files/documenten/Domeinen/Onderzoek/Position%20paper%20Ruimte%20voor%20ieders%20talent.pdf

Wet op het hoger onderwijs en het wetenschappelijk onderzoek. Gedownload van: https://wetten.overheid.nl/BWBR0005682/2021-01-01

Wiggins, J.S. (1973). *Personality and prediction: Principles of personality assessment*. Reading: Addison-Wesley.

WOinActie. Gedownload van: https://woinactie.blogspot.com

VRAAG & AANBOD

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

VACATURES

GZ-Psycholoog
OVERIJSSEL

Bartiméus: 100% leven

Psycholoog (32 uur) Den Haag
DEN HAAG

iedereen verdient respect wonen · zorg · welzijn

Wij zoeken een psycholoog
LEEUWARDEN

Nynke GGZ Noord

LM Care zoekt online (regie) behandelaars
ONLINE

lmcare

GZ Psycholoog, Winschoten
WINSCHOTEN

Oosterlengte

Klinisch (Neuro) Psycholoog (24-32 uur per week)
REGIO ROTTERDAM - SCHIEDAM

franciscus Gasthuis & Vlietland

Cenzo zoekt GZ- en A&G-psychologen
DIVERSE LOCATIES

Cenzo

Vacatures psycholoog
DIVERSE LOCATIES

Mindler

CURSUSSEN / WORKSHOPS

Pearson Jaarcongres 2021
ONLINE

Pearson Academy

CIR Revalidatie zoekt psychologen
DIVERSE LOCATIES

cir revalidatie

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.

Mindler is op een missie de GGZ toegankelijker te maken voor iedereen.

Dit doen we door online therapie aan te bieden op laagdrempelige wijze, met korte tot geen wachttijden.

Momenteel is Mindler op zoek naar nieuwe collega's: Wil jij de vrijheid van een zelfstandige en tegelijkertijd de zekerheid van een vast dienstverband? Werken waar en wanneer je wilt en daarnaast zelf je uren bepalen? En wil je meehelpen aan het verbeteren én toegankelijker maken van de wereldwijde geestelijke gezondheidszorg?

Ga nu naar mindler.nl/vacatures en solliciteer!

Mindler
Online psycholoog